



Avis de la CNS du 07 avril 2021 :

« Le secteur médico-social à l'épreuve de la crise de la covid-19 »

En cette période de persistance de la crise de la covid-19, de tension toujours importante sur les hospitalisations, y compris de soins critiques, la Conférence nationale de santé (CNS) veut alerter sur l'exigence du complet maintien des accompagnements, des soins et des liens sociaux pour les personnes accompagnées ou soignées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux (cf. liste en annexe) et pour leur entourage (dont l'aide au répit).

La CNS tient à souligner que cet objectif nécessite un soutien durable à l'ensemble du secteur médico-social, gravement touché par la crise sanitaire, se traduisant par des cas de contaminations restant nombreux, dans une proportion élevée d'établissements et qui reste à évaluer au domicile. Cette situation perdure et conduit à un épuisement des professionnels et à des renoncements, voire à des arrêts de soins ou de certaines prestations aux personnes accompagnées, ainsi qu'à un risque accru de maltraitance, de souffrance psychologique et de rupture du lien social et familial. Une forte réduction des activités de bien-être ou de loisirs proposées aux plus vulnérables pour leur épanouissement a été observée depuis des mois.

Contexte

Depuis bien avant la crise, les secteurs sanitaire, médico-social et social ont été fragilisés par de fortes contraintes budgétaires, des mesures d'économies et des restructurations répétées. Ces évolutions ont entraîné une diminution des investissements et des retards dans les renouvellements d'équipements. Les rémunérations sont passées sous la moyenne des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques ([OCDE](#)) et de la moyenne nationale des salaires, tandis que l'évolution des effectifs n'a pas suivi la hausse de l'activité et des charges de travail. Il en est résulté une perte d'attractivité pour les métiers du soin et de l'accompagnement, conduisant notamment au recrutement de personnels n'ayant pas forcément d'appétence pour ces métiers. Cette situation a progressivement affecté aussi bien les établissements que les services.

Après les mobilisations des personnels, au cours des années récentes, dans les services d'urgences et dans l'ensemble des services hospitaliers, mais aussi dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), comme à domicile, les pouvoirs publics ont annoncé l'intention d'une certaine inflexion des politiques publiques.

La crise épidémique du printemps 2020 a été un révélateur évident de la fragilité du secteur, qui reste mésestimée dans les politiques publiques de santé. Les professionnels¹, fortement mobilisés, ont fait face du mieux possible et assuré leurs missions en dépit des difficultés et des carences d'équipements. La reprise de la

¹ La forme masculine est utilisée ici comme « générique » et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

crise à l'automne 2020 a trouvé des équipes éprouvées, peu remises du choc subi, rendant ce nouveau défi plus ardu à relever, en dépit des engagements pris lors du Ségur de la santé. La persistance de la crise en 2021 appelle une réflexion sur le soutien aux structures et les adaptations des organisations. Certains des engagements de réorganisation ou restructuration du secteur, pris avant la crise sanitaire, ne doivent pas pour autant être différés voire oubliés, mais adaptés ; il en est ainsi de la Loi Grand Age Autonomie.

S'agissant de l'attractivité des métiers, si certaines mesures sur les rémunérations sont appréciées, elles restent partielles, laissant encore de côté de nombreux professionnels, notamment ceux des secteurs de l'aide et des soins à domicile², du handicap, des addictions et de certaines structures pour personnes âgées. Cette situation introduit une distorsion préjudiciable à ces services et établissements médico-sociaux, source de difficultés dans le maintien des équipes et le recrutement de personnels. Il s'agira de vérifier si les mesures arbitrées et à venir, à partir de 2021, notamment à la suite de la mission LAFORCADE, permettront de rejoindre la moyenne des salaires des pays de l'OCDE, et si elles concerneront l'ensemble des personnels qui en sont encore exclus. Il reste aussi à obtenir les moyens pour mettre en place une organisation adaptée de la prévention, des soins et de l'accompagnement et à faire évoluer les conditions de travail, permettant de favoriser la bientraitance et la qualité des soins et des prestations. Cela passera aussi par un ajustement des capacités hospitalières et médico-sociales et par l'octroi des ressources pérennes nécessaires, en effectifs, en qualifications et en investissements, en application des lois votées ou annoncées.

Cette faible attractivité est encore plus saillante dans les outre-mers et en Corse, où la distorsion des rémunérations entre public et privé et entre sanitaire et médico-social, au détriment de celui-ci, apparaît insoutenable pour préserver l'accès aux soins et aux accompagnements auxquels ont droit nos concitoyens de ces territoires.

S'agissant des accompagnements, la persistance de la crise sanitaire, en limitant les effectifs présents, en accroissant les charges de travail, en complexifiant les procédures, en exigeant des mesures de prévention, dont les gestes barrières, a privé durablement les personnes accueillies ou accompagnées des conditions de vie normales, notamment de la liberté d'aller et de venir et des visites des proches. Cela a aussi pu compromettre la réalisation de certains soins corporels et réduire l'écoute attentive des personnes ou suspendre des animations et des activités. Ces restrictions, mêmes lorsqu'elles sont argumentées du point de vue sanitaire, ont un effet préjudiciable sur la vie sociale et affective, pouvant entraîner des syndromes de glissement et accroître les pertes d'autonomie³. Cet effet est directement lié à leur durée. C'est pourquoi les arbitrages entre la prévention des contaminations et la continuité de la vie ne peuvent être fondés sur les seules règles de précaution ou leur compatibilité avec les charges de travail, notamment pour les protocoles de visite des proches ou de retour en famille le week-end.

Les établissements et services médico-sociaux sont dans une situation critique⁴ avec, parfois, des taux de contamination importants, tant des personnes accueillies que des personnels, ayant conduit à maintenir en activité des salariés asymptomatiques testés positifs à la COVID-19, voire avec des symptômes faibles, les mesures de protection pouvant rester insuffisantes pour la protection de personnes particulièrement vulnérables. L'incertitude subsiste à cet égard pour les interventions à domicile dont certaines se sont interrompues depuis de nombreux mois. Elle accroît aussi la charge mentale et l'épuisement des aidants. Cela soulève des questions éthiques autant que de sécurité et d'acceptabilité. Le développement de la vaccination n'a, pour l'instant, pas transformé significativement la situation, pouvant même ajouter une charge immédiate supplémentaire.

² Par domicile, tous les lieux de vie de la personne concernée sont visés.

³ Il y a eu un grand impact sur l'état psychologique des résidents, nécessitant d'adapter des outils numériques en urgence dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou les maisons d'accueil spécialisées (MAS), pour remettre du lien et limiter les fractures sociales.

⁴ S'agissant du secteur du grand-âge, le ministre des solidarités et de la santé et la ministre déléguée à l'autonomie, par un courrier du 3 novembre 2020 aux directions d'EHPAD, avaient confirmé des dispositifs dérogatoires, et permis des mesures d'accompagnement en vue de recrutements (<https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45073>).

Par le présent avis, la CNS veut attirer l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité et l'urgence d'une réponse adaptée, tenant compte à la fois des faiblesses antérieures du secteur médico-social et des conséquences de la crise sanitaire sur les établissements et services, leurs personnels et leurs usagers.

Méthode d'élaboration de l'avis

Lors de l'Assemblée plénière du 20 janvier 2021, à l'occasion de la présentation du [Point de vigilance du 25 novembre 2020](#), engagement est pris d'une consultation plus large des membres de la CNS sur un projet d'avis couvrant le plus largement l'ensemble du secteur médico-social. Un groupe de travail au sein de la Commission permanente (CP), comprenant Mmes Mireille CARROT, Brigitte CHANE-HIME, Béatrice LEBEL associée de Mme Aude BOURDEN, MM. Michel ROSENBLATT et Christian BRUN, Président du GTPDU, avec la participation du Secrétaire général de la Conférence, élabore le projet d'avis. Après validation par la CP réunie le 26 février, le document est transmis à l'ensemble des membres de l'instance pour amendement jusqu'au 15 mars. Une ultime version, validée par le CP le 19 mars, est transmise le 23 mars aux membres de la CNS en vue de son débat et adoption en plénière du 7 avril, où il a été adopté à l'unanimité des membres présents ou représentés après amendement.

Recommandations

La CNS formule des recommandations qui, pour l'essentiel, ne sont, ni originales, ni nouvelles, mais qu'elle veut resituer dans le cadre de la crise sanitaire, dont l'ampleur et la durée sont inédites.

Ces recommandations concernent les ressources, humaines et matérielles des établissements et des services, les conditions d'accueil, de soins et d'accompagnement, la place et le rôle des parties prenantes, en distinguant des options permanentes et des éléments plus conjoncturels.

- **Permettre et financer les ressources, humaines et matérielles, nécessaires aux établissements et aux services.**

Pour garantir la qualité de l'accompagnement et des soins des personnes accueillies, il est indispensable de :

- porter les effectifs à la hauteur des besoins, par des créations d'emplois, en veillant à leur attractivité, permettant la fidélisation des personnels (rémunérations réévaluées, conditions et qualité de vie et santé au travail améliorées). Cela passe par l'affectation de financements suffisants, l'harmonisation négociée des logiques statutaires et conventionnelles en vue de recrutements, dans tous les établissements et services ;
- assurer les conditions d'exercice professionnel satisfaisantes, par les effectifs requis pour la bienveillance et par des normes de temps d'intervention conformes aux besoins des personnes. Cet objectif général nécessite un changement des logiques d'affectation de ressources, finançant les emplois nécessaires pour consolider les équipes et implique un dialogue social interne aux établissements et services sur l'organisation du travail ;
- agir sur les qualifications, à travers des plans de formations qualifiantes et diplômantes, initiales et continues, globalement et dans chaque établissement et service. Les créations d'emplois et les renouvellements de personnels nécessitent un développement des structures de formation, un recours à l'apprentissage et à l'alternance et un pilotage national et régional, en associant les organismes concernés, dont Pôle emploi ;
- renforcer, dans un contexte de virage ambulatoire, les aides et soins à domicile, en corrigeant les inégalités de la répartition de l'offre pour prévenir les ruptures d'interventions et leur report sur les proches-aidants. Accompagner le virage inclusif à domicile et dans tous les dispositifs de droit commun. Veiller à ne pas transposer sur les proches-aidants et aidants familiaux des actes et des responsabilités incombant aux professionnels et aux institutions ;
- soutenir les aidants, en encourageant les dispositifs de soutien et de répit, en leur proposant également des formations pour contribuer à la qualité et la sécurité des soins et des accompagnements ;

- garantir un égal accès de tous dans tous les territoires, y compris dans les outre-mers, pour une réelle équité dans la prise en charge et l'accompagnement, par une articulation cohérente des différents financeurs et tarificateurs (Etat, collectivités territoriales, caisses de sécurité sociale...) et leur engagement à la hauteur des besoins, en particulier dans le cadre de prochaines réformes ;
 - conforter la mission obligatoire de prévention des établissements médico-sociaux en addictologie, en particulier dans un contexte de fragilisation des jeunes par la crise sanitaire ;
 - favoriser l'accès égalitaire aux prestations et une extension de l'offre de soutien et d'aide à domicile, en réformant les modèles de financement pour éviter les restes à charge par un niveau soutenable de tarifs, ainsi que par des plans d'aide (APA et PCH⁵) correspondants aux besoins, en qualifications et en temps financé des interventions ;
 - veiller à doter les professionnels et les aidants en équipements adaptés, notamment ceux intervenant auprès de personnes souffrant de troubles cognitifs et / ou du comportement ou des enfants en bas âge (masques transparents...).
- **Organiser l'articulation des interventions, entre le sanitaire, le médico-social et le social.**

Pour organiser le meilleur emploi des ressources, il importe de :

- renforcer l'articulation et les coopérations de proximité entre les secteurs sanitaire (ville et établissements), social et médico-social, dont le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD). Une gradation des réponses doit impliquer l'ensemble des professionnels du premier recours, selon des modalités discutées localement ;
- encourager les protocoles de coopérations entre professionnels, développer la création de centres et maisons de santé pluridisciplinaires, accélérer le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé, des hôpitaux de proximité et des dispositifs d'appui à la coordination. Une attention particulière doit être apportée aux zones dont la densité en professionnels de santé est insuffisante ;
- veiller à la réponse nécessaire à l'accompagnement des populations précaires, en assurant les capacités d'accompagnement et les réponses correspondant aux spécificités requises ;
- favoriser l'accessibilité aux solutions numériques, en encourageant les investissements et en proposant des solutions adaptées aux contraintes des établissements et services et des professionnels. Le suivi des financements annoncés doit impliquer les utilisateurs et les fédérations d'établissements et de services ;
- accompagner l'accélération du virage numérique à domicile pour les personnes les plus vulnérables, en perte d'autonomie, en prenant en compte les contraintes de ressources.

La CNS insiste sur la nécessité d'une mobilisation dans les territoires, faisant appel à l'ensemble des acteurs de santé et de l'accompagnement, pour une articulation efficace entre les établissements de santé et médico-sociaux et les professionnels de ville, pour une réponse en temps réel aux besoins des usagers, en établissement comme au domicile. En situation de tension, les cellules de crise et les agences régionales de santé (ARS) doivent leur apporter leur expertise et leur capacité d'intervention.

La CNS estime que la mise en œuvre de politiques publiques efficaces nécessite de clarifier les rôles des autorités impliquées (préfet, ARS, collectivités territoriales) et de veiller à garantir l'équité de traitement selon les territoires. Ces politiques publiques doivent s'inscrire dans une cohérence globale, permise par un dispositif législatif renouvelé, dont la mise en débat, sans plus attendre, du projet de loi autonomie-grand-âge.

⁵ APA : allocation personnalisée d'autonomie et PCH : prestation de compensation du handicap

La CNS demande que l'étude d'impact de ce projet de loi soit l'occasion d'une synthèse nationale des effets de la crise sanitaire sur le secteur médico-social et propose, parallèlement, qu'un bilan quantitatif des mesures de renforcement en effectifs⁶ décidées en novembre par les ministres compétents soit réalisé et rendu public.

▪ **Déployer la réponse vaccinale au plus près des professionnels et des populations.**

Pour optimiser la campagne de vaccination en dépit des contraintes (disponibilité, conservation...), il faut :

- faire en sorte que les outils de communication soient adaptés aux personnes avec déficience ;
- étendre au plus vite la vaccination à tous les lieux collectifs où le risque de contamination est majeur et aux personnes ayant des difficultés à respecter les gestes barrières (ex : dérogation au port du masque) ;
- structurer, pour le domicile, l'accompagnement concret à la vaccination pour la prise de rendez-vous, les transports, l'accessibilité des lieux de vaccination ou l'intervention des professionnels sur place ;
- garantir l'équité dans la distribution des doses, entre départements, y compris pour les outre-mer.

La CNS a engagé, parallèlement au présent avis, une réflexion sur les enjeux de la campagne vaccinale⁷, répondant à une [sollicitation ministérielle](#), en vue de proposer les adaptations nécessaires, tenant compte des données de santé publique et des droits et libertés des personnes.

▪ **Concilier au mieux la sécurité, la qualité et la continuité du service et le respect des droits.**

Pour garantir un accompagnement de qualité dans un cadre bienveillant, des conditions de travail décentes et la liberté des acteurs, il est nécessaire de :

- veiller à la suspension sans exception de l'activité des professionnels, en cas de test positif, en application de la [recommandation du Haut conseil de la santé publique du 20 janvier 2021](#)⁸ et [celle de la Direction générale de la santé](#) du 16 février 2021. La perte de rémunération doit être intégralement compensée pour ne pas dissuader certains agents de signaler leur état de santé. Une alerte de la CNS sur ce sujet avait été adressée au Directeur général de la santé le 13 novembre 2020. Leur remplacement par des professionnels doit être favorisé et compensé financièrement ;
- veiller au respect du droit à une vie sociale et revoir les arbitrages réduisant les possibilités de visites, de sorties et des activités collectives, la durée de la crise sanitaire ne permettant pas leur limitation extrême, au risque de pertes graves d'autonomie. Ces arbitrages nécessitent d'être concertés, en pesant les bénéfices et les risques de chaque option, en clarifiant les responsabilités de l'institution et des visiteurs et en permettant le maintien des libertés individuelles⁹ ;
- autoriser des visites et la présence de la famille au chevet de la personne, dans tous les cas de détérioration de l'état de santé, de soins palliatifs ou de fin de vie ;

⁶ Circulaire interministérielle N° DGCS/SD4/DGT/DGEFP/2020/179 du 09 octobre 2020 aux préfets et DGARS, relative à la mise en place d'une campagne de recrutement d'urgence sur les métiers du grand âge

⁷ [Avis du 17.03.21 "Stratégie vaccinale et réduction des inégalités de santé - Retours d'expérience des membres de la CNS - Synthèse des contributions pour la période de janvier à février 2021"](#)
[Avis du 29.01.21 « Déploiement de la campagne de vaccination contre la Covid-19 »](#)

⁸ Le HCSP, dans son avis du 23 mai 2020⁸, avait admis le maintien dans l'emploi des personnels asymptomatiques, en fonction des nécessités du service, mais son nouvel avis met fin cette éventualité, en raison des risques accrus. Ceux-ci sont manifestes, malgré les mesures de protection, dans le médico-social, du fait de la très grande vulnérabilité des personnes accueillies.

⁹ On pourra s'inspirer utilement de la [réponse du 30 mars 2020 du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, en réponse à la sollicitation ministérielle du 25 mars 2020](#).

- donner aux établissements une souplesse dans la mise en œuvre des protocoles, pour adapter les contraintes sanitaires à leurs spécificités ainsi qu'aux besoins et demandes des personnes accueillies.

Le fonctionnement des établissements et des services, en période d'épidémie, doit impliquer les représentants des usagers, les instances représentatives du personnel et les acteurs de la démocratie en santé :

- dans les établissements et les services, en mobilisant systématiquement les conseils de la vie sociale (CVS), ou toute autre forme de participation, et les instances représentatives du personnel, en particulier sur les questions de modifications temporaires d'organisation du service ;
- dans les territoires, en informant les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA), les conseils territoriaux de santé (CTS) et les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) des difficultés rencontrées et en les associant aux solutions à apporter ;
- au niveau national, en veillant à une information et une consultation régulières de la CNS.

La CNS souligne qu'un soutien d'ampleur au secteur médico-social est indispensable et urgent face à la persistance de la crise sanitaire.

Elle recommande qu'un bilan complet de la manière dont le secteur a traversé la crise soit établi, comprenant une observation des initiatives innovantes et des expériences sources d'inspiration, et d'en tirer les enseignements. Il devra conduire les pouvoirs publics à réévaluer, dans l'écoute des usagers et des professionnels, la réponse durablement nécessaire pour des prises en charge et des accompagnements, permettant de répondre à l'accroissement des besoins et à l'exigence de qualité.

Présentation de la Conférence nationale de santé

Lieu de concertation sur les questions de santé, la Conférence nationale de santé (CNS) est un organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la santé (cf. l'art. [L. 1411-3](#) du code de la santé publique).

La CNS exerce trois missions :

- formuler des avis ou propositions en vue d'améliorer le système de santé publique et, en particulier, sur :
 - o l'élaboration de la stratégie nationale de santé, sur laquelle elle est consultée par le Gouvernement ;
 - o les plans et programmes que le Gouvernement entend mettre en œuvre ;
 Elle peut aussi s'autosaisir de toute question qu'elle estime nécessaire de porter à la connaissance du ministre ;
- élaborer chaque année un rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé, élargi au champ médico-social mais aussi à « l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social » ; ce rapport est élaboré sur la base des rapports des Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) ;
- contribuer à l'organisation de débats publics sur les questions de santé.

Pour en savoir plus :

lire la fiche de présentation de la CNS dans l'article « [Missions](#) » sur son espace internet.

Retrouver la CNS sur les réseaux sociaux :

- Twitter : @cns_sante
- LinkedIn : CNS – Conférence nationale de santé

Annexe : liste des établissements et services médico-sociaux prévue au I de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et de la famille

« Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après :

1° Les établissements ou services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans relevant des articles L. 221-1, L. 222-3 et L. 222-5 ;

2° Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ;

3° Les centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 2132-4 du code de la santé publique ;

4° Les établissements ou services mettant en œuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire en application de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ou des articles 375 à 375-8 du code civil ou concernant des majeurs de moins de vingt et un ans ou les mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative prévues au code de procédure civile et par l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ;

5° Les établissements ou services :

a) D'aide par le travail, à l'exception des structures conventionnées pour les activités visées à l'article L. 322-4-16 du code du travail et des entreprises adaptées définies aux articles L. 323-30 et suivants du même code ;

b) De réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle mentionnés à l'article L. 323-15 du code du travail ;

6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ;

7° Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ;

8° Les établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse ;

9° Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées " lits halte soins santé ", les structures dénommées " lits d'accueil médicalisés " et les appartements de coordination thérapeutique ;

10° Les foyers de jeunes travailleurs qui relèvent des dispositions des articles L. 353-2 et L. 831-1 du code de la construction et de l'habitation ;

11° Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services ;

- 12° Les établissements ou services à caractère expérimental ;
- 13° Les centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionnés à l'article L. 348-1 ;
- 14° Les services mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs ordonnées par l'autorité judiciaire au titre du mandat spécial auquel il peut être recouru dans le cadre de la sauvegarde de justice ou au titre de la curatelle, de la tutelle ou de la mesure d'accompagnement judiciaire ;
- 15° Les services mettant en œuvre les mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial ;
- 16° Les services qui assurent des activités d'aide personnelle à domicile ou d'aide à la mobilité dans l'environnement de proximité au bénéfice de familles fragiles et dont la liste est fixée par décret. Les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat. »