



Étude 2012

Réalité du fonctionnement des SAMSAH et SAVS



Analyses et
commentaires



Table des matières



Introduction p.3

Michaël Carré et Erwann Gravot, Directeurs Associés de Médialis



Analyse des Résultats de l'étude p.4

Olivier Lowczyk, Chef de projets, Médialis

Le point de vue de ...



ENEIS CONSEIL p.12



L'UNAFTC p.17



L'UNAPEI p.23



Le Réseau MAIS p.26

Détail du questionnaire p.33

Introduction

Au cours de la première Journée Nationale d'échanges des SAMSAH et SAVS qui s'est tenue en novembre 2011, plusieurs conférenciers ont noté à quel point il était dommage de ne pas disposer d'une vision générale et partagée de la réalité du fonctionnement de ces services d'accompagnement.

Soucieux d'œuvrer au développement de notre secteur, nous avons donc conçu un questionnaire en ligne avec le Comité de pilotage* de notre deuxième Journée Nationale d'Échanges. Composé d'une trentaine de questions et diffusé notamment sur www.samsah-savs.fr, ce questionnaire a recueilli les témoignages de plus de 150 structures médico-sociales entre le 25 mai et le 25 septembre dernier.

Afin que cette "image instantanée" du fonctionnement des SAMSAH et des SAVS en 2012 puisse s'enrichir de points de vue différents, il nous a semblé nécessaire de demander à quelques grandes fédérations et associations gestionnaires de SAMSAH et de SAVS de bien vouloir nous apporter leur approche et leur regard sur les résultats. Nous tenons à remercier les associations qui ont accepté de se prêter à l'exercice : l'UNAFTC, l'UNAPEI, le Mouvement pour l'Accompagnement et l'Insertion sociale, sans oublier le Cabinet ENEIS Conseil.

Nos principaux remerciements vont bien sûr aux professionnels qui ont consacré du temps à répondre à cette étude. Leur investissement nous permet de vous présenter des résultats qui, nous l'espérons, répondent à ces interrogations, ne serait-ce que partiellement.

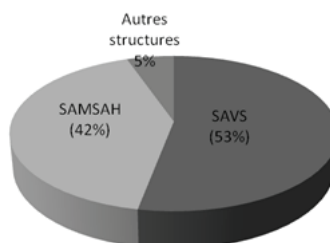
**Michaël Carré et Erwann Gravot,
Directeurs Associés de Médialis
www.medialis.com**

*Comité de Pilotage dont nous souhaitons ici remercier les membres pour leur implication dans la préparation de cette Journée :

M. Erick Brandt, Directeur Adjoint, SAVS de l'ARIMC 69,
Mme Brigitte Dherbey, Directrice du SAMSAH TC CL 13, Administratrice de l'UNAFTC,
M. Erwan Keryer, Directeur associé Eneis Conseil,
Mme Christine Mahoukou, Directrice du SAMSAH de l'APAJH 78,
M. Catalin Nache, Délégué National, Fédération AGAPSY,
Mme Emmanuelle NEZ, Adjointe à la chef du Bureau des actions en faveur des personnes handicapées, Département de Paris,
Mme Catherine Pissarro, Directrice du SAVS La Rencontre, Le Chesnay (78)
Mme Catherine Pruvost, Médecin Conseiller Technique, MDPH de Paris.

Analyse des résultats de l'étude

Le questionnaire, mis en ligne le 25 mai 2012, a recueilli 149 réponses qualifiées jusqu'à sa date de clôture, le 25 septembre. 79 SAVS ont répondu à l'étude, 62 SAMSAH et 8 autres structures (un Pôle de santé, un foyer appartements, un ESAT, un Service du secteur sanitaire, un FAM, un centre de formation et de soutien thérapeutique, une équipe mobile de suivi médico-social pour personnes cérébro-lésées et un centre de rééducation professionnelle).



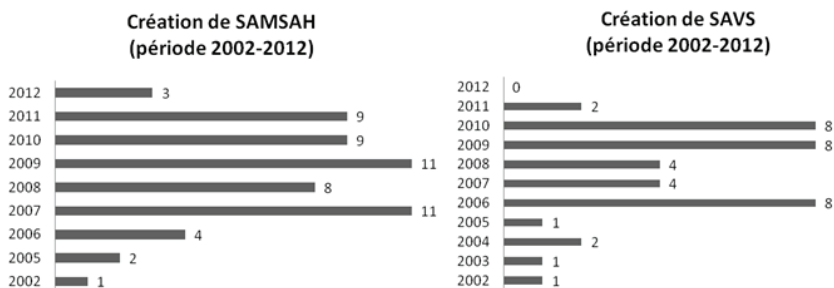
Typologie des structures ayant répondu à l'étude

On se doit de noter que cette répartition des services entre SAMSAH et SAVS n'est pas représentative du paysage national. En effet, le Fichier National des Etablissements et Services Sanitaires et Sociaux (FINESS) recensait, en septembre dernier, 950 SAVS et 286 SAMSAH, soit moins de 1 SAMSAH pour 3 SAVS contre 1 SAMSAH pour 1,3 SAVS, dans cette étude.

? 1- QUESTIONS RELATIVES À VOTRE SERVICE

CRÉATION.

L'analyse de la date de création des services nous offre quelques informations importantes. 135 services ont renseigné leur année de création parmi lesquels 4 SAMSAH (sur 61) et 39 SAVS (sur 74) indiquent avoir été créés avant le décret du 11 mars 2005.



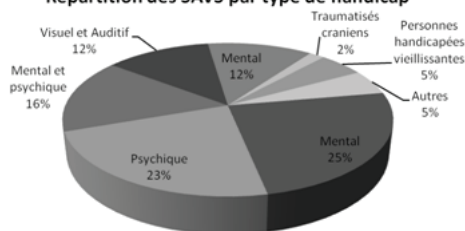
Pour les 35 SAVS créés à partir de 2005, on note un pic de création entre 2006 et 2010, suivi d'un net ralentissement depuis (2 créations en 2011, aucune en 2012). Pour les SAMSAH, l'effort de création débute en 2007. Seules 3 créations ont été indiquées en 2012, ce qui n'augure pas forcément d'un ralentissement des ouvertures dans la mesure où le questionnaire ne porte que sur une partie de l'année.

PUBLIC ACCUEILLI.

S'agissant des SAMSAH, 6 d'entre eux ont déclaré accueillir le public de façon généraliste, contre 56 qui se déclarent spécialisés sur un type (ou un nombre restreint) de handicap. 20 SAVS se sont déclarés généralistes, contre 57 spécialisés, 2 n'ont pas répondu à cette question.

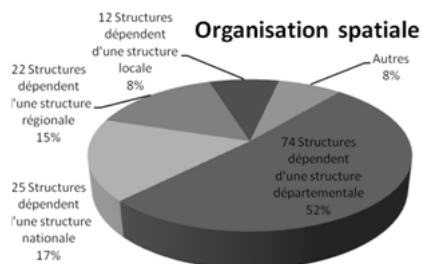
Au sein des SAMSAH spécialisés, on dénombre une majorité de services accueillant des personnes en situation de handicap psychique. La répartition des handicaps accompagnés au sein des SAVS est plus équilibrée avec toutefois une prédominance des structures accueillant des personnes en situation de handicap mental et/ou psychique. En effet, 14 services accompagnent des personnes en situation de handicap mental, 13 des personnes souffrant de troubles psychiques et 9 d'entre eux des personnes en situation de handicap mental et psychique, ces trois types de services représentant 63% de l'ensemble.

Répartition des SAVS par type de handicap



ORGANISMES GESTIONNAIRES.

A la question « L'association ou la structure au sein de laquelle vous travaillez gère-t-elle également d'autres établissements et services ? », 9 structures ont répondu « non » mais 138 ont déclaré faire partie d'une structure plus large que leur propre service. 137 structures ont précisé le type d'implantation qui est départemental pour 106 d'entre elles et s'étend au-delà de ce périmètre pour 31 services.



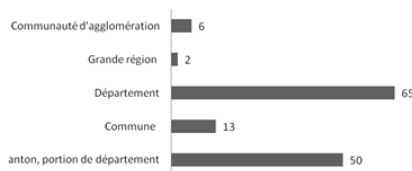
A la question « Votre service dépend-il d'une structure nationale, régionale, départementale, autre ? », une majorité des services (72 sur 136) ont répondu faire partie d'une structure départementale, 22 d'une structure nationale, 21 d'une structure régionale et 9 d'une structure locale. La structuration du secteur médico-social en France, centré autour du pivot représenté par le Conseil Général, impacte particulièrement l'organisation du fonctionnement des SAMSAH et des SAVS.

ZONE D'INTERVENTION DES SERVICES.

Les réponses à la question concernant le périmètre d'intervention des SAMSAH et des SAVS offrent les mêmes renseignements. Le département (65 réponses) reste le format naturel du fonctionnement. L'échelle inférieure (canton, portion du département) est celle qui, après le département, recueille le plus de réponses (50), avant la commune (15 réponses) et la communauté d'agglomérations (6). Il est à

noter que la structuration des services entre SAVS généraliste et spécialisé sur une situation de handicap a une faible influence sur la zone d'intervention de ces services. Les SAVS généralistes concentrent leurs interventions plutôt sur un territoire infra-départemental. Cette différence ne se retrouve pas au niveau des SAMSAH pour lesquels la zone d'intervention reste très majoritairement départementale.

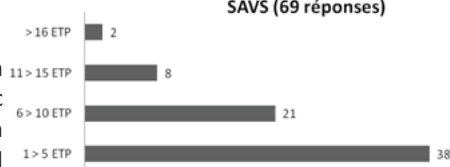
Zone d'intervention des services



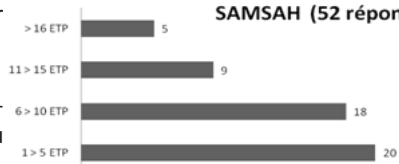
ÉQUIPES.

La moyenne d'équivalents temps plein dans les SAVS s'élève à environ 6 avec un minimum d'un ETP et un maximum de 35. La moyenne d'ETP des SAMSAH s'élève à environ 8 personnes, avec un minimum de deux ETP et un maximum de 28. S'agissant des SAVS, la majorité des établissements salarient moins de 5 ETP. 73% des SAMSAH accueillent entre 1 et 10 professionnels (38 services sur 52).

SAVS (69 réponses)

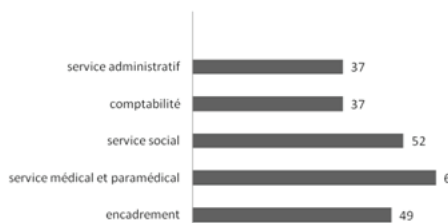


SAMSAH (52 réponses)

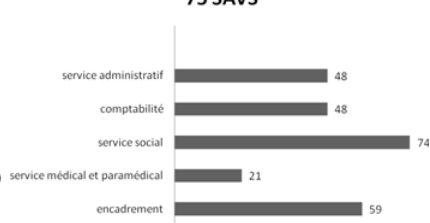


Ces données devraient vraisemblablement rester stables, dans la mesure où seulement 34 des 132 services ont répondu positivement à la question « Votre effectif va-t-il évoluer au cours des 12 prochains mois ? ». Plus de la moitié de ces structures prévoyant par ailleurs de n'embaucher que l'équivalent d'un poste à temps plein (18 sur 34).

60 SAMSAH

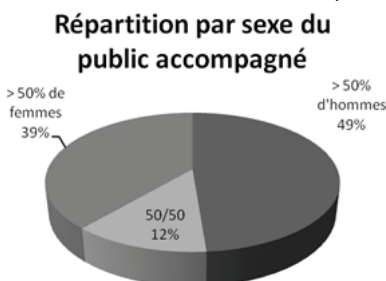


75 SAVS



COMPÉTENCES.

60 SAMSAH et 75 SAVS ont répondu aux questions relatives à la composition de leurs services. Bien sûr, la totalité des SAMSAH déclare disposer d'un service médical et paramédical, et la quasi majorité des SAVS d'un service social. Par contre, seuls 52 SAMSAH disposent d'un service social (donc 8 n'en disposent pas) contre 21 SAVS qui ont un service médical et paramédical. Au titre des services centraux, un encadrement est présent dans 78% des SAVS et dans 82% des SAMSAH. Des compétences en matière d'administration et de comptabilité sont présentes dans 64% des SAVS et dans 62% des SAMSAH.



DYNAMISME DES TERRITOIRES.

143 structures ont répondu à la question « Avez-vous connaissance de projets de création d'une nouvelle structure SAMSAH ou SAVS dans votre département ? ». 36 structures ont déclaré avoir connaissance de projets de création et 107 ne pas être au courant. On peut analyser ces résultats en notant qu'ils soulignent une certaine tendance à la limitation des créations de services d'accompagnement, seuls un quart des services interrogés étant au courant de projets de créations. Cette information corrobore donc les données présentées dans le point « création » qui met en exergue le fait que le rythme de création des structures s'est réduit depuis 2010. Il faut toutefois noter que l'absence de connaissance de projets de créations par un professionnel d'un service ne veut pas forcément dire que le département et l'ARS en question n'envisagent pas d'en créer, les projets n'étant pas toujours rendus publics.

? 2 – PUBLIC ACCOMPAGNÉ

GENRE.

119 services ont répondu à la question relative à la répartition par sexe des effectifs des personnes accompagnées en SAMSAH et en SAVS. 15 d'entre eux annoncent accueillir autant de femmes que d'hommes, et 49% plus d'hommes que de femmes. Seuls 39% des services annoncent accueillir plus de femmes que d'hommes.

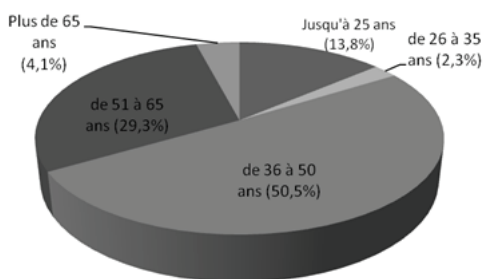
ÂGE.

La répartition par âge des personnes accompagnées au sein des structures qui ont répondu à l'étude montre une surreprésentation des personnes ayant de 36 à 50 ans (plus de la moitié de l'effectif total), les personnes ayant de 51 à 65 ans représentant le second effectif avec près de 30% de l'ensemble des personnes accompagnées.

AGRÈMENT, FILE ACTIVE, DURÉE D'ACCOMPAGNEMENT.

En moyenne, les 58 SAMSAH qui ont répondu disposent d'un agrément pour 29 places. Le nombre de places minimal propre à un agrément est de 7 places, le maximum de 90. En 2011, ces SAMSAH ont accompagné en moyenne 35 personnes.

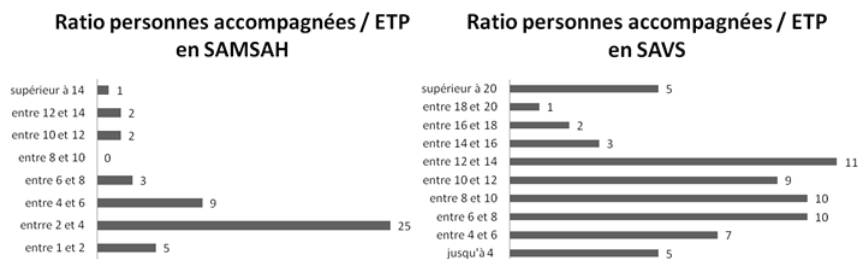
S'agissant des 71 SAVS, la moyenne d'un agrément est de 55 places. L'agrément minimal est de 5 places, le maximum de 320. En moyenne, ces SAVS ont suivi 80 personnes en 2011. 77 des SAMSAAH et SAVS ayant répondu à cette partie de l'enquête suivent plus de personnes qu'ils ne disposent de places d'agrément. 24 services ont suivi autant de personnes qu'indiqué dans leur agrément et 34 établissements ont suivi moins de personnes qu'autorisé.



Si on compare la capacité des services généralistes et des services spécialisés, on constate que les SAMSAAH et les SAVS généralistes accompagnent moins de personnes en situation de handicap que les services spécialisés. En effet, les SAMSAAH et SAVS spécialisés accompagnent, en moyenne, respectivement 38 et 64 personnes, contre respectivement 21 et 50 pour les SAMSAAH et les SAVS généralistes.

Les résultats de l'étude nous permettent de déterminer, pour les SAMSAAH et les SAVS, un ratio entre les emplois équivalent temps plein et le nombre de personnes accompagnées. Ce ratio est en moyenne de 11.4 personnes accompagnées par ETP dans les 65 SAVS qui ont répondu aux deux questions et de 4.5 personnes accompagnées par ETP dans les 48 SAMSAAH qui ont fait de même. Comme le graphique le montre, les plus fortes occurrences se situent entre 6 et 14 personnes accompagnées par Equivalent Temps Plein. S'agissant des SAMSAAH, il est notable que le taux d'encadrement prépondérant se situe entre 2 et 4 personnes accompagnées par équivalent temps plein.

La durée moyenne de l'accompagnement des SAMSAAH qui ont répondu à l'étude est de 30 mois (avec un minimum cité de 3 et un maximum de 120). Cette durée moyenne s'élève à 52 mois pour les SAVS (avec un minimum de 5 mois et un maximum de 240).



LISTE ET DURÉE D'ATTENTE.

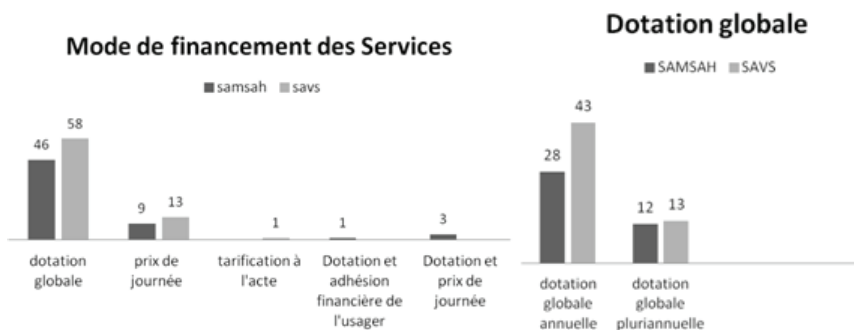
Les listes d'attente dans les SAMSAH et les SAVS ont sensiblement la même longueur. Dans les deux cas, en moyenne, 8.5 personnes sont en attente d'une place en SAMSAH et en SAVS. La liste d'attente la plus longue citée en SAMSAH concerne 82 personnes, contre 30 en SAVS.

Le délai d'attente est quant à lui sensiblement différent, il est de 9 mois en moyenne en SAVS contre 7 mois en SAMSAH. Les citations les plus importantes étant respectivement de 82 et de 60 mois. A la question « Depuis un an, ce délai vous semble-t-il augmenter ou diminuer ? », 25 SAVS et 22 SAMSAH ont indiqué qu'il augmentait, contre 8 SAVS et 7 SAMSAH qui constatent une diminution, respectivement 31 et 20 services ont indiqué que celui-ci se maintenait.

? 3 – FINANCEMENT ET DIALOGUE DE GESTION

TYPE DE FINANCEMENT.

La dotation globale reste le principal vecteur de financement des services. Il concerne près de 78% des SAMSAH et 80.5% des SAVS. Le prix de Journée forme le second mode de financement (15% des SAMSAH et 18% des SAVS), les autres modes étant totalement marginaux. S'agissant de la dotation globale, elle est très majoritairement versée sous forme annualisée, les dotations pluriannuelles étant très minoritaires, a fortiori pour les SAVS.



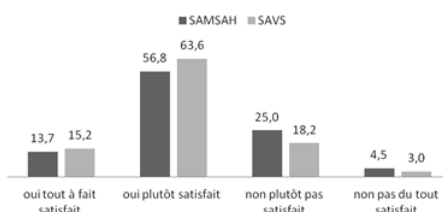
EVOLUTION DU FINANCEMENT.

La forme de financement des services connaît une grande stabilité, plus marquée pour les SAMSAH que pour les SAVS. En effet, sur 72 SAVS ayant répondu, 66 ont affirmé n'avoir pas connu d'évolution récente de leur mode de financement. Les 6 autres structures étant passées d'une dotation au prix de journée à une dotation globale, ou d'une dotation globale annuelle à pluriannuelle. Sur les 57 SAMSAH concernés, seuls 2 ont connu une évolution, d'un prix de journée vers une dotation globale pour l'un, et la fin de la gratuité de l'accompagnement pour les bénéficiaires pour l'autre.

Par contre, des évolutions futures sont manifestement envisagées, et celles-ci toucheraient plus les SAMSAH que les SAVS. A la question « Des discussions sont-elles en cours avec votre (vos) financeur(s) afin de faire évoluer les modalités de la tarification ? », 10 SAMSAH sur 54 répondent que oui (18,5%), contre seulement 8 SAVS sur 71 (11,5%).

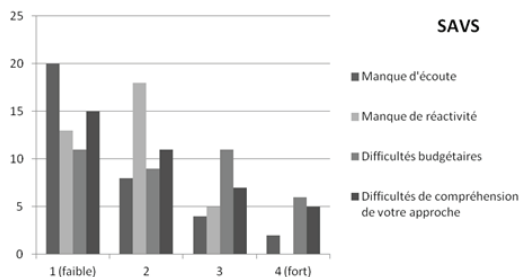
S'agissant des évolutions budgétaires, les écarts sont plus contrastés. Si 11 SAMSAH sur 51 (21%) ont connu une évolution budgétaire entre 2011 et 2012, 25 SAVS sur 69 (36 %) en ont connu une. Ces évolutions étaient orientées à la hausse pour 5 SAMSAH et 19 SAVS mais à la baisse pour 6 de chacun de ces services. Les causes des hausses de dotation citées étant l'évolution du nombre de personnes accompagnées, la création de nouvelles activités, l'évolution du personnel, du taux directeur, des reprises de déficits ou des frais d'équipements supplémentaires. Les motifs de baisse de dotation cités étant une diminution des frais d'équipements, la mise en place d'un CPOM, la suppression d'activités, le passage d'un Foyer en SAVS et l'évolution du personnel.

Indice de satisfaction du dialogue de gestion (résultats en %)

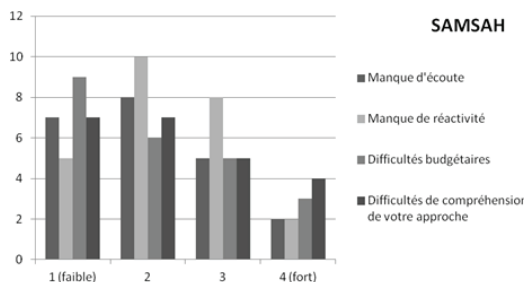


QUALITÉ DU DIALOGUE DE GESTION.

Les SAMSAH et les SAVS sont, d'une manière générale, tout à fait satisfaits ou plutôt satisfaits de la qualité du dialogue de gestion qu'ils entretiennent avec leurs financeurs. En effet, 70.5% des SAMSAH qui ont répondu à la question « Le dialogue de gestion que vous entretenez avec les financeurs de votre service correspond-il à vos attentes ? », se situent dans le pôle des réponses positives. Ce résultat grimpe à 78.8% pour les SAVS.



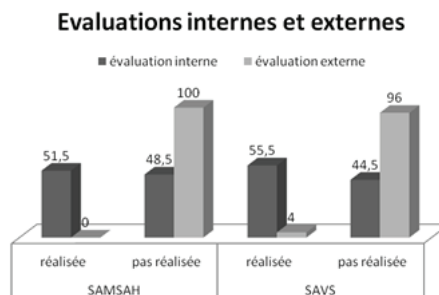
Au plan des difficultés rencontrées, quatre types de problèmes ont été testés (manque d'écoute, manque de réactivité, difficultés budgétaires, difficultés de compréhension de votre approche). Il a été demandé aux services de noter ces difficultés de 1 à 4, 1 étant la note la plus faible. L'analyse a été réalisée en considérant que les notes 3 et 4 correspondaient à des valeurs notables, contrairement aux notes 1 et 2.



On note que les résultats sont sensiblement différents entre les SAMSAH et les SAVS. Ainsi, si les difficultés budgétaires représentent la principale pierre d'achoppement entre les SAVS et leurs financeurs, celle-ci est, pour les SAMSAH, le manque de réactivité des financeurs. La question du financement arrivant même en troisième position de ces préoccupations, derrière les difficultés de compréhension de leur approche.

EVALUATIONS.

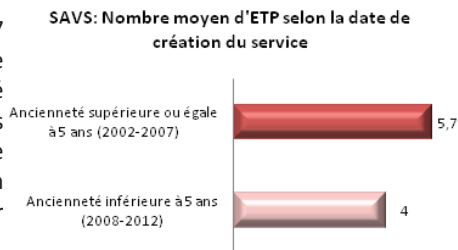
L'obligation de réalisation d'une évaluation interne et externe par les services médico-sociaux est diversement appliquée par les SAMSAH et les SAVS. S'agissant de l'évaluation interne, un peu plus de la moitié des SAMSAH qui ont répondu à cette question l'ont d'ores et déjà réalisée. Par contre, les services d'accompagnement n'ont, pour l'heure, que peu eu recours aux évaluations externes. Aucun des SAMSAH interrogés ne l'a encore réalisée contre seulement 4% des SAVS.



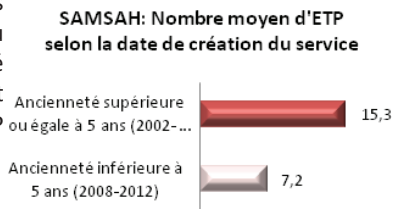
Olivier Lowczyk, Chef de projets, Médialis

? 1 – LE NOMBRE D’ETP EST PLUS ÉLEVÉ DANS LES SERVICES LES PLUS ANCIENS

Les services créés entre 2002 et 2007 comportent en moyenne un nombre d’ETP plus élevé que ceux ayant été créés plus récemment. Ainsi, les SAVS ayant une ancienneté égale ou supérieure à 5 ans comptent en moyenne 5.7 ETP contre 4 ETP pour ceux existant depuis moins de 5 ans.



La différence est encore plus significative pour les SAMSAH où les services ayant une ancienneté supérieure ou égale à 5 ans comptent en moyenne 15.3 ETP contre 7.2 ETP pour les services les plus récents.



Ces éléments permettent de poser plusieurs hypothèses :

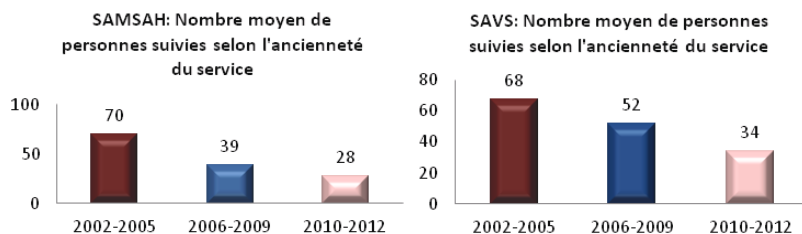
1. Les services ont du mal à calibrer les besoins d’accompagnement en nombre d’ETP pour faire face à la diversité des demandes ;
2. Les financeurs préfèrent fonctionner par une stratégie de « pas à pas », augmentant progressivement les ratios au regard du développement de l’activité ;
3. Les services font face à une croissance régulière de la demande, les incitant à demander une croissance également importante de leurs moyens ;
4. Les services créés après le décret se positionnent davantage dans la coordination autour du projet de vie et interviennent moins au domicile de la personne. Les équipes peuvent donc être moins nombreuses et miser davantage sur la pluridisciplinarité. En tout état de cause, ces écarts induisent également des pratiques différenciées entre les SAVS et les SAMSAH.

Ces quatre hypothèses ont de commun qu'il est difficile, pour les SAVS/SAMSAH comme pour leurs financeurs, de calibrer les réponses à apporter et d'anticiper les évolutions des besoins. L'enjeu n'est dès lors plus seulement de proposer un projet de service mais d'intégrer, dès la création de ces structures, une notion importante de pilotage afin de :

- Répondre aux besoins et à leur diversité ;
- Identifier les interventions des membres de l'équipe afin qu'elles demeurent dans le cadre défini par le décret et/ou un cahier des charges départemental et/ou le projet de service, et ce, afin que l'augmentation des effectifs ne soit pas la seule réponse à celle de la demande
- Interroger la diversité des compétences à intégrer dès le départ (y compris par des temps partiels partagés entre services) afin de permettre à chaque professionnel de se concentrer sur des activités relevant de sa fiche de poste (en adéquation avec sa formation) et de lui éviter une perte de temps sur des tâches qu'il ne peut/sait pas assumer.

? 2 – LES SERVICES LES PLUS ANCIENS SUIVENT EN MOYENNE UN NOMBRE PLUS ÉLEVÉ DE PERSONNES

En 2011, les SAVS et les SAMSAH les plus anciens ont accompagné davantage de personnes que les services créés après 2006 (70 personnes pour les SAMSAH et 68 pour les SAVS). Le nombre de personnes accompagnées décroît ensuite pour les services créés entre 2006 et 2009 (39 pour les SAMSAH et 52 pour les SAVS). Les SAVS les plus récents n'ont suivi en moyenne qu'un nombre de personnes équivalent à 50% de celui des personnes accompagnées par les services les plus anciens et seulement 40% pour les SAMSAH.



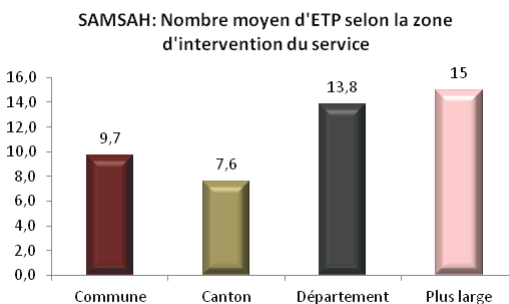
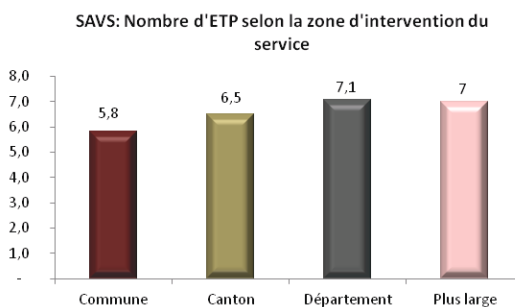
Ces graphiques confirment l'hypothèse d'une montée en charge progressive des personnes et doit favoriser les arbitrages par les financeurs entre « création de nouveaux services » et « extension de places ». En l'espace de huit – dix ans (soit deux schémas), les services peuvent ainsi accompagner deux fois plus de personnes. On notera par ailleurs que les équipes n'ont, dans la tendance générale, pas progressé aussi rapidement que le nombre d'usagers suivis.

? 3 – LE NOMBRE MOYEN D’ETP DANS LES SAMSAH AUGMENTE AVEC L’ÉLARGISSEMENT DE LEUR ZONE D’INTERVENTION. CE N’EST TOUTEFOIS PAS LE CAS POUR LES SAVS.

Pour les SAVS la taille croît avec le périmètre d’intervention (sauf dans un périmètre plus large que le département où le ratio d’encadrement est relativement similaire à celui du département- ce qui laisse supposer que les frontières départementales ne sont pas étanches). On est donc bien dans une logique de croissance des effectifs en fonction des zones de travail. Toutefois, les différences sont assez minces, laissant envisager des modalités d’intervention très différentes entre deux services qui ont relativement des périmètres plus ou moins étendus mais les mêmes ratios de personnel à la « place » : on peut ainsi supposer que certaines équipes passent beaucoup de temps dans les transports et/ou que d’autres interviennent moins auprès de la personne.

S’agissant des SAMSAH, les 16 services intervenant à l’échelle cantonale ayant répondu au questionnaire comptent 7.6 ETP en moyenne. Ce nombre augmente avec l’élargissement du territoire couvert par ces services : ainsi, les SAMSAH intervenant à une échelle communale comptent 9.7 ETP et 13.8 ETP au niveau départemental. Un seul service a répondu intervenir à un niveau plus large que l’échelle départementale et a déclaré avoir un effectif représentant

15 ETP. On notera ici que les équipes sont proportionnellement moins étoffées au niveau du canton qu’à celui de la commune. On identifie toutefois très clairement la valeur ajoutée des SAMSAH qui peuvent en effet répondre à la demande sur une zone d’intervention vaste. De fait, le caractère spécialisé de ces services appelle un partenariat étroit avec les SAVS généralistes d’une part, les services de droit commun d’autre part, afin de concentrer leurs interventions sur un savoir-faire présentant une très forte valeur ajoutée. C’est ainsi la complémentarité entre les SAVS et les SAMSAH sur un département qui peut garantir la cohérence globale des accompagnements proposés.



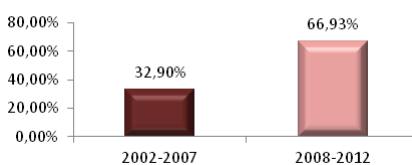
? 4 – LES SERVICES LES PLUS RÉCENTS COMPTENT UNE PART PLUS ÉLEVÉE DE LEURS USAGERS ÂGÉS DE PLUS DE 50 ANS

Si près d'1/3 (32.9%) des bénéficiaires des SAVS ont plus de 50 ans pour les services créés sur la période 2002-2007, la population prise en charge par les services les plus récents est plus âgée. Environ 2/3 (66.93%) de leurs bénéficiaires ont ainsi plus de 50 ans.

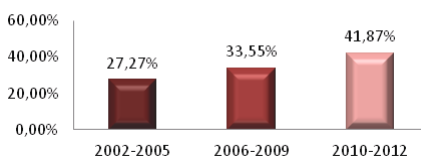
Le vieillissement de la population prise en charge par les services les plus récents est également visible pour les SAMSAH. Pour les plus anciens créés entre 2002 et 2006, seuls 27.27% de leurs bénéficiaires sont âgés de plus de 50 ans, alors qu'ils sont 33.55% pour les services créés entre 2006 et 2009. 41.87% des usagers des SAMSAH ayant moins de 2 ans d'ancienneté ont plus de 50 ans soit une augmentation de plus de 8 points.

Ces graphiques tendent à démontrer que les services les plus récents ont souvent été créés (au moins partiellement) pour répondre à la problématique des personnes handicapées vieillissantes, quand leurs « prédécesseurs » étaient dans une autre logique. Deux hypothèses qui se vérifient effectivement sur le terrain. La création de SAVS ou de SAMSAH permet parfois de désengorger les établissements afin d'accueillir des publics plus jeunes ; certains services ont pu être créés spécifiquement pour proposer des accompagnements à des personnes de plus de 50 ans, n'ayant jamais connu l'établissement et dont les parents sont eux-mêmes âgés. Un des axes d'intervention de ces services peut alors être d'amener progressivement la personne (et sa famille) à prendre conscience qu'une entrée en structure pourrait être une solution opportune.

SAVS: Part des plus de 50 ans selon l'ancienneté du service



SAMSAH: part des plus de 50 ans selon l'ancienneté du service



? 5 – LES SERVICES SPÉCIALISÉS DISPOSENT DE DAVANTAGE DE PLACES AGRÉÉES QUE LES SERVICES GÉNÉRALISTES

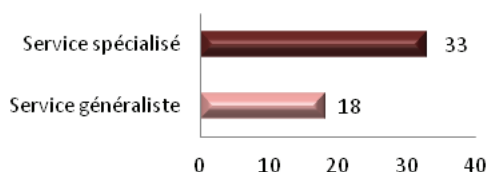
Les SAMSAH spécialisés comptent en moyenne un peu moins de 2 fois le nombre de places agréées dont disposent les services généralistes (33 places pour les services

spécialisés contre 18 pour les généralistes). Ce rapport est moins important chez les SAVS avec 61 places agréées pour les services spécialisés et 43 pour les services généralistes.

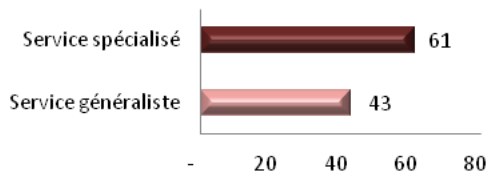
Ces chiffres illustrent le fait que les services spécialisés ont effectivement vocation à accompagner davantage de personnes : à la fois au regard de leurs agréments, mais également, par anticipation, de leur file active.

On devine là aussi qu'un dispositif efficace à un niveau départemental visera à organiser les complémentarités pour s'appuyer sur les expertises de chacune des structures, notamment celles qui ont une compétence spécifique dont elles peuvent faire bénéficier les autres SAVS ou SAMSAH. En outre, la moyenne de places agréées pour les SAMSAH spécialisés permet de supposer que les accompagnements seront parfois de courtes durées afin de mettre en place les compensations indispensables à une vie en milieu ordinaire de la personne en situation de handicap.

SAMSAH: Nombre moyen de places agréées selon le type de service



SAVS: Nombre moyen de places agréées selon le type de service



Par ailleurs on notera de très fortes différences dans les agréments en fonction des services. 8 d'entre eux ont un agrément de plus de 100 places (allant jusqu'à 320). 33 structures ont plus de 50 places (soit près de la moitié des répondants à cette question). On retrouve ici principalement des services accompagnant des personnes présentant une déficience psychique. A l'inverse, seuls 16 services ayant répondu ont moins de 25 places (dont une part importante accompagnant une déficience sensorielle).

ENEIS CONSEIL
2, rue de Châteaudun - 75009 PARIS
01 42 85 20 53
contact@eneisconseil.com
www.eneisconseil.com



L'intérêt des résultats du questionnaire rempli par 149 structures réparties sur tout le territoire tient d'abord au fait que les éléments de connaissances sur le fonctionnement des SAMSAH / SAVS sont encore rares. Ils offrent la possibilité de souligner quelques uns des défis que les acteurs du handicap devront relever ensemble pour rendre possible et accompagner le choix¹ de vie à domicile. Enfin, ils donnent l'opportunité à un mouvement comme l'UNAFTC de souligner les enjeux attachés au développement de ces services.



1 – ACCOMPAGNER LA VIE À DOMICILE : UN ENJEU MAJEUR

La question de la vie à domicile est ancienne dans une Union qui représente des personnes dont la situation de handicap est acquise. Rappelons que chaque année, en France, 155 000 personnes sont prises en charge à l'hôpital pour un traumatisme crânien et, parmi elles, 8500 sont des Traumatés Crâniens graves avec des séquelles invalidantes. « L'accident » constitue une rupture brutale dans le cours de la vie. Pour les personnes Traumatées Crâniennes ou Cérébro-lésées (TC ou CL) et leurs proches, il y a un avant et un après.

C'est presque toujours lors du « retour à domicile » après la phase d'hospitalisation, que les personnes sont confrontées aux séquelles durables de la lésion cérébrale. A domicile, où vivent une grande majorité des personnes TC – CL, ce sont les familles, parents, conjoints, fratrie, qui jouent une fonction de soutien parfois unique². Elles constituent en quelque sorte le filet de sécurité qui permet le retour à la vie. Mais seules elles s'épuisent et se retrouvent souvent enfermées avec leur proche dans un huis clos familial douloureux.

Certaines difficultés engendrées par les séquelles du TC et de la LC ne se révèlent qu'à distance de l'accident, lorsque les personnes sont confrontées à la réalisation d'activités quotidiennes et sociales ordinaires. La situation de handicap qu'elles subissent alors peut les conduire, lorsqu'elles sont isolées, à une forme de réclusion à domicile, à l'exclusion voire la désaffiliation sociale.

1. L'article 19 de la convention internationale des droits des personnes handicapées – précise que les Etats doivent notamment veiller à ce que « Les personnes handicapées aient la possibilité de choisir, sur la base de l'égalité avec les autres, leur lieu de résidence et où et avec qui elles vont vivre ... ».

2. « Une étude réalisée en Ile de France montrent que 30% des personnes ayant subi un TC grave rentreront à domicile sans aucun suivi organisé » – Rencontres scientifiques de la CNSA – 15 et 16 février 2012.

La méconnaissance, encore généralisée, des séquelles du TC en grande partie invisibles entraîne la non reconnaissance du handicap. Les personnes sont souvent incomprises et mal jugées. Il est possible de parler de « handicap ajouté ».

Dans un tel contexte, la question de l'accompagnement des personnes vivant à domicile représente pour notre mouvement un enjeu majeur et ce d'autant plus que « pour la personne traumatisée crânio-cérébrale et son entourage, la prise de conscience de la situation de handicap est longue et douloureuse et la demande d'aide peut se trouver de ce fait très différée».³



2 – PRÉFIGURATION DES SAMSAH DÈS 1996

L'enquête montre que si plus de la moitié des SAVS ayant renseigné le questionnaire existaient avant le décret de mars 2005, les SAMSAH étaient quant à eux très peu nombreux (à peine plus de 6% des répondants).

Pour les personnes TC – CL, le besoin de services apparentés aux SAMSAH a été identifié dès 1995 par le rapport de H. Lebeau (IGAS). Dans la foulée de ce rapport, une circulaire de 1996⁴ crée des « équipes mobiles pour traumatisés crânio-cérébraux ». Elles sont financées en totalité par les crédits de l'Assurance Maladie. Une dizaine de ces équipes seront mises en place préfigurant les SAMSAH et ouvrant ainsi la possibilité d'accompagner les personnes TC vivant à domicile. Des expériences locales ont également été conduites en lien avec certains Conseils Généraux.

Moins de 10 ans plus tard, la circulaire de juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux fait explicitement référence au projet de décret sur les SAMSAH et SAVS. « Les services [...] interviendront sur décision de la COTOREP qui aura estimé au préalable que l'intéressé a besoin **d'un accompagnement global et régulier** (*). Ces services auront donc pour vocation de suivre au jour le jour l'évolution des possibilités d'insertion de la personne traumatisée et ce, en relation avec son environnement familial, social et, le cas échéant, professionnel. »⁵

Depuis le décret de mars 2005, des SAMSAH accompagnant des personnes TC – CL ont été créés (plus rarement des SAVS) souvent à l'initiative d'équipes spécialisées

3. Circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3B/280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux page 14 - La circulaire précise que les séquelles « ... génèrent un handicap «invisible», difficile à appréhender pour l'entourage et souvent nié par la personne, en raison notamment du phénomène d'anosognosie ».

4. Circulaire DAS/DE/DSS n° 96-428 du 4 juillet 1996 relative à la prise en charge médico-sociale et à la réinsertion sociale et professionnelle des personnes atteintes d'un traumatisme crânien

5. Circulaire du 18 juin 2004 – op cit - P31 - * en gras dans la circulaire.

(sanitaires ou médico-sociales) et d'AFTC ⁶. Leur développement reste toutefois insuffisant. C'est pourquoi, le 3ème axe du programme national d'actions 2012 pour les personnes traumatisées crâniennes (« Sécuriser et accompagner le retour et le maintien en milieu de vie ordinaire ») prévoit de « fixer aux ARS comme objectif d'achever le maillage territorial des SAMSAH »⁷.



3 – PUBLIC SPÉCIFIQUE ET ACCOMPAGNEMENT SPÉCIALISÉ

Les résultats de l'enquête montrent que les services accueillent aussi bien un public spécifique que non spécifique avec une ouverture à toutes les personnes en situation de handicap (services dits « généralistes »).

Or, l'ensemble des études et textes officiels s'accordent sur le fait que la prise en charge des personnes traumatisées crâniennes doit être assurée par une équipe multidisciplinaire, formée aux spécificités de cette pathologie.

L'accompagnement des personnes TCL doit donc être spécialisé c'est-à-dire qu'il doit être adapté aux séquelles des personnes et notamment à celles qui sont invisibles. Ainsi, les services dits généralistes doivent-ils, pour accueillir des personnes traumatisées crâniennes ou cérébro-lésées, compter dans leurs équipes des professionnels spécialisés et / ou avoir noué des collaborations étroites avec des équipes spécialisées.



4 – TERRITOIRE D'IMPLANTATION DES SERVICES ET TERRITOIRE DE VIE DES PERSONNES

La question du territoire est essentielle s'agissant de services qui accompagnent le projet de vie de personnes qui ont vécu à domicile avant leur « accident », qui souhaitent souvent y vivre à nouveau sans être « à la charge » de leurs proches et en trouvant ou en retrouvant une véritable place. C'est dans l'environnement de la personne, là où elle a son réseau familial, amical, social, là où elle doit pouvoir développer ses activités, bref là où elle doit devenir (voire même redevenir) habitante à part entière que se jouent la participation et la citoyenneté. C'est là que le choix de vivre en milieu ordinaire va prendre réalité et surtout qualité.

Aussi, la question du territoire d'intervention des services d'accompagnement, détermine-t-elle la possibilité de mobiliser, soutenir, former, coordonner des ressources dans la proximité du lieu de vie de chaque personne accompagnée et d'agir efficacement sur son environnement pour réduire la situation de handicap. Les résultats de l'enquête montrent que ce territoire d'intervention des services est variable, « *le département restant le format naturel de fonctionnement* ».

6. AFTC : Associations de Familles de personnes Traumatisées crâniennes et Cérébro-lésées

7. Page 10 du programme d'action présenté le 8 février 2012.

Le territoire de vie n'étant pas départemental, il convient pour chaque service de trouver, en fonction des réalités locales, les modalités garantissant l'accès égal des personnes aux prestations proposées, la possibilité d'une intervention dans la proximité, par exemple en créant des antennes et/ou en mutualisant avec d'autres ESMS (Etablissements et Services Médico-Sociaux).



5 – DIVERSITÉ DES SITUATIONS DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES ET PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

Les résultats de l'étude indiquent que les personnes accompagnées ont en moyenne plus de 35 ans. Pour les personnes TC si « l'accident » peut survenir à tous les âges de la vie, il touche cependant plus massivement des jeunes entre 15 et 30 ans, souvent des jeunes hommes.

L'accompagnement par un service peut bien sûr (et c'est souhaitable) démarrer après la phase de prise en charge sanitaire initiale c'est-à-dire lors du retour à domicile. Dans ce cas les SAMSAH doivent pouvoir accompagner de jeunes adultes, y compris de moins de 20 ans s'ils sont déscolarisés ce qui est souvent le cas lorsque l'accident survient à la limite de l'âge de la scolarité obligatoire.

L'accompagnement peut aussi démarrer à distance de l'accident, alors que la personne et ses proches ont eu déjà un long parcours, souvent difficile, depuis la sortie du Centre de rééducation fonctionnelle ou de l'hôpital.

Il peut aussi s'interrompre, reprendre par exemple après une sortie d'établissement ou lorsque la situation à domicile évolue et ce à tous les âges de la vie. Il existe en réalité une grande diversité des âges comme des situations, diversité à laquelle les services d'accompagnement doivent s'adapter. La possibilité de personnaliser les prestations, le contenu et l'intensité de l'intervention détermine souvent l'efficacité de l'accompagnement. Cette personnalisation pose à la fois des questions de fonctionnement du service (file active, travail en équipe et en réseau, ...) et de financement (budget global ou prix de journée) sur lesquelles les 149 questionnaires remplis apportent un début d'éclairage.



6 – TAILLE DES SERVICES ET DYNAMIQUE LOCALE AUTOUR DE LA QUESTION DE LA VIE À DOMICILE

Par définition, les services d'accompagnement ont des configurations très diverses qui tiennent à la fois aux caractéristiques géographiques, humaines et socio-économiques des territoires dans lesquels ils sont implantés et aux réalités locales (ESMS préexistants, politique locale du handicap, ...). Cette diversité se traduit dans les résultats de l'enquête aussi bien au niveau de la taille du service, de la composition

des équipes que des organismes gestionnaires. Aussi les données recueillies sont-elles difficilement interprétables en l'absence d'une approche qualitative qui resitue les services dans leur histoire et dans leur environnement.

Toutefois, il importe de relever que les services d'accompagnement peuvent être le pivot d'un dispositif local pour la vie en milieu ordinaire et ce à condition que leur taille, leur positionnement, la composition de leurs équipes et les fonctions qui sont privilégiées (évaluation, coordination, médiation notamment) leur permettent d'asseoir une réelle légitimité. Dès lors, ils peuvent soutenir l'accès des personnes accompagnées à des services de droit commun tout en suscitant le développement de réponses nouvelles en matière de logement, d'aide humaine, d'activités, d'accueil et de répit pour les proches aidants.

Cette approche des services d'accompagnement s'appuie sur la volonté de développer, dans les années à venir, une véritable possibilité de choix de vie en milieu ordinaire en déployant des dispositifs locaux expérimentaux qui s'appuient sur la mutualisation, le travail en réseau, l'hybridation des moyens financiers et qui facilitent la création de plateformes de services intégrés. L'enjeu est à la hauteur du défi : permettre la réalisation de véritables parcours de vie choisis.



7 – D'UNE LOGIQUE DE PLACE À UNE LOGIQUE DE PARCOURS

Attendre à domicile d'être accompagné à domicile, voilà un paradoxe. C'est celui que vivent les personnes qui sont en attente d'une intervention de SAMSAH ou de SAVS quelques semaines ou quelques années comme l'indiquent les données issues de l'enquête.

La logique est la même qu'en établissement : il faut attendre qu'une place se libère. Comment libérer des places ou comment cesser un accompagnement quand le besoin d'accompagnement peut durer toute la vie⁸, quand les opportunités de passer d'un mode de vie à l'autre sont rares, quand, comme pour les personnes TC, ces étapes doivent être préparées, testées avant d'être validées ?

Il y a là un défi qui ne peut être relevé que si les services d'accompagnement travaillent en réseau avec tous les autres ESMS, prennent et passent des relais, mobilisent les ressources locales de droit commun, contribuent à qualifier l'environnement, initient de nouvelles offres.

8. La circulaire de 2004 rappelle que le suivi à long terme « est un enjeu majeur tout au long de la vie d'un blessé crânio-cérébral »

C'est seulement à cette condition qu'il sera possible de passer d'une logique de places à une logique de parcours. La qualité du dialogue noué avec les financeurs est déterminante pour que soient prises en compte les incidences de cette approche sur le fonctionnement du service.

Pour l'UNAFTC,
Brigitte Dherbey - Administratrice

Union Nationale des Associations de Familles de personnes Traumatisées crâniennes
et Cérébro-lésées
91/93 rue Damrémont
75018 Paris

Tel. 01 53 80 80 10
Fax : 01 53 80 66 04

L'Unapei représente plus de 200 services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et 20 services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH). Pour l'Unapei, ces services participent pleinement à l'offre médico-sociale sur un territoire donné et s'inscrivent dans une prestation d'accompagnement d'ensemble en lien avec notamment l'habitat et le travail.

Ces services, pour la plupart relativement récents dans notre paysage médico-social¹, ont connu une très forte croissance et répondent aux besoins des personnes handicapées et en leur permettant pleinement de vivre leur citoyenneté en milieu ordinaire. Cette croissance peut également trouver une réponse dans la mise en œuvre du plan pluriannuel de création de places annoncé dans le cadre de la première conférence nationale du handicap de 2008 qui concerne les structures financées par l'Assurance Maladie. En effet, celui-ci prévoyait la création de services permettant de diversifier les modes d'accompagnement et d'accorder une attention particulière à l'accompagnement de handicaps spécifiques tels que l'autisme, le handicap psychique et les troubles du comportement : c'est ainsi que 12 900 places en SAMSAH et SSIAD ont été annoncées en 2008. Les Départements se sont également engagés sur cette voix. Deux risques contradictoires peuvent être à craindre à court terme :

- un ralentissement de la création de ces structures suite à la mise en œuvre des procédures d'appel à projets ;
- une création de ce type de services au détriment d'autres structures médico-sociales au seul motif que leurs coûts de fonctionnement sont plus faibles.

L'enquête met en lumière une forte spécialisation de ces services avec une forte représentation dans le champ du handicap mental et du handicap d'origine psychique. C'est la réponse de nos associations à des besoins spécifiques. Il convient là aussi de veiller à ce que les appels à projets futurs s'attachent bien à respecter ces spécificités lorsque celles-ci se justifient au regard des besoins des personnes accompagnées. C'est bien la réponse à des besoins qui doit motiver les schémas départementaux et régionaux médico-sociaux et non de seules considérations financières. Ce sont en effet les principes de proximité, continuité, souplesse et qualité qui doivent guider les réponses aux besoins des personnes handicapées. Il convient également d'y ajouter la notion d'anticipation, mais il est aujourd'hui quasiment impossible de connaître sur nos territoires les besoins actuels et futurs. L'enquête évoque des listes d'attente, mais l'on sait tous que celles-ci peuvent se superposer et que le besoin à

1. Décret 2005-223 du 11 mars 2005 fixant les conditions d'organisation et de fonctionnement des SAVS et Samsah

un temps t n'est pas celui à un instant t' . Cette connaissance fine des besoins actuels et futurs est indispensable pour une planification efficace.

L'enquête s'attache également à analyser l'organisation des SAVS et des SAMSAH et à étudier plus particulièrement la composition des équipes. On peut regretter que certains Samsah ne disposent pas encore de service social.

L'enquête pointe la question de la participation financière des personnes handicapées à leur accompagnement en SAVS et SAMSAH. Pour l'Unapei, ces dispositions ne sont pas acceptables. En effet, le code de l'action sociale et des familles précise que les SAVS « ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité » ; les Samsah ont mission d'apporter en complément des prestations de soins.

Aussi, pour l'Unapei ces missions et prestations relèvent de la compensation des conséquences du handicap et ne peuvent être supportées en tout ou partie par la personne handicapée elle-même. Le tribunal administratif de Caen a d'ailleurs statué en ce sens au motif qu'aucune disposition législative ou réglementaire ne permettait à ce jour de fixer un montant de participation. C'est un principe qu'il nous semble indispensable de défendre et d'autant plus dans le contexte économique que nous connaissons.

Les financements sont majoritairement en dotation globale et on peut s'en réjouir, un financement en prix de journée semble en effet peu adapté au fonctionnement et à l'organisation de ces services. Néanmoins, on peut regretter la faible proportion de financement sous forme de dotation globale pluriannuelle signifiant un faible engagement dans la logique de contractualisation. Les premiers CPOM² ont été signés principalement avec l'Etat et l'Assurance Maladie, nous pouvons regretter que de nombreux départements ne se soient pas engagés dans cette démarche qui offre aux organismes gestionnaires les outils pour un pilotage global optimisé. En effet, il convient aujourd'hui de penser son organisation dans sa globalité et de sortir d'une vision par établissements et services. Malgré tout, des limites demeurent notamment avec des financements étanches : les Samsah sont pleinement percutés par cette contrainte qui rend alors plus complexe et moins intéressant cet outil de gestion.

2. CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, article R 314-39 du CASF

À propos de l'Unapei

Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis :

Créé en 1960, l'Unapei est le premier mouvement associatif français œuvrant pour la représentation et la défense des intérêts des personnes handicapées mentales. Les associations affiliées à l'Unapei agissent pour répondre aux besoins et aux attentes des personnes handicapées mentales, favoriser leur insertion et leur permettre de vivre dignement avec et parmi les autres.

L'Unapei est un mouvement national qui fédère 600 associations présentes au niveau local (Apei, Papillons Blancs, Chrysalide, Envol, ...), départemental (Adapei, Udapei, Association tutélaire) et régional (Urapei).

L'Unapei en chiffres :

- 180 000 personnes handicapées accueillies
- 60 000 familles adhérentes des associations affiliées
- 3 000 établissements et services spécialisés
- 75 000 professionnels employés dans les associations et les établissements

Plus d'informations sur : www.unapei.org

Cette étude est orientée sur l'organisation administrative et la gestion financière des services, SAVS et SAMSAH, créés majoritairement après la parution du décret 2005-223 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des SAVS et SAMSAH.

Elle apporte en effet des informations sur :

- la définition des publics accueillis,
- les organismes gestionnaires,
- la zone territoriale d'intervention des services, le dynamisme des territoires,
- les agréments ou capacités d'accueil, les files actives, les durées d'accompagnement, les listes d'attente,
- les modes de financement et les évolutions de financement,
- la qualité du dialogue de gestion,
- les évaluations.

Les services SAVS et SAMSAH sont très différents quant à leur capacité d'accueil, aux publics accompagnés, à leur mode d'organisation et de fonctionnement. Cette multiplicité, évoquée dans le décret de 2005, est à privilégier et préserver ... En partant de ces résultats il serait prudent de ne pas établir une généralisation ou un modèle type.

L'enquête n'aborde pas les objectifs et les modalités d'accompagnement ainsi que les moyens en personnels qualifiés mis en œuvre. Mais elle apporte des éléments essentiels sur l'organisation des SAVS et des SAMSAH qui donnent matière à délibération.

Nous reprenons ici certains résultats apportés par l'enquête MEDIALIS et par l'enquête réalisée par MAIS en 2010, et nous apportons l'observation et la réflexion du Mouvement à leur propos.

SERVICES ENQUÊTÉS	MÉDIALIS (2012)	MAIS (2010)
SAVS	79 SERVICES 53%	147 SERVICES 70%
SAMSAH	62 SERVICES 42%	24 SERVICES 12%

1 – PUBLIC ACCUEILLI

Dans l'enquête MEDIALIS, les SAMSAH semblent plus spécialisés dans l'accueil du handicap psychique, tandis que les SAVS sont plus généralistes en accueillant plusieurs types de handicaps : handicap mental majoritaire associé, ou non, au handicap psychique, handicap sensoriel, trauma crânien, ...

Dans l'enquête MAIS, les SAMSAH prennent en charge, outre le handicap psychique, le handicap moteur, les poly et pluri-handicaps dans des proportions importantes.

Cette enquête envisage la notion de services spécialisés (nombre restreint de handicaps) et de services généralistes (éventail plus large). Cette différenciation n'est pas réalisée dans l'enquête MAIS.

Cet indice révèle la grande variété des services liée aux populations accompagnées. L'assimilation des malades mentaux au secteur du handicap par la loi de 2005 sur l'égalité des chances et l'accès aux droits des personnes handicapées a considérablement modifié les publics accueillis dans ces services.

2 – ORGANISMES GESTIONNAIRES ET ZONE D'INTERVENTION DES SERVICES, LE DYNAMISME DES TERRITOIRES

Les deux enquêtes mettent en exergue la prédominance du Département comme zone territoriale d'intervention des services, notamment des SAMSAH. En exerçant leur action à une échelle départementale, ces services risquent de perdre leur caractère de services de proximité et de devenir des services prestataires.

Dans plusieurs départements les autorités de tutelles imposent les regroupements de coopération médico-sociale et la mutualisation des moyens humains et matériels entre plusieurs établissements et services relevant du même gestionnaire associatif, ou d'autres ... Et l'incitation peut être préoccupante dans la mesure où les acteurs n'ont pas le choix de leurs partenaires et où les moyens accordés risquent d'être revus à la baisse ...

Plusieurs questions se posent autour de ces mesures :

- S'agit-il réellement d'une mutualisation des moyens pour une action plus efficace et un enrichissement réciproque des équipes afin de répondre à la diversité et la complexité des situations ?
- Sur quels critères s'appuient ces regroupements ? Le partage de projets

communs et de mêmes valeurs ... ? Ou bien l'enjeu concurrentiel économique et la facilitation d'un interlocuteur unique ?

Ce processus en cours, s'il peut présenter une opportunité pour s'interroger sur les projets et les pratiques, doit inciter à la vigilance afin de préserver la spécificité des services, véritable plus-value pour les personnes accompagnées, à l'encontre d'une uniformisation et d'une perte d'identité.

3 – AGRÉMENTS – ÉQUIPES PROFESSIONNELLES ET COMPÉTENCES

MÉDIALIS		
EFFECTIF EN PERSONNEL	SAVS	SAMSAH
Capacité moyenne agréée	55 places	29 places
Effectif total moyen (en ETP) Taux d'encadrement moyen	4,8 1 ETP pour 11,4 places	6,5 1 ETP pour 4,5 places

MAIS		
EFFECTIF EN PERSONNEL	SAVS	SAMSAH
Capacité moyenne agréée	65 places	38 places
Effectif total moyen (en ETP) Taux d'encadrement moyen	6,7 1 ETP pour 9,1 places	8,4 1 ETP pour 4,5 places

Les ratios d'encadrement sont identiques pour les SAMSAH dans les deux enquêtes. Mais les SAVS qui ont répondu à l'enquête de Médialis, et créés pour 50% après 2005, accusent une baisse du taux d'encadrement par rapport à ceux du MAIS majoritairement créés avant cette date (83%).

La composition des équipes révèle de grandes disparités d'un service à l'autre (avec des écarts importants dans les nombres de postes ETP (1 ↔ 35 en SAVS, 2 ↔ 28 en SAMSAH), sans pouvoir établir de relations entre les moyens en personnels et le nombre de personnes accompagnées et la nature des situations de handicaps prises en charge. Nous avons fait le même constat dans l'étude MAIS sur les SAMSAH.

Les données concernant les services internes (administratif, comptabilité, service social, médical et paramédical, encadrement), sont très globales ... Elles ne fournissent pas de renseignements quantitatifs sur la composition des services en personnels mentionnés ...

- Les services administratifs et comptables sont présents dans 60% environ des SAVS et des SAMSAH. Qu'en est-il des autres services ? Sont-ils rattachés à d'autres structures ?
- Un service social est présent dans 99% des SAVS et 87% des SAMSAH. Quelles en sont les compositions respectives ? Sont-elles identiques ou différentes ?
- Un service médical est présent dans 28% des SAVS et 100% des SAMSAH. Ces services sont-ils de même nature dans les deux types de service ?

MAIS a toujours soutenu la nécessité d'équipes professionnelles à un niveau de qualification adapté aux publics accompagnés ainsi qu'une diversification des qualifications, et attiré l'attention sur le fait que les services d'accompagnement doivent être différenciés des services d'aide à la personne.

MAIS fait également remarquer que la détermination de ratios d'encadrement est inadaptée pour caractériser les SAVS qui fonctionnent en flux permanent avec un nombre moyen de personnes accueillies, et non selon une logique institutionnelle - En fonction des besoins et des situations individuelles à un moment donné, le service peut en effet accueillir un nombre variable de personnes - Les moyens en personnel sont à rapprocher de la cohérence du projet de service et des projets d'accompagnement personnalisés.

Par ailleurs, il serait intéressant de connaître les modes de bénévolat et de partenariat entre professionnels et bénévoles, et d'en faire une analyse.

L'accueil de stagiaires dans les services d'accompagnement serait également intéressant à recenser afin de repérer l'impact de ces services dans les processus de formation en tant que sites qualifiants.

? 4 – FINANCEMENT PAR DOTATION GLOBALE

MODE DE FINANCEMENT	MÉDIALIS (2012)		MAIS (2010)
	SAVS + SAMSAH		SAVS + SAMSAH
Dotation globale	80,5%	78%	71%
Accompagnement financé à l'acte	0,5%	0%	0%
Prix de journée	18%	15%	28%
Autre	1%	7%	1%

Le financement par dotation globale se confirme aux dépens de celui par prix de journée. Il se révèle le plus souvent mieux adapté à la spécificité, l'autonomie et la souplesse de fonctionnement des services. Il leur permet en outre une certaine créativité, notamment dans le mode d'accueil et de rencontre des personnes en grande difficulté relationnelle. Mais certains services revendiquent le financement par prix de journée, leur donnant une plus grande aisance financière. L'essentiel est la souplesse de négociation avec le financeur.

Le financement à l'acte ou au temps d'accompagnement est proscrit par le MAIS, en raison de la confusion avec les services à la personne.

Avec la réorganisation territoriale, comment les organismes régionaux vont-ils prendre la relève de ce financement par les départements ?

? 5 – PARTICIPATION FINANCIÈRE DES USAGERS À LEUR ACCOMPAGNEMENT

La loi de 2005 sur l'égalité des chances et l'accès aux droits des personnes handicapées recommande l'information sur le coût prévisionnel des prestations, mais le décret ne dit rien sur le principe de la participation financière des usagers qui demeure dans certains services, malgré une baisse sensible depuis 2003.

MAIS s'élève fermement contre cette contribution, qui a provoqué le renoncement à l'accompagnement par certaines personnes aux ressources insuffisantes. La remise en question de telles pratiques doit être systématique puisqu'elle ne repose sur aucun texte légal. Les situations de recours rencontrées, menées en Conseil d'Etat, ont toutes obtenu gain de cause.



6 – QUALITÉ DU DIALOGUE DE GESTION : NÉGOCIATIONS AVEC LES AUTORITÉS DE TUTELLE ET LES ASSOCIATIONS GESTIONNAIRES

Il importe que ce dialogue soit étayé sur les fondements suivants, privilégiant la place et la parole des personnes accompagnées en tant que citoyens :

- Face à la multiplication des dispositifs, privilégier la notion d'itinéraire personnel dans l'accompagnement des projets personnalisés. Favoriser l'organisation des services permettant aux personnes accompagnées le libre choix de leur itinéraire et l'utilisation optimale des dispositifs sociaux.
- Faire connaître aux instances tutélaires et aux associations gestionnaires, en s'étayant sur les données de cette enquête, les missions et l'action des services d'accompagnement, l'importance des moyens en personnels mis en œuvre pour garantir la qualité d'intervention et la plus-value de ces services.
- Lors des nouvelles créations et regroupements de coopération médico-sociale, préserver les particularités des services et leur proximité territoriale.



7 – DÉMARCHE D'ÉVALUATION

Pour la démarche d'évaluation interne, imposée par la loi de 2002, le recours à un organisme extérieur, prôné par les associations gestionnaires, n'est pas toujours adapté à la spécificité des services d'accompagnement.

Une étude approfondie de cette démarche dans un certain nombre de services pourrait apporter des informations intéressantes.

MAIS propose d'accompagner cette démarche participative d'évaluation interne dans ses actions de formation. Celles-ci sont réalisées sur sites d'accueil des populations en difficulté d'insertion, auprès des professionnels de l'accompagnement social. Et elles sont élaborées en prenant en compte les besoins et le contexte dans lequel évoluent les professionnels. Ces formations se positionnent au croisement des problématiques d'actualité du secteur de l'accompagnement et de nos savoirs en matière de formation continue, d'aide à l'élaboration de projets et d'accompagnement aux processus d'évaluation.



8 – L'ARTICULATION DES SAMSAH ET DES SAVS

Des questions importantes restent à approfondir :

- Comment les SAMSAH vont-ils s'articuler et développer leur partenariat avec les SAVS ?
- Comment vont-ils pouvoir affirmer leur originalité et leur spécificité à travers leur organisation administrative, leur projet de service et la composition de leurs équipes ? Disposeront-ils de moyens adaptés ?
- Quel sera le risque de la prééminence du soin sur l'accompagnement social ?
- Le problème du double financement par la CRAM et les Collectivités territoriales ne va-t-il pas complexifier et entraver leur mise en place et leur organisation ?

MAIS
42 Rue de Marseille
69007 LYON

Tél. 04.72.71.96.99
E.mail : mais@mais.asso.fr
www.mais.asso.fr

Détail du questionnaire

Ce questionnaire, mis en ligne le 25 mai 2012, a été renseigné par 150 structures jusqu'au 25 septembre.

Votre service est-il ? (SAMSAH, SAVS, Autre)	Comptabilité : Secrétaire, Comptable, Autre ; Secteur social : Conseillers en économie sociale et familiale, éducateurs spécialisés, aides médico-psychologiques, moniteurs éducateurs, chargés d'insertion, assistants de service social, auxiliaires de vie sociale, autres ; Secteur médical et paramédical
Date de création de votre établissement	: Infirmière coordinatrice, Médecin coordonateur, psychologues, médecin, auxiliaires médicaux (Livre III du CSP), aides-soignants, ergothérapeute, autres)
Dans quel département se situe votre établissement ?	Combien de postes équivalent temps plein votre effectif représente-t-il au 31 décembre 2011?
Votre service est-il ? (Généraliste, Spécialisé sur un type de handicap)	Combiens de postes équivalent temps plein votre effectif représente-t-il au 31 décembre 2011?
Quelle spécialité ? plusieurs réponses possibles : (Moteur, Visuel, Auditif, Psychique, Mental, Polyhandicap, Personnes handicapées vieillissantes, Traumatisés crâniens, Autre)	Combiens de postes équivalent temps plein votre effectif représente-t-il au 31 décembre 2011?
L'association au sein de laquelle vous travaillez gère-t-elle également d'autres établissements et services ? (oui, non)	Votre effectif va-t-il évoluer dans les douze mois à venir ? (oui, non)
Si oui, Précisez le nombre et le type d'établissements et services	Si oui, Combien d'ETP ces nouveaux besoins représentent-ils ?
Si oui, Ces établissements et services se situent-ils dans le même département ? (oui, non)	De quelle façon gérez-vous les dossiers des personnes accompagnées au sein de votre service ? (Dossier papier, Logiciels grand public (suite bureautique, traitement de texte, tableur...), Logiciel métier dédié à votre activité)
Votre service dépend-il d'une structure (nationale, régionale, départementale, autre)	Avez-vous connaissance de projets de création d'une nouvelle structure SAMSAH ou SAVS dans votre département ? (oui, non)
Zone géographique d'intervention de votre service (commune, canton ou portion de département, département, plus large, autres)	Répartition H/F des personnes accompagnées
Quels types de profils composent votre équipe ? (Encadrement : Directeur, Chef de service ; Service administratif,	Tranches d'âge (Jusqu'à 25 ans, de 26 à

35 ans, de 36 à 50 ans, de 51 à 65 ans, plus de 65 ans)

Pour combien de places votre service est-il agréé ?

Combien de personnes avez-vous accompagné en 2011?

Quelle est la durée moyenne de l'accompagnement des personnes en situation de handicap par votre service ?

Combien de personnes composent votre liste d'attente ? (au 31 décembre 2011)

Quel est le délai moyen d'attente afin de pouvoir être suivi par votre service ? (en mois)

De quel type de tarification disposez-vous ? (Prix de Journée, Tarification à l'acte, Dotation globale annuelle, pluriannuelle, autre)

Êtes-vous récemment passé d'un système de tarification à un autre au cours de ces trois dernières années ? (oui, non)

Si oui, **De quel système de tarification disposiez-vous avant l'évolution ?**

En quelle année a-t-il évolué ?

Des discussions sont-elles en cours avec votre (vos) financeur(s) afin de faire évoluer les modalités de la tarification ? (oui, non)

Votre budget a-t-il évolué entre les deux derniers exercices ? (oui, non)

Si oui **A la hausse, à la baisse ?**

Cette évolution est-elle en rapport avec :

- l'évolution du nombre de personnes accompagnées dans votre service (oui, non)
- la création de nouvelles activités (oui, non)
- la suppression d'activités (oui, non)
- L'évolution du personnel (oui, non)
- Des frais d'équipements (oui, non)
- Autre

Le dialogue de gestion que vous entretenez avec les financeurs de votre service correspond-il à vos attentes ? (oui, non)

Si non **Quelles difficultés rencontrez-vous ?** (note de 1 à 4, 1 étant la valeur la plus faible, 4 la valeur la plus forte)

- Manque d'écoute
- Manque de réactivité
- Difficultés budgétaires
- Difficultés de compréhension de notre approche
- Autres

Avez-vous déjà réalisé votre évaluation interne ? (oui, non)

Avez-vous déjà réalisé votre évaluation externe ? (oui, non)



Pour aller plus loin...

Retrouver l'ensemble des résultats de l'étude sur le site samsah-savs.fr, dans l'espace abonnés (accès gratuit).

Le dossier de l'utilisateur | un système d'information au service du processus d'accompagnement.

La loi 2002-2 du 2 Janvier 2002 a mis en place des outils à la charge des services et des établissements médico-sociaux pour garantir les droits des usagers et permettre aux professionnels de réaliser leurs missions d'accompagnement dans les meilleures conditions.

Parallèlement, le contexte économique et le nombre croissant de personnes à accompagner nécessitent souvent une réorganisation et une optimisation du système d'information autour de l'utilisateur. La Direction Générale de l'action sociale a ainsi publié un guide de bonnes pratiques sur ce thème.

Ses recommandations s'articulent autour de 3 axes

- ▶ droit de l'utilisateur
- ▶ partage des informations utiles entre professionnels
- ▶ démarche d'amélioration de la qualité du service rendu



Les solutions informatiques dédiées au secteur médico-social doivent donc proposer des fonctionnalités adaptées, faciliter la vie des professionnels en optimisant le temps passé auprès de l'utilisateur et répondre aux exigences d'informations.



C'est dans cet état d'esprit que nous avons conçu la solution informatique **Médiateam**. Toujours à l'écoute des besoins des professionnels et dans le respect du cadre réglementaire, nous la faisons évoluer depuis 2006 au quotidien.

C'est fort de près de 400 références nationales et plus de 30 000 dossiers usagers créés que Médialis vous offre aujourd'hui les meilleurs outils d'accompagnement favorisant la communication et la collaboration des équipes autour de la personne accompagnée.

Pour en savoir plus, retrouvez-nous sur www.medialis.com (01 82 83 81 20) ou sur notre portail d'informations www.samsah-savs.fr

Étude 2012

Réalité du fonctionnement des SAMSAH et SAVS

Acteur engagé du secteur médico-social, Médialis a proposé aux professionnels des SAMSAH et des SAVS de répondre à une enquête portant sur la réalité du fonctionnement de leurs services.

150 services ont répondu à cette étude dont les résultats sont présentés dans ce fascicule et analysés par plusieurs acteurs associatifs du secteur de l'accompagnement des personnes en situation de handicap (UNAFTC, UNAPEI, MAIS) ainsi que par le Cabinet ENEIS.

Impression : Copymedia - CS 20023 - 33693 Mérignac Cedex

Coordination et Suivi éditorial :
Olivier Lowczyk

Conception graphique :
Cécilia Alliel

© 2012



50 av. Claude Vellefaux
75010 - Paris

01 82 83 81 20
contact@medialis.com
www.medialis.com

Médialis remercie les structures qui ont contribué à l'analyse des résultats de ce questionnaire :

