

**Suivi qualitatif du développement des services
d'accompagnement médico-social
pour adultes handicapés : SAMSAH et SSIAD**

- Situation en 2007-

**Premières conclusions des travaux
RAPPORT**

avril 2008

**Suivi qualitatif du développement
des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés :
SAMSAH et SSIAD**

Préambule

Dans le cadre des orientations nationales en faveur de la diversification de l'offre d'accompagnement et la mise en œuvre du plan personnalisé de compensation, la CNSA a engagé avec la DGAS une démarche de suivi qualitatif du développement des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

L'objectif de ces travaux est d'accompagner le développement des services d'accompagnement médico-social pour les adultes handicapés, de façon équilibrée sur le territoire national, en éclairant les décideurs locaux – Préfets, Services déconcentrés, Conseils généraux – sur les modalités d'organisation et de fonctionnement de ces services, ainsi que sur les difficultés identifiées et les leviers de développement, afin de leur permettre d'apporter une aide aux porteurs de projets.

Les travaux ont porté à la fois sur les SAMSAH et sur les SSIAD, non pour les opposer, mais pour clarifier leurs missions respectives.

Les résultats de l'enquête constituent un apport de connaissances sur les modalités d'organisation et de fonctionnement, les effectifs et les coûts, respectivement des SSIAD et des SAMSAH selon les types de handicaps. Les échanges avec les acteurs ont permis de dégager les principales orientations partagées pour le développement des services :

✓ **L'objectif des services d'accompagnement est de rechercher l'autonomie des personnes** : Il s'agit d'accompagner les personnes sans se substituer aux professionnels de soin et du champ social, pour assurer la continuité des soins et de l'accompagnement.

✓ **Une nécessaire souplesse dans l'organisation et le fonctionnement des services est à privilégier**, en fonction des ressources existantes sur le territoire (en établissements, services, professionnels libéraux...), et selon les publics.

✓ **En garantissant un socle commun de missions pour l'ensemble des services d'accompagnement** : les SAMSAH assurent la fonction de coordination de la mise en œuvre du plan de compensation et les SSIAD assurent une mission de coordination des interventions des professionnels dans le champ du soin.

✓ **Le contenu de l'accompagnement et des prestations réalisées auprès des personnes par les services est à objectiver et à documenter** : auprès des décideurs ainsi que des prescripteurs (MDPH, médecins libéraux).

✓ **Le rôle des services d'accompagnement dans l'évaluation des situations individuelles est à renforcer**, la participation des professionnels des services d'accompagnement et de soins à l'évaluation des situations individuelles par les équipes pluridisciplinaires des MDPH suppose au préalable une transparence réciproque pour une meilleure connaissance mutuelle.

✓ **La formation des personnels des équipes engagée par les gestionnaires est à poursuivre**, notamment dans le cadre des plans de formation : formation à l'accompagnement en milieu ordinaire et aux spécificités des handicaps, en privilégiant les échanges de pratiques.

Ces travaux seront enrichis, à partir des projets complémentaires en cours, autour de deux axes d'approfondissement :

- Définir le contenu des prestations et de l'accompagnement délivrés par les SSIAD / SAMSAH / SAVS et la fonction de coordination, et travailler sur des schémas d'organisation territoriale, selon les ressources mobilisables, en approfondissant les articulations entre les champs sanitaire, social et médico-social, et entre les dispositifs et les acteurs ;
- Déterminer un mode de suivi de l'activité des services par grandes fonctions et identifier les indicateurs pertinents de mesure des résultats et de l'impact de leur activité, en incluant la dimension de la mesure de la satisfaction des personnes.

**Suivi qualitatif du développement
des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés :
SAMSAH et SSIAD**

SOMMAIRE DU RAPPORT

Préambule	Page 1
▪ Synthèse des travaux	
Synthèse des résultats de l'enquête 2007 et de la journée de travail du 31 janvier 2008	Page 3
▪ Partie 1 : Enquête sur les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés : SAMSAH et SSIAD en fonctionnement	
Objectifs et méthodologie de l'enquête de suivi qualitatif du développement des SAMSAH et SSIAD	Page 13
Liste des SAMSAH et SSIAD : échantillon de l'enquête	Page 14
Rapport de l'enquête sur les SAMSAH	Page 15
Rapport de l'enquête sur les SSIAD	Page 85
▪ Partie 2 : Journée de travail et d'échanges – 31 janvier 2008	
Objectifs de la journée et déroulement	Page 141
Compte-rendu de la journée de travail et d'échanges du 31 janvier 2008	Page 143
Liste des participants	Page 171
▪ Bibliographie	Page 173

**Suivi qualitatif du développement
des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés :
SAMSAH et SSIAD**

- Synthèse des résultats de l'enquête 2007 et de la journée de travail du 31 janvier 2008 -

Objectifs de la démarche

La démarche de suivi qualitatif a été engagée par la CNSA, avec la DGAS, dans le cadre de sa mission de suivi de la réalisation des plans et programmes nationaux financés par l'OGD médico-social, et en appui au processus de programmation pluriannuelle, afin de :

- Favoriser le développement des services d'accompagnement médico-social pour les adultes handicapés, de façon équilibrée sur le territoire national. Les travaux ont porté sur les SAMSAH et sur les SSIAD, non pour les opposer, mais pour clarifier leurs missions respectives.
- Eclairer les décideurs locaux – Préfets, Services déconcentrés, Conseils généraux – sur les modalités d'organisation et de fonctionnement des services, ainsi que sur les difficultés identifiées et les leviers de développement, afin de leur permettre d'apporter une aide aux porteurs de projets.

Cadrage juridique

Des services dont la définition juridique est récente dans le champ du handicap :

- Les services d'accompagnement en milieu ouvert, médicalisés ou non, trouvent leur base légale dans l'article L.312.1-7 du Code de l'action sociale et des familles : loi du 2 janvier 2002.
- Les conditions d'organisation et de fonctionnement sont définies par les décrets du 25 juin 2004 (SSIAD) et du 11 mars 2005 (SAVS et SAMSAH).

services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) Décret du 25 juin 2004	services d'aide à la vie sociale (SAVS) et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) - Décret du 11 mars 2005
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Public :</i> personnes âgées dépendantes, mais également personnes adultes handicapées de moins de 60 ans. Auparavant : dérogation pour les moins de 60 ans par les caisses d'assurance maladie. ▪ <i>Prestations :</i> soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels. Interventions à domicile ou dans des établissements d'hébergement pour adultes handicapés. ▪ <i>Equipe :</i> infirmiers, aides-soignants et aides médico-psychologiques + pédicures-podologues, ergothérapeutes ou psychologues en tant que de besoin. L'organisation des interventions est assurée par un infirmier coordinateur salarié. Les infirmiers et pédicures-podologues libéraux peuvent exercer au sein d'un SSIAD, dans le cadre d'une convention. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sur prescription médicale. ▪ <i>Autorisation et mode de financement :</i> - autorisation par le Préfet de département (les places de SSIAD pour personnes handicapées font l'objet d'une autorisation distincte de celles pour les personnes âgées) - financement par l'assurance-maladie sous forme de dotation globale (tarification par le Préfet distincte entre les places pour personnes handicapées / personnes âgées). 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Public :</i> personnes adultes handicapées (sans limite d'âge) • <i>Missions :</i> pour les SAVS, assistance et accompagnement dans tout ou partie des actes de l'existence et accompagnement social en milieu ouvert, pour favoriser le maintien ou la restauration des liens sociaux, dans le milieu familial, universitaire ou professionnel, en facilitant l'accès aux services offerts par la collectivité. Les SAMSAH intègrent en sus une dimension thérapeutique à travers des prestations de soins ou un accompagnement médical et paramédical. • <i>Equipe :</i> équipe pluridisciplinaire adaptée en fonction des besoins des personnes : assistantes sociales, AMP, psychologues, éducateurs... Les SAMSAH comprennent, en outre, des auxiliaires médicaux, aides-soignants et un médecin (au sein du service ou associé). • Sur décision de la Commission départementale des droits et de l'autonomie (CDAPH) • <i>Autorisation et mode de financement :</i> autorisation des SAVS par le Président du Conseil général. Pour les SAMSAH, l'autorisation est délivrée conjointement par le Conseil général et le Préfet. - un tarif journalier « accompagnement à la vie sociale » (tarification PCG) - en sus pour les SAMSAH : un forfait annuel global de soins (tarification Préfet) : recette atténuative du budget du service, encadré par un forfait journalier soins « plafond » fixé par arrêté ministériel.

Etat du développement des services médico-sociaux pour les adultes handicapés au 1.1.2008

➤ **Une politique nationale de développement des services médico-sociaux pour les adultes handicapés, s'inscrivant une orientation de diversification et d'adaptation de l'offre d'équipement :**

- 6 400 places financées de SAMSAH et SSIAD pour adultes handicapés sur la période 2005-2007, dont 1 900 places de SAMSAH dédiées au handicap psychique (dans le cadre du plan psychiatrie et santé mentale)
- par l'allocation de crédits dédiés de l'assurance-maladie : **87,4 M€** sur 3 ans (OGD médico-social)

A ces crédits, s'ajoutent les moyens mobilisés par les conseils généraux pour le co-financement des SAMSAH et pour le financement des SAVS.

- 2.100 places de SAMSAH et SSIAD financées pour 2008 (OGD médico-social).

➤ **Bilan d'étape de la mise en œuvre : 6.247 places autorisées de SAMSAH et SSIAD**
(source : *FINESS* au 1.1.08)

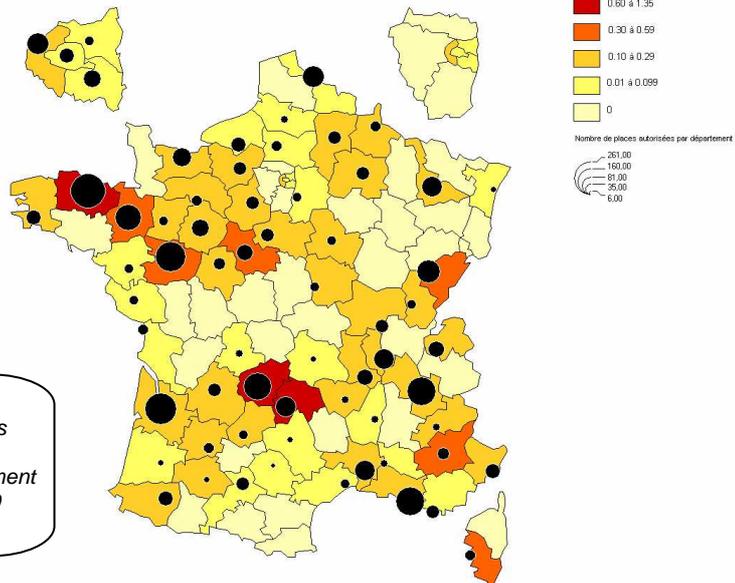
- 3 915 places autorisées de SAMSAH (et 24.586 places de SAVS)
- 2.632 places autorisées de SSIAD pour intervenir auprès des personnes handicapées

Les places autorisées sont installées dans l'année de leur autorisation ou dans un délai de 1 à 2 ans.

➤ **Un déploiement inégal selon les territoires :**

Places autorisées de SAMSAH

Nombre de places de SAMSAH autorisées en 2008 pour 1000 adultes

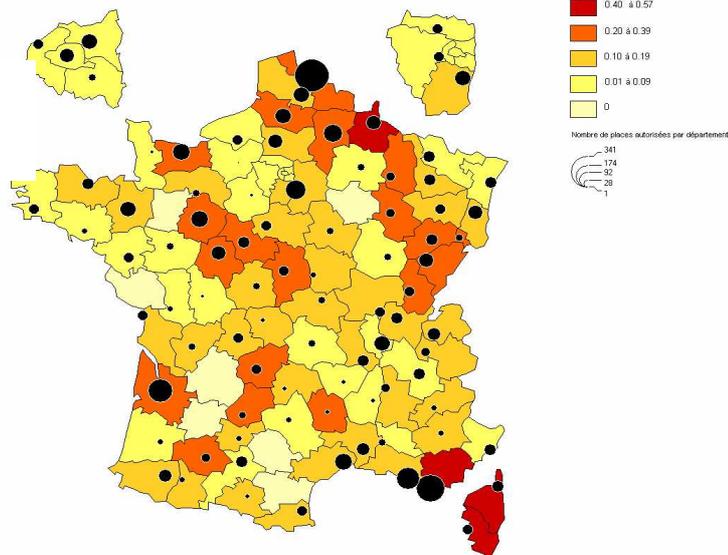


Lecture des cartes : les points représentent le nombre de places autorisées et les couleurs correspondent au taux d'équipement par département – sur pop 20-59 ans (source : FINESS au 1.1.08)

Faï avec Pflapato - <http://perso.club-internet.fr/phlapeo> [discrétisation 1,2,3]
Christine FLOUX

Nombre de places de SSIAD PH autorisées en 2008 pour 1000 adultes

Places autorisées pour personnes handicapées en SSIAD



Faï avec Pflapato - <http://perso.club-internet.fr/phlapeo> [discrétisation 1,2,3]
Christine FLOUX

Premières conclusions du suivi qualitatif du développement des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés : SAMSAH et SSIAD

Méthodologie du suivi qualitatif

1/ Phase de recueil d'informations à partir d'une enquête :

- ✓ sur un échantillon de 65 services en fonctionnement, répartis dans 19 régions et 46 départements. Les résultats portent sur 62 services, dont 30 SAMSAH et 32 SSIAD ou SPASAD.
- ✓ recueil des informations à l'aide d'un questionnaire renseigné par les DDASS en liaison avec les gestionnaires des services et, pour ce qui concerne les services à double autorisation et tarification, avec les services des conseils généraux : au 2^{ème} semestre 2007.

2/ Phase de restitution et d'échanges :

Réunion d'échanges organisée le 31 janvier 08 avec des décideurs locaux (DDASS, Conseils généraux), MDPH, responsables et professionnels des services, représentants des gestionnaires (UNA, UNIOSS) et des usagers et familles (UNAFAM, UNAFATC, APF UNAPEI), CREAL.

- Porter à la connaissance des acteurs les résultats de l'enquête menée ⇒ validation des résultats avec des commentaires sur certains constats
- A partir des apports de connaissance et des expériences des acteurs, identifier les leviers de développement, les points de vigilance et les modalités d'accompagnement à renforcer collectivement pour favoriser un déploiement des services de façon homogène sur le territoire.

Les constats de l'enquête ont été validés lors de la journée d'échanges. Les commentaires formulés sont intégrés au rapport.

I. Public et missions des services

- Deux tiers des SAMSAH sont spécialisés en direction d'un **public**, notamment :
 - le handicap psychique,
 - le handicap moteur, le polyhandicap
 - les traumatisés crâniens et cérébro-lésés.

Les SAMSAH « non spécialisés » accompagnent en pratique le plus souvent des personnes en situation de handicap mental.

Quelques SAMSAH sont spécialisés en direction des déficiences sensorielles (visuelles, auditives).

La plupart des SSIAD ne sont pas spécialisés en direction d'un public, seuls 10 % s'adressent à un public spécifique (handicap moteur, handicaps sensoriels).

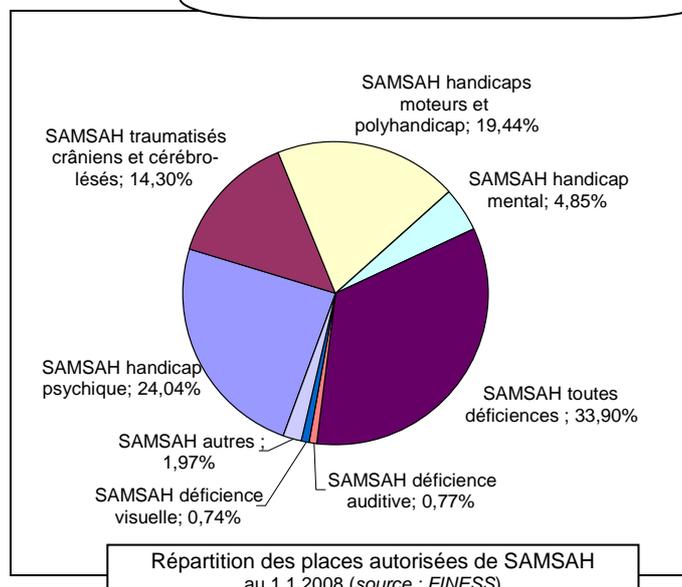
- Les **principales missions** assurées : en terme de temps de personnel mobilisé

✓ pour les SAMSAH :

- Les soins ou l'accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert
- L'évaluation des besoins et capacités d'autonomie
- L'aide et l'accompagnement à la vie sociale
- L'assistance pour les actes essentiels de la vie

✓ pour les SSIAD :

- Les prestations de soins infirmiers : soins techniques
- L'évaluation des besoins de soin
- Les prestations de soins de base et relationnels concourant à l'accomplissement des actes essentiels de la vie (hors prestations relevant de l'aide à domicile)



La coordination des interventions auprès de la personne a été ajoutée parmi les principales missions.

Une aide aux aidants familiaux et un soutien des relations avec l'environnement familial sont assurés par :

- trois quart des SAMSAH,
- près de la moitié des SSIAD.

L'accompagnement à l'insertion professionnelle est assuré par deux tiers des SAMSAH, de façon différenciée selon les publics :

- 86 % des SAMSAH pour handicap psychique
 - 52 % des SAMSAH pour handicap moteur, polyhandicap, traumatisés crâniens et cérébro-lésés
- mais reste modeste en terme de mobilisation de temps de personnel.

Les **SAMSAH** ont une fonction de coordination de la mise en œuvre du plan de compensation : coordonner les interventions des professionnels auprès de la personne pour assurer la continuité du soin et de l'accompagnement.
Les **SSIAD** assurent une mission de coordination des interventions dans le champ du soin

II. Capacités des services et activité

✓ pour les SAMSAH :

- capacité moyenne : 26,75 places par service (dans l'échantillon)
- file active (nombre de personnes accompagnées au cours de l'année) : 29,5 personnes par service (médiane), avec des écarts selon le fonctionnement
- une couverture géographique très hétérogène (300 000 hab. en moyenne par service).
- **2 types de fonctionnement différenciés :**
 - ↳ Fonction de coordination de l'accompagnement médical, paramédical et social :
60 % des SAMSAH sont ouverts 5 jours par semaine, ils assurent 1 à 2 interventions hebdomadaires par usager une fonction de coordination
 - ↳ Délivrance de prestations de soins :
40 % des SAMSAH sont ouverts 7 jours par semaine, ils assurent 10 à 20 interventions hebdomadaires par usager (*surtout des services pour polyhandicap, traumatisés crâniens*)

✓ pour les SSIAD :

- capacité moyenne de 11,5 places pour personnes handicapées (échantillon)
- file active (nombre de personnes accompagnées au cours de l'année) : 17 personnes par service (médiane)
- fonctionnement : 365 jours/an ; plus de 10 h par jour pour 70 % des services, y compris les WE et jours fériés
- une couverture géographique très hétérogène (110.000 hab. en moyenne par service). Un quart des SSIAD sont organisés sous forme d'antennes de proximité.

III. Gestionnaires des services

- La plupart des gestionnaires des services sont des associations qui sont majoritairement présentes :
 - dans le champ du handicap pour ce qui concerne les SAMSAH,
 - dans le champ des personnes âgées pour les SSIAD.
- Les services ont le plus souvent été créés à partir d'une structure déjà existante, mais rarement par transformation de places. La majorité des services sont adossés à un autre établissement et service pour leur fonctionnement : 81 % des SSIAD (adossée à des SSIAD personnes âgées), 53 % des SAMSAH (adossés à des MAS, FAM, foyers ...).

IV. Composition des équipes et effectifs de personnels

✓ pour les SAMSAH :

- en moyenne : (avec des écarts entre les services)
- 51 % de personnels médicaux et paramédicaux
 - 25 % de personnels socio-éducatifs
 - 16 % de personnels administratifs et services gén^x
- personnels médicaux et paramédicaux composés principalement d'aides-soignants, AMP, IDE, mais aussi médecins, ergothérapeutes, psychologues présents dans la plupart des SAMSAH.
 - personnels socio-éducatifs composés d'assistantes sociales, d'éducateurs et moniteurs. 25 % des services comprennent des auxiliaires de vie sociale.
 - taux d'encadrement / place : 0,42 ETP (tous effectifs confondus)

✓ pour les SSIAD :

- 70 % de personnels paramédicaux en moyenne, composés majoritairement d'aides-soignants, aides médico-psychologiques et infirmiers – auxquels il faut ajouter les personnels de soin qui assurent la direction ou la coordination des SSIAD (7,4% des effectifs).
- pas de médecin au sein des SSIAD
- 16 % des SSIAD disposent aussi de temps de psychologues et ergothérapeutes
- taux d'encadrement / place : 0,27 ETP (tous effectifs confondus)

Les données sur les effectifs sont des moyennes qui ne reflètent pas la diversité des services ; elles ne doivent pas être considérées comme des normes.

- Des effectifs différenciés dans les SAMSAH **selon les publics** :
 - en terme de répartition par qualification des personnels : la part des personnels médicaux et paramédicaux est plus élevée dans les SAMSAH pour handicap moteur, polyhandicap, traumatisés crâniens et cérébro-lésés (60%), les SAMSAH pour handicap psychique comportent davantage de personnels socio-éducatifs (34 %).
 - en terme d'encadrement (tous effectifs confondus) : des effectifs plus élevés dans les SAMSAH pour handicap moteur, polyhandicap, traumatisés crâniens et cérébro-lésés (taux d'encadrement : 0,45 ETP par place)
- La direction des services est assurée par un cadre de santé ou infirmier pour la plupart des SSIAD, par un cadre de direction pour une majorité de SAMSAH
- La plupart des services disposent de personnels mutualisés avec d'autres établissements ou services gérés par le même organisme (personnels administratifs, professionnels médicaux et paramédicaux). Le recours régulier à des professionnels libéraux dans le cadre du fonctionnement des services concerne la plupart des SSIAD (IDE, pédicures-podologues) et un tiers des SAMSAH (kiné, orthophonistes, infirmiers, médecins). Leur intervention est formalisée (convention). Plus d'un tiers des SAMSAH bénéficient de personnels mis à disposition par d'autres établissements et services, avec contrepartie financière (établissements de santé) : notamment les SAMSAH pour handicap psychique en liaison avec les équipes de psychiatrie.

V. Structure budgétaire

➤ coût moyen à la place :

✓ pour les SAMSAH :

- coût moyen sur le budget total (dans l'échantillon) : 17 535 € / place (capacité moyenne : 26,75 places)
écarts : de 12 975 € (min.) à 23 905 € (max.) /place

- un coût plus élevé des SAMSAH pour handicap moteur, polyhandicap, traumatisés crâniens et cérébro-lésés, en raison du taux d'encadrement mais aussi des charges de structure : 20 775 €/ place.

✓ pour les SSIAD :

- coût moyen sur le budget total (dans l'échantillon) : 11 850 € / place (capacité moyenne : 11,5 places)
écarts : de 11 926 € (min.) à 13 200 € (max.) /place

Les données sur les coûts sont des moyennes qui ne reflètent pas la diversité des services ; elles ne doivent pas être considérées comme des normes.

➤ répartition des charges par nature de dépenses :

✓ pour les SAMSAH :

- 83 % pour les dépenses de personnel
- 6 % pour les dépenses de gestion (dont actes libéraux et transports)
- 11 % pour les dépenses de structure

✓ pour les SSIAD :

- 82 % pour les dépenses de personnel
- 12 % pour les dépenses de gestion (dont actes libéraux et transports)
- 6 % pour les dépenses de structure

➤ participation financière demandée aux usagers (pour les SAMSAH) :

il existe une hétérogénéité des pratiques pour la demande de participation aux usagers et sur les modes de fixation de cette contribution (cf. page 6).

➤ répartition des charges entre budgets et financeurs :

✓ pour les SAMSAH :

- une ventilation des charges entre les conseils généraux et l'assurance-maladie déterminée selon une clé de répartition fixée au prorata des effectifs selon la qualification des personnels (pour les charges autres que celles de personnels).

- sur le budget total :

↳ en moyenne, 64 % des dépenses totales sont couvertes par le forfait soins

↳ pour les SAMSAH handicap psychique, le forfait soins couvre 50 % du total des charges.

✓ pour les SSIAD :

- pour les SSIAD intervenant auprès de personnes âgées et de personnes handicapées : une clé de répartition des charges PA-PH fixée au prorata des capacités autorisées ou de l'activité

pour les SAMSAH, le mécanisme du prix de journée globalisé permet de lisser les variations d'activité (art. R.314-115 du code de l'action sociale et des familles)

V. Mode de fonctionnement des services

➤ Élaboration et suivi du projet individualisé :

Un protocole d'accueil est établi par tous les SAMSAH et par la plupart des SSIAD. La première évaluation est réalisée par un professionnel paramédical. Le projet individualisé fait l'objet d'un suivi au moins 1 fois par an et tous les 6 mois pour deux tiers des services, sous la forme de réunions de synthèse associant l'équipe et parfois des intervenants extérieurs (services à domicile, professionnels libéraux, équipes de psychiatrie...)

➤ Relations avec les usagers et les familles :

Tous les services indiquent que les usagers sont associés à l'élaboration et au suivi de leur projet individualisé. Un tiers des services ont formalisé les relations avec les familles.

➤ Évaluation des situations individuelles avec la MDPH :

Deux tiers des SAMSAH participent à l'évaluation avec la MDPH, mais la coopération n'est formalisée que pour 30 % des SAMSAH. Seuls 16 % des SSIAD participent à l'évaluation avec la MDPH.

➤ Formation des personnels :

La moitié des SAMSAH et 42 % des SSIAD ont mis en place une formation spécifique à l'ouverture du service : formations théoriques et échanges de pratiques sur les handicaps et/ou sur l'accompagnement des personnes (handicap moteur, traumatismes crâniens, psychoses...).

➤ **Coordination des équipes** : elle s'appuie sur la formalisation d'outils (procédures, fiches de poste, réunions de transmission, cahiers de liaison...) et de procédures.

84 % des SSIAD et 60 % des SAMSAH assure une permanence des soins et de l'accompagnement.

➤ Communication auprès des usagers et des professionnels

L'ensemble des SAMSAH et deux tiers des SSIAD utilisent des moyens d'information et de communication pour se faire connaître auprès des usagers et des professionnels (plaquettes, affiches, journées de rencontre...).

VI. Liaisons et partenariat

➤ avec les établissements de santé et médico-sociaux :

- Des coopérations sont mises en œuvre pour la gestion des situations d'urgence, l'aménagement de séjours de répit, l'organisation de relais pour la sortie de l'hospitalisation et le retour à domicile ou en hébergement
- 50 % des SAMSAH et 20 % des SSIAD ont recours aux plateaux techniques d'établissements de santé ou médico-sociaux (équipements de balnéothérapie, salle « snoezelen »...)

➤ avec les services d'aide à la personne et professionnels libéraux :

73 % des SAMSAH et 41 % des SSIAD sont chargés d'assurer la coordination des interventions des services et professionnels au domicile des personnes

➤ avec les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) :

Des coopérations sont pratiquées avec la MDPH pour deux tiers des SAMSAH, mais celles-ci sont peu formalisées à ce stade. Elles portent sur l'évaluation des besoins et des capacités des personnes, ainsi que sur le suivi des orientations.

VII. Avancées, difficultés et perspectives

➤ Les améliorations constatées depuis l'ouverture des services :

▪ Pour les usagers :

- ✓ continuité des soins et coordination accrue des interventions des acteurs au domicile, qui se traduit en particulier par une diminution des ré-hospitalisations (à quantifier)
- ✓ rupture de l'isolement des personnes, aide à la participation sociale, soutien aux aidants

▪ Pour les partenaires :

- ✓ reconnaissance progressive de la place des SSIAD et des SAMSAH en matière d'accompagnement des personnes mais aussi de leur rôle de coordination des acteurs intervenants auprès de la personne.

➤ Les difficultés rencontrées / les leviers de mise en œuvre et de fonctionnement des services

- ✓ Par les décideurs locaux (DDASS, Conseils généraux)
- ✓ Par les porteurs de projets

▪ Besoin de clarification des missions spécifiques des SAMSAH / SAVS / SSIAD

actions mises en œuvre par les décideurs locaux :

définition et clarification des missions de chacun des acteurs, définition des conditions d'orientation par la MDPH en SAMSAH et en SAVS.

actions mises en œuvre par les porteurs de projets :

communication auprès des décideurs, des professionnels de santé et du champ médico-social sur le contenu de l'accompagnement proposé.

▪ Défaut d'articulations entre les services et les professionnels intervenant auprès de la personne

actions mises en œuvre par les porteurs de projets :

mise en place de protocoles et fiches de liaison avec les établissements de santé, avec les professionnels libéraux.

▪ Difficulté de recrutement de professionnels qualifiés et expérimentés :

actions mises en œuvre par les porteurs de projets :

partenariats avec IRTS, ANPE ; mise en place de formations internes ; mutualisation de personnels et mises à disposition (par des établissements sanitaires ou médico-sociaux).

▪ Ventilation des charges entre les financeurs (CG-Assurance-maladie) et entre budgets (PA-PH) :

- Les SAMSAH sont autorisés et financés par le conseil général et le Préfet (crédits assurance-maladie).

actions mises en œuvre par les décideurs locaux :

ventilation de l'allocation budgétaire (charges autre que celles de personnels) sur la base d'une clé de répartition fixée au prorata des effectifs.

- S'agissant des SSIAD, financés par l'assurance-maladie en totalité, ils font l'objet en pratique d'autorisations distinctes pour les places destinées aux personnes âgées et aux personnes handicapées, et de budgets présentés séparément selon le public.

actions mises en œuvre par les décideurs locaux :

ventilation de l'allocation budgétaire sur la base d'une clé de répartition au prorata des capacités PA-PH.

L'enquête montre qu'une participation financière est demandée aux usagers des SAMSAH dans certains départements, notamment au titre de la prestation de compensation. Outre les difficultés liées à l'hétérogénéité de ces pratiques selon les départements, il convient de rappeler qu'aucune disposition législative ou réglementaire ne permet de facturer la participation des usagers d'un SAMSAH ou d'un SAVS (références : articles L.3121, R.314-105, R.314-113 et R.314-140 à 144 du code de l'action sociale et des familles). Plusieurs conseils généraux ont décidé de supprimer cette demande de participation des usagers, dans un souci d'équité et pour favoriser l'accès aux services pour les personnes.

Contribution de la MDPH de Seine-Maritime - M. J.L. Riou, responsable du pôle adultes

La MDPH a mené avec le conseil général, la DDASS et les professionnels de SAMSAH et SAVS des travaux sur les conditions d'orientation des personnes vers ces services.

Les finalités de l'accompagnement sont rappelées :

- contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes handicapées,
- favoriser ou restaurer les liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels,
- faciliter l'accès des personnes handicapées à l'ensemble des services offerts par la collectivité,
- constituer une alternative à l'hébergement institutionnel

Des « pré-requis » ont été définis :

- le potentiel à vivre seul ou en autonomie
- l'adhésion volontaire de la personne au projet de compensation
- la capacité à communiquer avec l'extérieur

Afin d'ajuster le plan de compensation aux besoins des personnes, des orientations en SAVS ou SAMSAH sont prononcées pour 1 an par la CDAPH pour évaluer leurs capacités en situation.

En cas d'absence de places disponibles, la MDPH communique les besoins aux autorités chargées de l'autorisation et du financement de ces services (Etat / CG)

Pour le conseil général de Seine-Maritime, les SAVS et SAMSAH n'effectuent pas de prestations relevant de l'aide humaine : toute demande de participation par les usagers au financement de ces services a donc été supprimée.

Rôle et place des SAMSAH et SSIAD dans l'évaluation des situations individuelles

Restitution de l'atelier A

- rapporteur : Mme S.Crevon, directrice du SAMSAH APF Seine-Maritime -

Condition préalable aux coopérations : transparence réciproque entre la MDPH et les services d'accompagnement pour une meilleure connaissance mutuelle.

Définition de niveaux d'évaluation différenciés :

➤ Contribution par les SAMSAH et SSIAD à l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire sous la forme de bilans individuels :

Condition : concertation préalable sur la nature des informations pour assurer la compatibilité avec le GEVA, outil d'évaluation multidimensionnel des MDPH

➤ Orientation en SAMSAH à visée évaluative pour quelques mois : pour une évaluation en situation et dans la durée des besoins et des capacités des personnes

➤ « Labellisation » de SAMSAH comme équipes spécialisées d'évaluation : pour des handicaps spécifiques

Question du positionnement du service comme « juge et partie » (pour l'évaluation / l'accompagnement) ?

Condition : définition de critères et de conditions d'orientation précis et rendu-compte par l'équipe spécialisée

Contribution de la délégation CREA Ile-de-France - M. J.Y.Barreyre, directeur

A partir des travaux menés (notamment travaux du CREA IDF : étude sur le SAMSAH La Gabrielle-77, accompagnement du volet handicap psychique du schéma -94 ...), sont proposées :

Une définition de l'accompagnement médico-social : « un travail discret d'interprétariat des positions logiques des parties prenantes dans la situation des personnes accompagnées et un travail méthodologique de concordance possible entre d'une part les attentes et les besoins avérés d'une personne et les ressources existantes ou potentielles sur le territoire de vie ».

Quatre orientations :

- Un dispositif « à géométrie variable » : selon les ressources disponibles sur un territoire.
- Un dispositif au service des parcours de vie : qui s'adapte aux besoins de la personne et à ses évolutions au cours de la vie.
- Une mission de soin qui ne doit pas se substituer aux dispositifs de droit commun et aux professionnels existants (en particulier dans le champ du handicap psychique à l'égard de la psychiatrie)
- Vers la définition de « plateformes territoriales d'accompagnement ».

Proposition :
à l'occasion des dossiers d'autorisation examinés en CROSMS, analyse systématique des ressources existantes sur le territoire par le porteur de projet (établissements, services, professionnels libéraux...)

Les points de vigilance pour le développement des services d'accompagnement médico-social des adultes handicapés

Restitution de l'atelier B - rapporteur : M.J.Priou, directeur URIOPSS Centre

SAMSAH

✓ **Un objectif commun** : la recherche de **l'autonomie des personnes**

⇒ accompagner les personnes sans se substituer aux professionnels de soin et du champ social, pour assurer la continuité des soins et de l'accompagnement ; organiser les relais vers les dispositifs de droit commun dans la perspective de la fin de l'accompagnement par le service. Il ne s'agit pas de reconstituer l'institution mais d'offrir une alternative à l'hébergement collectif aux personnes selon leur projet de vie.

✓ **Une nécessaire souplesse** dans l'organisation et le fonctionnement des services :

- en fonction des ressources existantes sur le territoire (en établissements, services, professionnels libéraux...)
- en fonction du public : la composition des équipes et leur mode d'intervention sont à adapter selon les handicaps

→ pour s'adapter au plan de compensation et au projet de vie de chaque personne et être en capacité d'évoluer selon les besoins de la personne.

Conditions :

⇒ pour les autorités de tarification : souplesse dans l'allocation budgétaire en contrepartie d'un suivi d'activité attendu (clé de répartition des charges entre les financeurs, prix de journée globalisé...),

⇒ pour les services : rendu-compte sur le contenu de l'accompagnement, auprès des autorités d'autorisation et de tarification, de la MDPH, des professionnels de santé et du champ social et médico-social.

✓ Mais en garantissant **un socle commun de missions** :

- L'accompagnement médical et paramédical
- L'appui à l'évaluation des besoins et des capacités d'autonomie
- L'aide et l'accompagnement à la vie sociale
- L'aide aux aidants et le soutien des relations avec l'environnement familial

➤ La coordination de la mise en œuvre du plan de compensation

D'autres missions peuvent être développées en complément selon les besoins locaux, notamment l'accompagnement à l'insertion professionnelle.

La reconnaissance du rôle de **coordination de la mise en œuvre du plan de compensation** : ⇒ formalisation et mise en œuvre de procédures et d'outils de liaison, avec les établissements sanitaires, les professionnels de santé libéraux, les services sociaux.

SAMSAH et SSIAD

✓ Un besoin **d'objectiver et de documenter le contenu de l'accompagnement** et des prestations réalisés auprès des personnes par les services :

- la méconnaissance par les décideurs et les prescripteurs (MDPH, médecins libéraux) constitue un frein au développement de ces services,
- la souplesse demandée dans l'allocation budgétaire (aux autorités locales tarification) implique un suivi d'activité et un rendu-compte accru de la part des services, sur la base d'indicateurs définis en commun.

✓ Un besoin de poursuivre **la formation des personnels des équipes** engagée par les gestionnaires, notamment dans le cadre de leurs plans de formation : formation à l'accompagnement en milieu ordinaire et aux spécificités des handicaps, en privilégiant les échanges de pratiques.

Les suites et approfondissements des travaux de suivi qualitatif du développement des services d'accompagnement pour les adultes handicapés

Les orientations dégagées par la Commission « Partenariats et Prospective » de la CNSA, le 11 mars 2008 :

➤ **Définir le contenu des prestations et de l'accompagnement délivrés par les SSIAD / SAMSAH / SAVS, et approfondir les « zones d'articulation »** entre les champs sanitaire, social et médico-social, et entre les dispositifs et les acteurs (ex : l'HAD, équipes mobiles gériatriques...) y compris dans la perspective du dépassement de la barrière d'âge :

▪ *sur la dimension du soin*

- nature des prestations délivrées par les SSIAD par rapport aux infirmiers libéraux
- contenu de la fonction de coordination et d'accompagnement médical et paramédical assurée par les SAMSAH / prestations délivrées par les SSIAD

▪ *sur la dimension de l'accompagnement social*

- contenu de l'accompagnement assuré par les SAMSAH-SAVS / prestations d'aide humaine à domicile / participation à la vie sociale relevant de la PCH

➤ Travailler sur des **schémas d'organisation territoriale** de ce type de services, **selon les ressources mobilisables**, en clarifiant les missions de chacun, la fonction de coordination et les articulations entre acteurs.

➤ Déterminer un mode de suivi de l'activité des services par grandes fonctions et **identifier les indicateurs pertinents de mesure des résultats et de l'impact** de leur activité (ex : diminution des hospitalisations, durée des séjours...), en incluant la dimension de la mesure de la satisfaction des personnes / usagers.

**Suivi qualitatif du développement
des services d'accompagnement médico-social
pour adultes handicapés :
SAMSAH et SSIAD**

- PARTIE 1 : Enquête sur les services en fonctionnement -

**Suivi qualitatif du développement
des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés :
SAMSAH et SSIAD**

OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

Contexte

En réponse aux orientations nationales en faveur de la diversification de l'offre d'accompagnement et la mise en œuvre du plan personnalisé de compensation, les services médico-sociaux d'accompagnement et de soins pour les adultes handicapés, dont la définition juridique est récente, connaissent un développement encore lent et inégal selon les territoires.

Comme annoncé lors des échanges techniques avec les CTRI et par la circulaire conjointe du 1^{er} mars 2007 sur la mise en œuvre du plan de santé mentale, et en appui du processus PRIAC, la CNSA engage avec la DGAS /SD3 un bilan qualitatif du développement de ces nouveaux services : services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

Objectifs

L'objectif de ces travaux est d'accompagner le développement des services d'accompagnement médico-social pour les adultes handicapés, de façon équilibrée sur le territoire national, en éclairant les décideurs locaux – Préfets, Services déconcentrés, Conseils généraux – sur les modalités d'organisation et de fonctionnement de ces services, ainsi que sur les difficultés identifiées et les leviers de développement, afin de leur permettre d'apporter une aide aux porteurs de projets.

Les constats ainsi établis pourront donner lieu à la définition de pistes de travail complémentaires, portant sur des thématiques spécifiques et impliquant d'autres acteurs.

Méthodologie

La méthodologie retenue est de recueillir les informations utiles portant sur un échantillon de SAMSAH et SSIAD ou SPASAD en fonctionnement, à l'aide d'un questionnaire construit par la CNSA en liaison avec la DGAS / SD3, avec l'appui de documents communiqués par des DRASS (rapports CROSMS, questionnaires d'enquêtes ...). Il ne s'agit donc ni d'un recensement à visée statistique, ni d'un contrôle ou d'une évaluation du fonctionnement des services ou de leurs prestations.

L'échantillon établi comprend 32 SAMSAH et 33 SSIAD ou SPASAD en fonctionnement, répartis dans 19 régions et 46 départements (1 à 2 services maximum par département). Le questionnaire est adressé aux DDASS, à renseigner en liaison avec les gestionnaires des services et, pour ce qui concerne les services à double autorisation et tarification, avec les services du Conseil général. La remontée des questionnaires complétés est à transmettre à la CNSA avec copie à la DRASS de la région.

Calendrier

avril-juin 2007 : phase préparatoire

- rédaction du cahier des charges des travaux et validation par la DGAS / SD3
- recueil de documentation sur les services en fonctionnement et les études locales
- élaboration de l'échantillon de services installés à partir des sources existantes (enquête BP 2005, FINESS)

juin-septembre 2007 : phase de mise en œuvre

- consultation des CTRI de référence (en comité de suivi du PRIAC)
- transmission du questionnaire et de la liste des services de l'échantillon aux DDASS
- renseignement des questionnaires et transmission par les DDASS à la CNSA et à la DRASS

octobre-novembre 2007 : phase d'analyse et d'échanges

- exploitation des questionnaires par la CNSA, en liaison avec la DGAS / SD3, et avec l'appui d'un prestataire extérieur
- partage des résultats et des constats lors d'une journée de travail avec un groupe de financeurs et de gestionnaires de services

Janvier 2008 : phase de restitution et pistes de travail

- restitution et échanges avec les CTRI de référence et les têtes de réseaux
- communication aux services déconcentrés et aux partenaires

Enquête de suivi qualitatif du développement des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés : SAMSAH et SSIAD
Echantillon de services en fonctionnement

Echantillon :
19 régions / 46 dépts
34 SSIAD et 32 SAMSAH

Dept	SSIAD / SPASAD intervenant auprès de personnes handicapées	Nb de places autorisées et financées en 2006	SAMSAH	public accueilli	Nb de places autorisées et financées en 2006
ALSACE					
68	SSIAD Relais - Handidom	15			
AQUITAINE					
24	SSIAD de Bergerac	6			
33			SAMSAH ARSA Espoir 33	handicap psychique	12
64	SSIAD CCAS PAU	8			
64			SAMSAH CHI Côte Basque	traumatisés crâniens	50
AUVERGNE					
3	SSIAD ST GERAND LE PUY (Handicap)	2			
43			SAMSAH ALLEGRE APAJH	toutes déficiences	10
BOURGOGNE					
21	SSIAD MFCO	7			
21	SSIAD FEDOSAD	14			
89	SSIAD ISLE SUR SEREIN	5			
BRETAGNE					
22	SSIAD GUINGAMP	20			
22	SSIAD PH PAIMPOL	7			
29	SSIAD Guipavas Amitiés Armor	7	SAMSAH	traumatisés crâniens	50
35	SSIAD SADAPH RENNES	25			
CENTRE					
36	SSIAD Asmad pour PH	17			
37			SAMSAH APF	handicap moteur	20
37			SAMSAH Joué les Tour	toutes déficiences	15
41			SAMSAH APF Blois	handicap moteur	nc
45			SAMSAH ADPEP	traumatisés crâniens	15
CHAMP ARDENNE					
8	SSIAD CROIX ROUGE	3			
8	SSIAD MUTUALITE	6			
FRANCHE COMTE					
70	SSIAD ADMR	15			
70	SSIAD FASSAD	11			
ILE DE France					
77			SAMSAH ASSAD	handicap psychique	27
78	SSIAD de Rambouillet	70			
93			SAMSAH COS	traumatisés crâniens	15
93			SAMSAH Montreuil	toutes déficiences	20
94			SAMSAH	handicap psychique	25
LANG ROUSSILLON					
30			SAMSAH APF	handicap moteur	25
30	SSIAD CH UZES	5			
34			SAMSAH Montpellier	traumatisés crâniens	21
66	SSIAD Perpignan	25			
LIMOUSIN					
23	SSIAD de Gouzou	3			
87	SSIAD handicapés Beaubreuil	15			
LORRAINE					
54	SSIAD OHS	6			
54	SSIAD SSM	5			
NORD PAS DE CALAIS					
59			SAMSAH Papillons blancs	handicap mental	10
59			SAVD Lille R'Eveil	traumatisés crâniens	25
NORMANDIE BASSE					
14	SSIAD CCAS Lisieux	5			
14	SSIAD Falaise	3			
NORMANDIE HAUTE					
27			SAMSAH Pont Audemer	toutes déficiences	5
76			SAMSAH Ligue havraise	toutes déficiences	6
76			SAMSAH Rouen	toutes déficiences	nc
PICARDIE					
2	SSIAD Anne Morgan	8			
60	SPASAD OPHS	35			
80	SSIAD Amiens Santé	8			
PAYS DE LOIRE					
44			SAMSAH La Sèvre	toutes déficiences	20
49			SAMSAH Angers	toutes déficiences	37
72			SAMSAH ADIMC		21
72			SAMSAH ADGESTI		15
PACA					
4	SSIAD des Mutuelles du Soleil	8	SAMSAH Forcalquier	toutes déficiences	5
5	SSIAD Vivre et Vieillir chez soi	3			
6	SSIAD -ADMR	11	SAMSAH APF	handicap moteur	25
13			SAMSAH Marseille	déficients visuels	15
13	SSIAD HANDIVIE	11			
83			SAMSAH Handicap psychique	Handicap psychique	nc
RHONE ALPES					
26			SAMSAH ADAPT	traumatisés crâniens	35
38	SSIAD ADPA Grenoble	4	SAMSAH Alphi	Handicap psychique	80
42			SAMSAH APF (ouverture 2006)		50
42			SAMSAH AREPSHA (ouverture 2006)	handicap moteur	15
69	SSIAD Soins et Santé - Caluire	9	SAMSAH APF	handicap moteur	20



Enquête de suivi qualitatif du développement des services d'accompagnement médico-social des adultes handicapés

Catégorie SAMSAH

Enquête menée sur 30 services
- décembre 2007-

Analyse réalisée avec SODIFRANCE, pôle décisionnel

PREAMBULE

Contexte

En réponse aux orientations nationales en faveur de la diversification de l'offre d'accompagnement et de la mise en œuvre du plan personnalisé de compensation, les services médico-sociaux d'accompagnement et de soins pour les adultes handicapés, dont la définition juridique est récente, connaissent un développement encore lent et inégal selon les territoires.

Comme annoncé lors des échanges techniques avec les CTRI et par la circulaire conjointe du 1er mars 2007 sur la mise en œuvre du plan de santé mentale, et en appui du processus PRIAC, la CNSA a engagé avec la DGAS /SD3 un bilan qualitatif du développement de ces nouveaux services : services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

Objectifs

L'objectif de ces travaux est d'accompagner le développement des services d'accompagnement médico-social pour les adultes handicapés, de façon équilibrée sur le territoire national, en éclairant les décideurs locaux – Préfets, Services déconcentrés, Conseils généraux – sur les modalités d'organisation et de fonctionnement de ces services, ainsi que sur les difficultés identifiées et les leviers de développement, afin de leur permettre d'apporter une aide aux porteurs de projets.

Les constats ainsi établis pourront donner lieu à la définition de pistes de travail complémentaires, portant sur des thématiques spécifiques et impliquant d'autres acteurs.

CNSA – rapport d'enquête – février 2008

Méthodologie de l'enquête

La méthodologie retenue a consisté à procéder au recueil des informations utiles via un questionnaire avec comme base de répondants deux types de services SAMSAH et SSIAD ou SPASAD en fonctionnement. Le questionnaire a été construit par la CNSA en liaison avec la DGAS / SD3, avec l'appui de documents communiqués par des DRASS (rapports CROSMS, questionnaires d'enquêtes ...).

Il ne s'agit donc ni d'un recensement à visée statistique, ni d'un contrôle ou d'une évaluation du fonctionnement des services ou de leurs prestations.

L'enquête analyse les données relatives aux réponses de 30 SAMSAH et 32 SSIAD ou SPASAD, répartis dans 19 régions et 46 départements (1 à 2 services maximum par département). Le questionnaire a été adressé aux DDASS, et renseigné en liaison avec les gestionnaires des services et, pour ce qui concerne les services à double autorisation et tarification, avec les services du Conseil général. Les questionnaires complétés ont été transmis à la CNSA avec copie à la DRASS de la région.

PREAMBULE

Calendrier

Avril-juin 2007 : phase préparatoire

- rédaction du cahier des charges des travaux et validation par la DGAS / SD3
- recueil de documentation sur les services en fonctionnement et les études locales
- élaboration de l'échantillon de services installés à partir des sources existantes (enquête BP 2005, FINESS)

Juin-septembre 2007 : phase de mise en œuvre

- consultation des CTRI de référence (en comité de suivi du PRIAC)
- transmission du questionnaire et de la liste des services de l'échantillon aux DDASS
- renseignement des questionnaires et transmission par les DDASS à la CNSA et à la DRASS

Octobre-décembre 2007 : phase d'analyse et d'échanges

- exploitation des questionnaires par la CNSA, en liaison avec la DGAS / SD3, et avec l'appui d'un prestataire extérieur, SODIFRANCE
- partage des résultats et des constats lors d'une journée de travail avec un groupe de financeurs et de gestionnaires de services

Janvier-février 2008 : phase de restitution et pistes de travail

- restitution et échanges avec les CTRI de référence et les têtes de réseaux
- communication aux services déconcentrés et aux partenaires

Les résultats de cette enquête sont relatifs à l'analyse de 30 questionnaires.

L'enquête a été menée sur le trimestre 3 de l'année 2007.

Les questionnaires ont été renseignés par le gestionnaire du service et la DDASS du département d'implantation du service.

40% des questionnaires relatifs aux SAMSAH ont également été renseignés par les services du Conseil général du département concerné.

PREAMBULE

L'enquête est structurée en cinq parties

- I - Cadre juridique
- II - Nature du projet d'accompagnement et de soins
- III - Structure budgétaire du service
- IV - Mode de fonctionnement du service
- V - Avancées, difficultés et perspectives

Précaution de lecture

Compte tenu des faibles effectifs pris en compte dans les analyses et des nécessaires approximations réalisées par les sondés lors du renseignement des questionnaires, certains résultats sont à considérer avec recul.

L'analyse des résultats porte sur les 30 SAMSAH qui ont fait l'objet d'une remontée de questionnaire, quel que soit le type de handicap concerné.

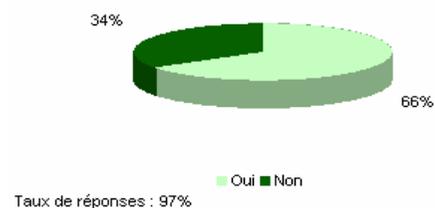
Pour certaines rubriques de l'enquête, l'analyse présente un focus sur 2 catégories de services selon le ou les public(s) accueilli(s) :

- SAMSAH handicap moteur, polyhandicap, traumatisés crâniens ;
- SAMSAH handicap psychique.

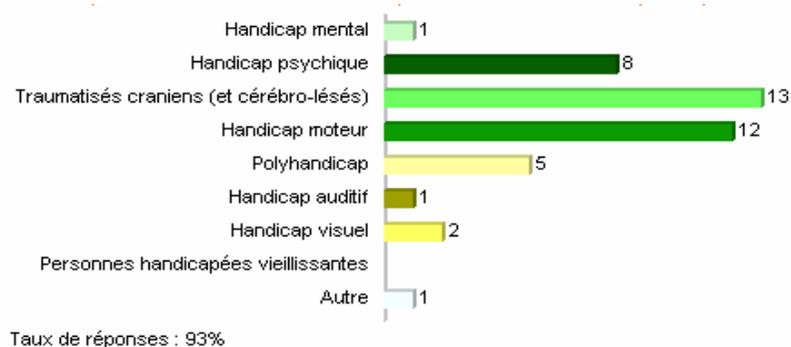
I. Cadre juridique

I – Cadre juridique

Le service est-il dédié à un public présentant un handicap spécifique ?



Si oui, précisez le ou les handicaps concernés à titre principal



Combinaisons de type d'handicap	Nombre d'occurrences	Total
Handicap psychique	7	28
Traumatisés crâniens (et cérébro-lésés)	6	
Traumatisés crâniens (et cérébro-lésés)/Handicap moteur	4	
Handicap moteur	4	
Handicap moteur/Polyhandicap	2	
Traumatisés crâniens (et cérébro-lésés)/Polyhandicap	1	
Traumatisés crâniens (et cérébro-lésés)/ Handicap moteur/ Polyhandicap/Autre	1	
Polyhandicap	1	
Handicap visuel	1	
Handicap mental/Handicap psychique/Traumatisés crâniens (et cérébro-lésés)/Handicap moteur/Handicap auditif/Handicap visuel	1	

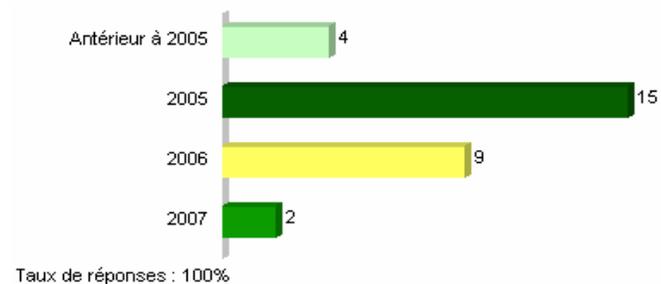
Deux tiers des SAMSAH de l'enquête s'adressent à un public présentant un handicap spécifique.

2 catégories principales se distinguent parmi les publics :

- handicap moteur, polyhandicap et traumatisés crâniens
- handicap psychique

I – Cadre juridique

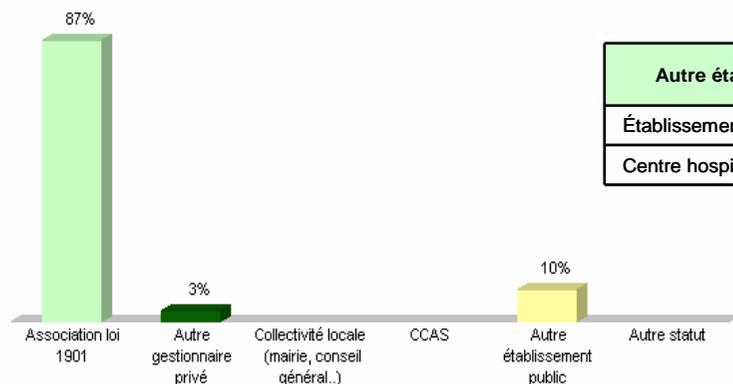
Année d'ouverture



Sur les 30 SAMSAH de l'enquête, la moitié a ouvert en 2005, 9 en 2006 et 2 ont ouvert au cours de l'année 2007.

I – Cadre juridique

Quel est le statut de l'organisme gestionnaire du service ?

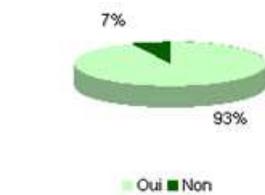


Taux de réponses : 100%

Autre établissement public	Nombre d'occurrences	Total
Établissement médico-social public	2	3
Centre hospitalier	1	

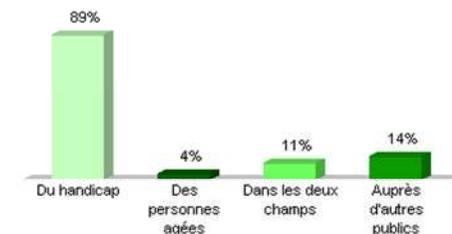
Les gestionnaires de SAMSAH sont principalement des associations.

Le gestionnaire gère-t-il d'autre(s) établissement(s) ou service(s) ?



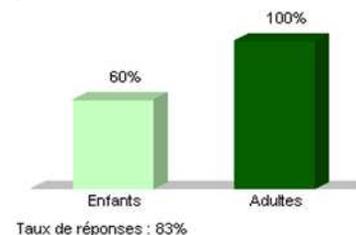
Taux de réponses : 100%

Si oui, indiquez si l'organisme gère principalement des structures dans le champ



Taux de réponses : 93%

Si l'organisme gère des structures dans le champ du handicap, précisez

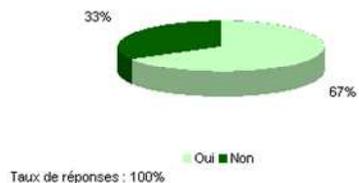


Taux de réponses : 83%

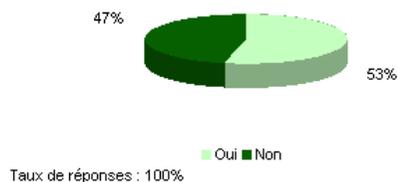
Ils gèrent également d'autres établissements ou services, majoritairement dans le champ du handicap.

I – Cadre juridique

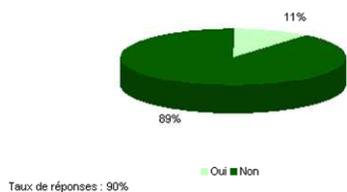
Le service a-t-il été développé à partir d'une structure existante ?



Dans son fonctionnement, le service est-il adossé à un établissement ou un service ?



Le service a-t-il été créé par transformation de places existantes ?



Si oui, précisez la catégorie de structure

Catégorie de structure	Nombre d'occurrences	Total
SAVS	5	20
Réseaux d'établissements et services	4	
MAS	4	
ESVAD	3	
SSIAD PH	1	
Pôle de coordination d'un réseau basse visio	1	
FAM	1	
Appartements gouvernantes	1	

Si oui, précisez la catégorie de l'établissement ou du service

Catégorie de l'établissement	Nombre d'occurrences	Total
MAS	4	10
Réseaux d'établissements et services	2	
FAM	1	
ESAT	1	
SAAD	1	
Centre de rééducation	1	

Deux tiers des SAMSAH ont été créés à partir d'une structure existante, mais rarement par transformation de places existantes.

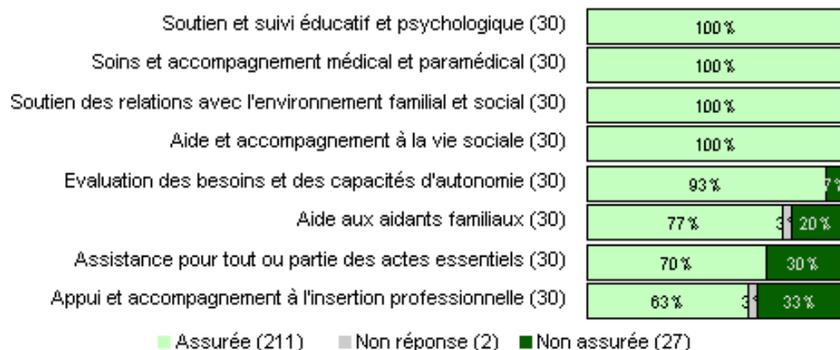
Seule la moitié sont adossés à un établissement ou service pour leur fonctionnement.



II. Nature du projet d'accompagnement et de soins

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

Missions des services fixées par le CASF (Code de l'Action Sociale et des Familles)



12 SAMSAH assurent d'autres missions, les réponses fournies sont les suivantes :

Autre mission
Accompagnement social
Appui administratif
Coordination médico-sociale
Coordination des interventions de soins
Coordination des soins
Coordination globale du projet personnalisé d'accompagnement
Réappropriation de la vie quotidienne

Les 2 missions principales en terme de temps de personnel mobilisé sont :

- le soin et l'accompagnement médical et paramédical,
- l'aide et l'accompagnement à la vie sociale

2 autres missions mobilisent les équipes :

- l'assistance pour tout ou partie des actes essentiels,
- l'évaluation des besoins et des capacités d'autonomie.

La coordination est ajoutée parmi les principales missions.

L'aide aux aidants familiaux est assurée par 77 % des SAMSAH.

L'accompagnement à l'insertion professionnelle est assurée par 2/3 des SAMSAH mais reste modeste.

Classement des missions en fonction du temps alloué par les personnels



A chaque mission, un poids de 1 à 9 a été attribué.

ex : à la mission mobilisant le plus d'effectifs, classée en rang 1, nous avons attribué le poids maximum de 9.

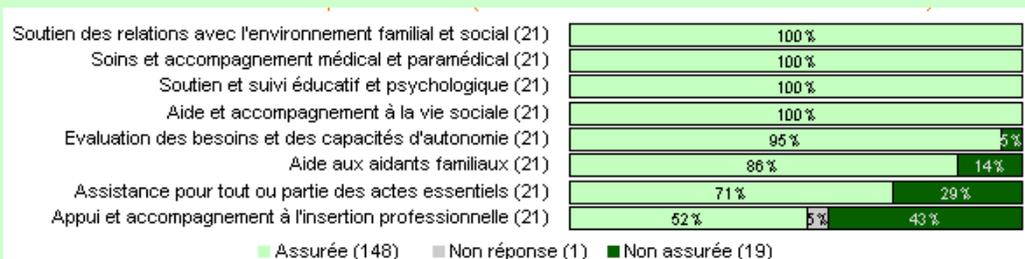
A la mission de rang 9, est attribué le poids de 1.

Les moyennes calculées tiennent compte de cette règle de pondération.

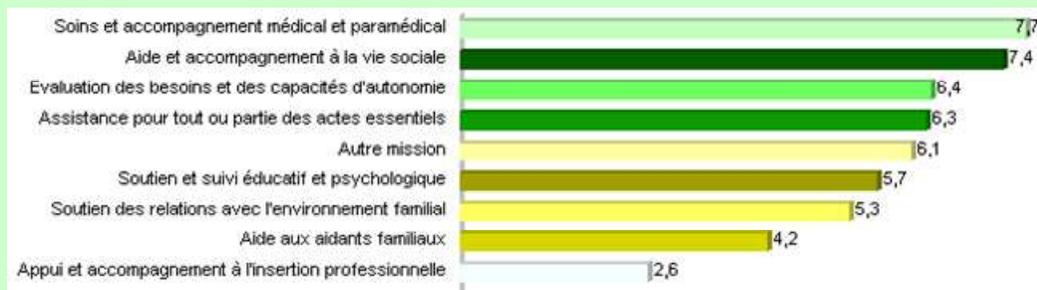
II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

Sous population : Handicap moteur / Traumatisés crâniens / Polyhandicap

Mission des services fixées par le CASF (Code de l'Action Sociale et des Familles)



Classement des missions en fonction du temps alloué par les personnels.



A chaque mission, un poids de 1 à 9 a été attribué.
 ex : à la mission mobilisant le plus d'effectifs, classée en rang 1, nous avons attribué le poids maximum de 9. A la mission de rang 9, est attribué le poids de 1.
 Les moyennes calculées tiennent compte de cette règle de pondération.

Les SAMSAH dédiés au « handicap moteur, polyhandicap et traumatisés crâniens » assurent globalement les mêmes missions que l'ensemble des SAMSAH, avec une mobilisation équivalente des personnels.

86 % d'entre eux assurent une mission d'aide aux aidants familiaux.

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

Sous population : Handicap psychique

Mission des services fixées par le CASF (Code de l'Action Sociale et des Familles)



Classement des missions en fonction du temps alloué par les personnels.



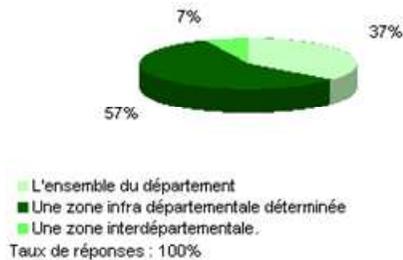
A chaque mission, un poids de 1 à 9 a été attribué.
 ex : à la mission mobilisant le plus d'effectifs, classée en rang 1, nous avons attribué le poids maximum de 9. A la mission de rang 9, est attribué le poids de 1.
 Les moyennes calculées tiennent compte de cette règle de pondération.

S'agissant des SAMSAH dédiés au handicap psychique, les personnels sont mobilisés sur 5 missions principales.

Près de 80 % d'entre eux assurent un accompagnement à l'insertion professionnelle.

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

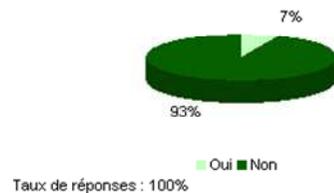
Quelle est la couverture géographique desservie par le service ?



Nombre d'habitants

	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	Médiane	Nombre répondants
Nb d'habitant de la zone intra départementale	310 980	300 012	60 000	1 091 438	210 000	13
Nb d'habitant de la zone interdépartementale	542 500	314 663	320 000	765 000	.	2

Le service est-il organisé sous la forme d'antennes et de proximité ?



Nombre d'antennes

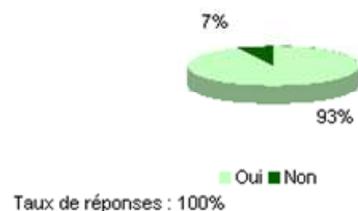
Deux structures sont organisées sous la forme de 2 ou 3 antennes de proximité.

Un tiers des SAMSAH couvrent l'ensemble du département : la couverture géographique est très hétérogène selon les services.

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

Existe-t-il des conditions d'accès au service liées aux caractéristiques des personnes ?

Si oui, lesquelles ?



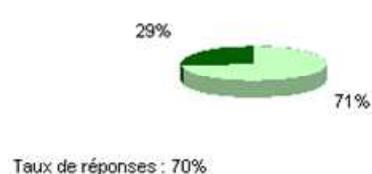
Conditions d'accès		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Conditions liées aux caractéristiques de la personne	Age	14	44
	Handicap moteur - polyhandicap	10	
	Traumatisés crâniens et lésions cérébrales acquises	4	
	Handicapée par des troubles psychiques	3	
	Très dépendant (soins et social)	3	
	Capacité à vivre en milieu ordinaire et en collocation	3	
	Type de handicap	2	
	Vie à domicile	2	
	minimum de 50%	1	
	Seuil minimal d'autonomie	1	
Conditions administratives	Déficience visuelle avérée	1	8
	Dans le secteur géographique	2	
	Validation médecin du conseil général	1	
	Besoin de deux champs de compétences au minimum dans notre service	1	
	Avoir un suivi médical en amont	1	
	Accès à l'emploi	1	
	Suivi par un médecin psychiatre	1	
Famille d'accueil	1		

Au-delà de l'orientation par la CDAPH, la plupart des conditions d'accès (ou d'exclusion) aux services concernent l'âge ou le type de handicap. Les autres conditions touchent aux capacités des personnes en terme de logement ou d'emploi.

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

Existe-t-il des conditions d'exclusion au service liées aux caractéristiques des personnes ?

Si oui, lesquelles ?



Conditions d'exclusion		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Conditions liées aux caractéristiques de la personne	Pas de traumatisme crânien	1	12
	Age	1	
	Handicap lié au vieillissement	1	
	Autres types de handicap que ceux mentionnés dans l'autorisation	1	
	Addictions raison vie en collocation	1	
	Risques médicaux touchant les fonctions vitales	1	
	Absence de dysfonctionnements d'origine psychique	1	
	Incapacité à gérer une vie autonome	1	
	Besoin d'assistance pour l'ensemble des actes essentiels.	1	
	Problèmes de violence	1	
	En cas de non respect du contrat d'accompagnement	1	
	Ne répond pas aux conditions d'accès du service	1	
Conditions administratives	Hors du secteur géographique	2	8
	Périmètre de soins incompatible avec notre plateau technique	2	
	Ne pas avoir de suivi psychiatrique	1	
	Personne qui serait dans le refus complet du soin	1	
	Personnes vivant en établissement	1	
	Hors OMS	1	

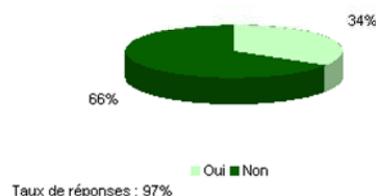
cf. supra

Rappel : le décret n°2005-223 sur les SAVS et SAMSAH ne fixe pas de limite d'âge pour l'accompagnement des personnes handicapées par ces services.

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

La durée de l'accompagnement est-elle limitée ?

Si oui, précisez la durée maximale fixée



Durée maximale fixée	Nombre d'occurrences	Total
Durée orientation CDA en moyenne 2 ans	3	9
6 mois reconductibles	1	
1 an renouvelable	1	
Deux ans renouvelable plusieurs fois	1	
3 mois prévu dans dossier CROSS	1	
Selon décision de la MDPH	1	
Une phase à visée d'évaluation durée 3 mois et une phase à visée de réadaptation de 1 à 2 ans	1	

Pour deux tiers des SAMSAH, la durée de l'accompagnement par le service n'est pas limitée.

La moitié des SAMSAH est dirigée par un cadre disposant d'une qualification à l'encadrement ou au management. Un tiers des directeurs sont des professionnels médicaux ou paramédicaux.

La spécialité des médecins intervenant au sein du SAMSAH est essentiellement liée aux types de handicap.

Précisez la qualification du directeur

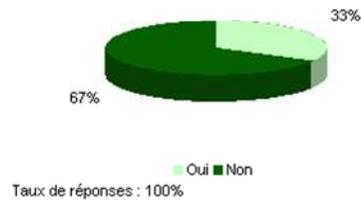
Précisez la qualification du médecin du service

Qualification du directeur	Nombre d'occurrences	Sous totaux	
Qualification d'encadrement ou de management	Cadre de direction	11	18
	Cadre socio-éducatif	5	
	Cadre de santé	1	
	Cadre de service	1	
Profession médicale et paramédicale	Psychologue	4	10
	Ergothérapeute	3	
	Médecin généraliste	2	
	Ophthalmologiste	1	
Autres	Assistante sociale	2	5
	Animatrice	1	
	Secrétaire médicale	1	
	Sociologue	1	

Qualifications du médecin	Nombre d'occurrences	Total
Médecine physique et rééducation fonctionnelle	9	26
Médecin psychiatre	8	
Médecin urgentiste	2	
Médecin généraliste	2	
Médecine du travail	1	
Neurochirurgien	1	
Neuro rééducation	1	
Médecin gériatre	1	
Ophthalmologiste	1	

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

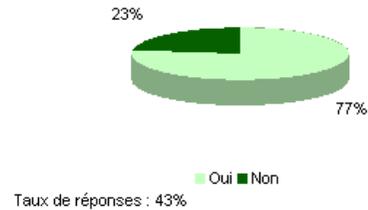
Le service a-t-il recours de façon régulière à des professionnels libéraux dans le cadre de son propre fonctionnement ?



Si oui, lesquels ?

Professionnels libéraux	Nombre d'occurrences	Total
Kinésithérapeutes	6	28
Orthophonistes	6	
Infirmiers	6	
Podologues - pédicures	2	
Médecin de rééducation fonctionnelle	2	
Médecin vacataire	1	
Neurologue	1	
Psychiatre	1	
Dentistes	1	
Médecin de famille	1	
Orthoptistes	1	

L'intervention des professionnels libéraux est-elle formalisée ?

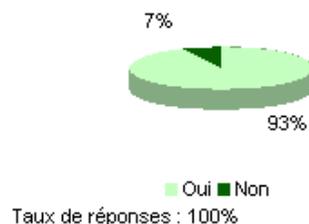


Un tiers des SAMSAH a recours de façon régulière à des professionnels libéraux. Dans ce cas, leur intervention est formalisée.

D'autres SAMSAH peuvent avoir recours de façon ponctuelle à des professionnels libéraux sans formalisation.

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

Certains personnels sont-ils partagés avec
la structure gérée par le même organisme ?



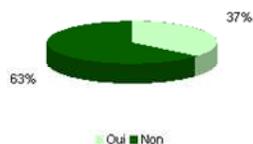
Si oui, précisez lesquels :

Personnels partagés avec une autre structure		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Personnels administratifs	Directeur	18	43
	Secrétaire	8	
	Personnels administratifs	8	
	Comptable	7	
	Responsable qualité	1	
	Responsable de service	1	
Personnels paramédicaux	Psychologue	10	27
	Ergothérapeute	8	
	Infirmière	4	
	Kinésithérapeute	2	
	Psychomotricienne	2	
	Neuropsychologue	1	
Personnels socio-éducatifs	Assistante sociale	7	17
	Educateur	5	
	Travailleurs sociaux	2	
	Conseillère en économie sociale et familiale	2	
	Coordinateur de l'Action sociale	1	
Personnels médicaux	Psychiatre	3	4
	Médecin	1	
Autres	Agent d'entretien	1	2
	Auxiliaires de vie	1	

Pour la quasi-totalité des SAMSAH, une mutualisation du personnel est opérée avec d'autres structures gérées par le même organisme. Il s'agit essentiellement des personnels administratifs ainsi que des personnels paramédicaux.

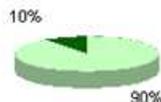
II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

Le service dispose-t-il de personnels mis à disposition par d'autres établissements ou services ?



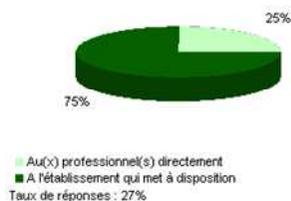
Taux de réponses : 100%

La mise à disposition fait-elle l'objet de contrepartie financière par le service ?



Taux de réponses : 33%

Si oui, la rétribution est destinée



Taux de réponses : 27%

CNSA – rapport d'enquête – février 2008

Par quels type d'établissement ou service ?

Par quel type d'établissement?	Nombre d'occurrences	Total
Hôpital psychiatrique	3	11
MAS	3	
CHU	2	
SESSAD	1	
Centre régional de rééducation et de réadaptation	1	
Association pour déficients visuels	1	

Comment ces coopérations sont-elles formalisées ?

Comment les coopérations sont elles formalisées?	Nombre d'occurrences	Total
Conventions	8	9
Mise à disposition en fonction des besoins	1	

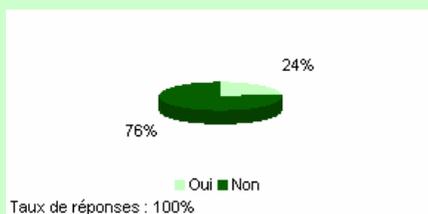
Un tiers des SAMSAH a recours à des personnels mis à disposition par d'autres établissements ou services, parmi lesquels principalement des établissements de santé.

Une contrepartie financière est versée par le SAMSAH majoritairement à l'établissement qui met à disposition.

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

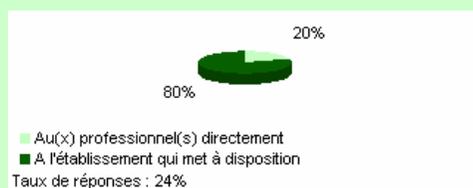
Sous population : Handicap moteur / Traumatisés crâniens / Polyhandicap

Le service dispose-t-il de personnels mis à disposition par d'autres établissements ou services ?



Dans tous les cas, la mise à disposition fait l'objet d'une contrepartie financière par le service

Si oui, la rétribution est destinée



Par quels type d'établissement ou service ?

Type d'établissement	Nombre d'occurrences	Total
MAS	2	5
Hôpital psychiatrique	1	
SESSAD	1	
centre régional de rééducation et de réadaptation	1	

Comment ces coopérations sont-elles formalisées ?

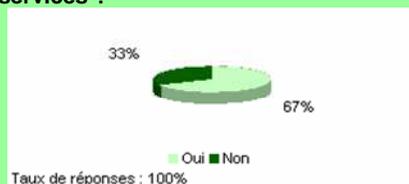
Comment les coopérations sont-elles formalisées?	Nombre d'occurrences	Total
Convention	4	5
Mise à disposition en fonction des besoins	1	

Parmi les services dédiés aux « handicap moteur, polyhandicap traumatisés crâniens », ceux qui ont recours à des personnels mis à disposition représentent une proportion plus faible (24 %) que pour l'ensemble des SAMSAH (37 %).

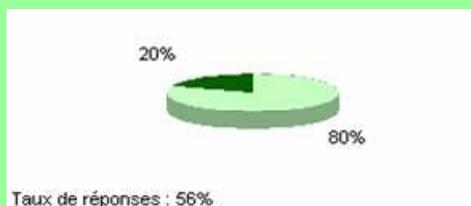
II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

Sous population : Handicap psychique

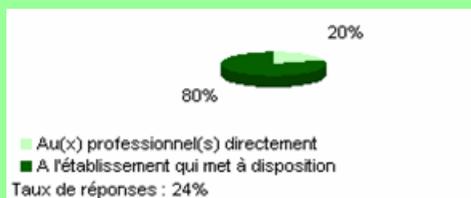
Le service dispose-t-il de personnels mis à disposition par d'autres établissements ou services ?



La mise à disposition fait elle l'objet d'une contrepartie financière par le service ?



Si oui, la rétribution est destinée



Par quels type d'établissement ou service ?

Type d'établissement	Nombre d'occurrences	Total
CHS, Hôpital psychiatrique	3	6
MAS	2	
Hôpital	1	

Comment ces coopérations sont-elles formalisées ?

Comment les coopérations sont-elles formalisées?	Nombre d'occurrences	Total
Convention	4	4

Deux tiers des SAMSAH dédiés au handicap psychique ont recours à des personnels mis à disposition, notamment par la psychiatrie.

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

Nombre de SAMSAH par taille de structure

Taille de structure en nombre de places installées	Nombre de SAMSAH
Moins de 10 places	0
de 10 à 20 places	11
de 20 à 30 places	9
30 places et plus	8
Total	28

Ce tableau référence le nombre de SAMSAH pris en compte pour l'analyse des effectifs et des budgets

Moyenne d'effectifs par taille de structure

Taille de structure en nombre de places installées	Personnels administratifs et services généraux en ETP	Personnel médical et paramédical en ETP	Personnel socio-éducatif en ETP	Pour les autres personnels en ETP	ETP moyen
de 10 à 20 places	1,0	4,3	1,8	0,3	6,8
de 20 à 30 places	1,5	5,5	3,2	1,4	10,5
30 places et plus	2,5	5,9	2,7	0,2	11,0
Moyenne : 26,75 places	1,6	5,2	2,5	0,8	9,2 *
part des catégories de personnels	15,8%	51,5%	24,7%	7,9%	100%

* Il s'agit de la moyenne des ETP, qui ne correspond pas à la somme des moyennes par catégories de personnels

Le personnel des SAMSAH est composé en moyenne à :

- 51 % de personnels médicaux et paramédicaux,
- 25 % de personnels socio-éducatifs,
- les personnels administratifs et services généraux représentent près de 16 % du total des ETP.

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

Résumé statistiques : Effectif total en ETP

ETP	Moyenne	Minimum	Maximum	Nombre répondants
Personnels administratifs et services généraux	1,63	0,3	5,8	27
directeurs	0,81	0,1	3	24
accueil, secrétariat	0,86	0,05	2,8	25
services généraux, entretien	0,34	0,14	1,25	7
Personnel médical et paramédical	5,16	1,1	17	28
médecins	0,21	0,01	0,7	22
infirmiers	1,76	0,04	9,83	23
aides soignants	2,5	0,5	6,45	15
aides médico-psychologiques	2,22	0,5	6,5	15
kinésithérapeutes	0,21	0,11	0,3	2
ergothérapeutes	0,73	0,1	2	18
psychomotriciens	0,32	0,2	0,43	4
orthophonistes	0,47	0,2	0,6	3
psychologues	0,49	0,04	1,5	24
Personnel socio-éducatif	2,54	0,3	10,5	27
auxiliaires de vie sociale	3,54	0,8	10	7
éducateurs spécialisés	1,59	0,2	4	11
moniteurs éducateurs	1	1	1	4
assistants sociaux	0,6	0,1	1	20
conseillers en économie sociale et familiale	0,87	0,14	2,06	11
chargés d'insertion	0,75	0,75	0,75	1
Autres personnels	0,81	0,2	2	4
TOTAL ETP	9,2	2,8	20,35	28

Les effectifs médicaux et paramédicaux sont majoritairement composés d'aides soignants, AMP et infirmiers. Les médecins, ergothérapeutes et psychologues sont présents dans la plupart des SAMSAH.

Les personnels socio-éducatifs sont le plus souvent des assistantes sociales, éducateurs et moniteurs. 25 % des SAMSAH comprennent des auxiliaires de vie sociale.

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

Résumé statistiques : Effectif relevant du financement de l'Assurance-maladie

ASSURANCE-MALADIE	Moyenne	Minimum	Maximum	Nombre répondants
Personnels administratifs et services généraux	1,07	0,2	3,8	20
directeurs	1,07	0,2	3,8	20
accueil	0,63941	0,03	1,8	17
services généraux	0,15	0,1	0,2	2
Personnel médical et paramédical	4,75	1	14,9	28
médecins	0,20977	0,005	0,7	22
infirmiers	1,76348	0,04	9,83	23
aides soignants	2,504	0,5	6,45	15
aides médico-psychologiques	2,10182	0,5	6,5	11
kinésithérapeutes	0,205	0,11	0,3	2
ergothérapeutes	0,74294	0,1	2	17
psychomotriciens	0,32	0,2	0,43	4
orthophonistes	0,6875	0,2	1,35	4
psychologues	0,46429	0,07	1	21
Personnel socio-éducatif	1,2	0,5	2	6
auxiliaires de vie sociale	1,25	0,5	2	2
éducateurs spécialisés	1	1	1	2
moniteurs éducateurs	.	.	.	.
assistants sociaux	0,89	0,68	1	3
conseillers en éco soc et familiale	.	.	.	.
chargés d'insertion	.	.	.	.
autres personnels	0,17	0,11	0,21	3
TOTAL du financement Assurance maladie	5,74	1,36	14,93	28

Résumé statistiques : Effectif relevant du financement du Conseil Général

CONSEIL GENERAL	Moyenne	Minimum	Maximum	Nombre répondants
Personnels administratifs et services généraux	1,12	0,1	3	20
directeurs	0,55	0,05	1,44	17
accueil	0,67	0,02	1,37	16
services généraux	0,34	0,05	1,25	6
Personnel médical et paramédical	1,33	0,1	3,2	11
médecins	.	.	.	0
infirmiers	.	.	.	0
aides soignants	.	.	.	0
aides médico-psychologiques	1,91	1	3,15	7
kinésithérapeutes	.	.	.	0
ergothérapeutes	0,15	0,05	0,3	3
psychomotriciens	.	.	.	0
orthophonistes	.	.	.	0
psychologues	0,17	0,03	0,5	4
Personnel socio-éducatif	2,63	0,3	10,5	23
auxiliaires de vie sociale	4,25	0,8	10	5
éducateurs spécialisés	1,72	0,2	4	9
moniteurs éducateurs	1	1	1	4
assistants sociaux	0,54	0,1	1	17
conseillers en éco soc et familiale	0,87	0,14	2,06	11
chargés d'insertion	0,75	0,75	0,75	1
autres personnels	0,95	0,09	2	3
TOTAL du financement Assurance maladie	3,89	0,6	12	25

Les personnels médicaux et paramédicaux sont majoritairement financés sur les crédits de l'assurance-maladie et les personnels socio-éducatifs sur le financement des conseils généraux

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

Moyenne des effectifs en ETP par financeur

	Moyenne	%
Effectif en ETP relevant du financement Assurance maladie	5,81	62,7%
Effectif en ETP relevant du financement Conseil général	3,56	38,4%
TOTAL ETP	9,27	100%

En moyenne, deux tiers des ETP des SAMSAH relèvent du financement de l'Assurance-maladie.

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

Moyenne d'effectifs par public

Sous population : Handicap moteur / Traumatisés crâniens / Polyhandicap

	Personnels administratifs et services généraux	Personnel médical et paramédical	Personnel socio-éducatif	Pour les autres personnels	TOTAL ETP
Moyenne	1,53	6,02	2,28	0,98	9,96
%	15%	60%	23%	10%	100%

Sous population : Handicap psychique

	Personnels administratifs et services généraux	Personnel médical et paramédical	Personnel socio-éducatif	Pour les autres personnels	TOTAL ETP
Moyenne	2,28	4,26	3,11	-	9,20
%	25%	46%	34%	0,0%	100%

La répartition des effectifs entre le personnel médical et paramédical et le personnel socio-éducatif diffère selon le type de public :

- la part des personnels de soin est plus élevée dans les SAMSAH dédiés aux « handicap moteur, polyhandicap, traumatisés crâniens » ;

- la répartition est plus équilibrée pour les SAMSAH dédiés au handicap psychique.

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

File active par rapport à la taille de structure
(File active : Nombre de personnes ayant bénéficié d'un accompagnement au cours de la période du 1er janvier au 31 décembre 2006)

Taille de structure en nombre de places installées	Moyenne	Minimum	Maximum	Médiane	Nombre de réponses
de 10 à moins de 20 places	36,38	9	111	19,5	8
de 20 à moins de 30 places	35,43	22	88	28	7
30 places et plus	68,2	43	120	54	5
Moyenne : 26,75 places	44			29,5	20

Les SAMSAH ayant ouverts en 2007 ne sont pas pris en compte dans cette analyse.

Les SAMSAH de l'enquête disposent d'une capacité moyenne de 26,75 places installées.

Le nombre de personnes suivies ayant bénéficié d'un accompagnement sur l'année s'élève à 29,5 personnes (médiane) pour une capacité moyenne de 26,75 places.



III. Structure budgétaire des services

III – Structure budgétaire du service

Total des dépenses par taille de structure

Taille de structure par nombre de places installées	Total			
	Moyenne	Minimum	Maximum	Coût moyen à la place
de 10 à moins de 20 places	330 364	153 251	601 587	23 905
de 20 à moins de 30 places	496 937	210 500	919 267	21 503
30 places et plus	628 383	333 517	984 011	12 975
Moyenne : 26,75 places	469 053	153 251	984 011	17 535

Sous population : Handicap moteur / Traumatisés crâniens / Polyhandicap

	Total			
	Moyenne	Minimum	Maximum	Coût moyen à la place
Moyenne	513 362	219 238	919 267	20 775

Sous population : Handicap psychique

	Total			
	Moyenne	Minimum	Maximum	Coût moyen à la place
Moyenne	472 696	209890	984 011	15 468

Le coût moyen à la place des SAMSAH s'élève à 17 535 €, pour une capacité moyenne de 26,75 places.

Il varie selon les publics - les SAMSAH dédiés au handicap moteur, polyhandicap et traumatisés crâniens présentant un coût à la place plus élevé.

III – Structure budgétaire du service

Moyenne des dépenses classe 6 par groupe

Taille de structure en nombre de places installées	Total des dépenses afférentes à la gestion		Total des dépenses afférentes au personnel		Total des dépenses afférentes à la structure	
	Dépenses en euros	Dépenses en %	Dépenses en euros	Dépenses en %	Dépenses en euros	Dépenses en %
de 10 à moins de 20 places	22 325	6,8 %	274 859	83,2 %	34 089	10,3 %
de 20 à moins de 30 places	33 337	6,7 %	429 243	86,4 %	34 356	6,9 %
30 places et plus	34 458	5,5 %	504 611	80,3 %	89 313	14,2 %
Moyenne : 26,75 places	29 331	6,3 %	390 126	83,2 %	49 953	10,6 %

Les dépenses afférentes au personnel représentent en moyenne 83 % du total des dépenses des SAMSAH.

Les charges de structure représentent 10 % du total des dépenses, et 14 % pour les services de 30 places et plus.

III – Structure budgétaire du service

Analyse des dépenses afférentes au personnel par taille de structure

Taille de structure par nombre de places installées	Total des dépenses afférentes au personnel		Dont personnels administratifs et services généraux		Dont personnel médical et paramédical		Dont personnel socio-éducatif		Dont autre personnel		Dont rétribution des professionnels mis à disposition	
	Moyenne des dépenses	Coût à la place	Moyenne des dépenses	Coût à la place	Moyenne des dépenses	Coût à la place	Moyenne des dépenses	Coût à la place	Moyenne des dépenses	Coût à la place	Moyenne des dépenses	Coût à la place
de 10 à moins de 20 places	274 859	19 888	29 256	2 117	158 904	11 498	66 292	4 797	3 746	271	4 441	321
de 20 à moins de 30 places	429 243	18 574	64 587	2 795	172 744	7 475	122 632	5 306	68 951	2 984	14 243	616
30 places et plus	504 611	10 419	165 683	3 421	212 779	4 394	194 239	4 011	13 322	275	29 061	600
Moyenne : 26,75 places	390 126	14 584	76 156	2 847	181 795	6 796	121 879	4 556	45 696	1 708	15 497	579

Sous population : Handicap moteur / Traumatismes crâniens / Polyhandicap

	Total des dépenses afférentes au personnel		Dont personnels administratifs et services généraux		Dont personnel médical et paramédical		Dont personnel socio-éducatif		Dont autre personnel		Dont rétribution des professionnels mis à disposition	
	Moyenne des dépenses	Coût à la place	Moyenne des dépenses	Coût à la place	Moyenne des dépenses	Coût à la place	Moyenne des dépenses	Coût à la place	Moyenne des dépenses	Coût à la place	Moyenne des dépenses	Coût à la place
Moyenne	429 174	17 368	56 476	2 286	234 375	9 485	143 983	5 827	44 607	1 805	6 298	255

Sous population : Handicap psychique

	Total des dépenses afférentes au personnel		Dont personnels administratifs et services généraux		Dont personnel médical et paramédical		Dont personnel socio-éducatif		Dont autre personnel		Dont rétribution des professionnels mis à disposition	
	Moyenne des dépenses	Coût à la place	Moyenne des dépenses	Coût à la place	Moyenne des dépenses	Coût à la place	Moyenne des dépenses	Coût à la place	Moyenne des dépenses	Coût à la place	Moyenne des dépenses	Coût à la place
Moyenne	398 454	13 038	137 998	4 516	118 957	3 893	109 452	3 582			31 985	1 047

Au sein des charges de personnel, ce sont les dépenses des personnels médicaux et paramédicaux qui sont en moyenne les plus élevées.

Les SAMSAH ont recours à des personnels mis à disposition, notamment les services dédiés au handicap psychique.

III – Structure budgétaire du service

Analyse des dépenses afférentes à la gestion par taille de structure

Taille de structure en nombre de places installées	Total des dépenses afférentes à la gestion		Dont paiement des actes des professionnels libéraux		Dont frais de transports	
	Moyenne des dépenses	Coût à la place	Moyenne des dépenses	Coût à la place	Moyenne des dépenses	Coût à la place
de 10 à moins de 20 places	22 325	1 615	204	15	18 068	1 307
de 20 à moins de 30 places	33 337	1 443	23 263	1 007	16 149	699
30 places et plus	34 458	712	.	.	8 216	170
Moyenne : 26,75 places	29 331	1 096	15 577	602	14 805	553

Sous population : Handicap moteur / Traumatisés crâniens / Polyhandicap

	Total des dépenses afférentes à la gestion		Dont paiement des actes des professionnels libéraux		Dont frais de transports	
	Moyenne des dépenses	Coût à la place	Moyenne des dépenses	Coût à la place	Moyenne des dépenses	Coût à la place
Moyenne	35 438	1 434	18 682	756	8 481	343

Sous population : Handicap psychique

	Total des dépenses afférentes à la gestion		Dont paiement des actes des professionnels libéraux		Dont frais de transports	
	Moyenne des dépenses	Coût à la place	Moyenne des dépenses	Coût à la place	Moyenne des dépenses	Coût à la place
Moyenne	24 611	805	-	0	1 370	45

Parmi les dépenses afférentes à la gestion, est inclus le paiement les actes des professionnels libéraux, auxquels ont notamment recours les SAMSAH pour handicap moteur, polyhandicap et traumatisés crâniens.

Le poids des frais de transport est très différencié selon les services.

III – Structure budgétaire du service

Analyse des dépenses afférentes à la structure par taille de structure

Taille de structure en nombre de places installées	Total des dépenses afférentes à la structure	
	Moyenne des dépenses	Coût à la place
de 10 à moins de 20 places	34 089	2 467
de 20 à moins de 30 places	34 356	1 487
30 places et plus	89 313	1 844
Moyenne : 26,75	49 953	1 867

Les dépenses afférentes à la structure rapportées au nombre de places sont plus élevées pour les services de moins de 20 places.

Sous population : Handicap moteur / Traumatisés crâniens / Polyhandicap

	Total des dépenses afférentes à la structure	
	Moyenne des dépenses	Coût à la place
Moyenne	54 636	2 211

Sous population : Handicap psychique

	Total des dépenses afférentes à la structure	
	Moyenne des dépenses	Coût à la place
Moyenne	49632	1 303

III – Structure budgétaire du service

Analyse des coûts de personnels (total ETP)

Taille de structure par nombre de places installées	TOTAL ETP	Total des dépenses afférentes au personnel	ratio d'encadrement effectif total	Coût moyen du poste
de 10 à moins de 20 places	6,78	274 859	0,49	40 539
de 20 à moins de 30 places	10,53	429 243	0,47	40 764
30 places et plus	11,03	504 611	0,25	45 749
Moyenne : 26,75 places	9,20	390 126	0,42	42 405

Le coût moyen du poste s'élève en moyenne à 42 000 € - tous effectifs confondus.

Le taux d'encadrement dans les SAMSAH s'élève en moyenne à 0,42 tous personnels confondus.

Le niveau inférieur constaté sur le handicap psychique s'explique, pour partie, par un recours plus important aux mises à disposition (par conventions ...) cf. diapo 22

Sous population : Handicap moteur / Traumatisés crâniens / Polyhandicap

	TOTAL ETP	Total des dépenses afférentes au personnel	ratio d'encadrement effectif total	Coût moyen du poste
Moyenne	9,97	429 174	0,45	43 047

Sous population : Handicap psychique

	TOTAL ETP	Total des dépenses afférentes au personnel	ratio d'encadrement effectif total	Coût moyen du poste
Moyenne	9,19	398 454	0,30	43 357

III – Structure budgétaire du service

Analyse des coûts des personnels administratifs

Taille de structure par nombre de places installées	Effectif "Personnels administratifs et services généraux" en ETP	Dépenses afférentes aux personnels administratifs et services généraux	Ratio d'encadrement effectif personnels administratifs	Coût moyen du poste
de 10 à moins de 20 places	1,03	29 256	0,07	28 403
de 20 à moins de 30 places	1,54	64 587	0,07	41 939
30 places et plus	2,48	165 683	0,05	66 807
Moyenne : 26,75 places	1,68	76 156	0,07	45 331

Pour les personnels administratifs, le coût moyen du poste s'élève en moyenne à 45 000 €.

Sous population : Handicap moteur / Traumatisés crâniens / Polyhandicap

	Effectif "Personnels administratifs et services généraux" en ETP	Dépenses afférentes aux personnels administratifs et services généraux	ratio d'encadrement effectif personnels administratifs	Coût moyen du poste
Moyenne	1,54	56 476	0,06	36 673

Sous population : Handicap psychique

	Effectif "Personnels administratifs et services généraux" en ETP	Dépenses afférentes aux personnels administratifs et services généraux	ratio d'encadrement effectif personnels administratifs	Coût moyen du poste
Moyenne	2,28	137 998	0,06	60 525

III – Structure budgétaire du service

Analyse des coûts des personnels médicaux et paramédicaux

Taille de structure par nombre de places installées	Effectif "Personnel médical et paramédical" en ETP	Dépenses afférentes aux personnels médicaux et paramédicaux	Ratio d'encadrement effectif personnel médical	Coût moyen du poste
de 10 à moins de 20 places	4,33	158 904	0,31	36 700
de 20 à moins de 30 places	5,54	172 744	0,25	31 181
30 places et plus	5,86	212 779	0,15	36 310
Moyenne : 26,75 places	5,16	181 795	0,24	35 232

Pour les personnels médicaux et paramédicaux, le coût moyen du poste s'élève en moyenne à 35 000 €.

Cela s'explique par la forte proportion d'AS-AMP.

Sous population : Handicap moteur / Traumatisés crâniens / Polyhandicap

	Effectif "Personnel médical et paramédical" en ETP	Dépenses afférentes aux personnels médicaux et paramédicaux	ratio d'encadrement effectif personnel médical	Coût moyen du poste
Moyenne	6,02	234 375	0,28	38 933

Sous population : Handicap psychique

	Effectif "Personnel médical et paramédical" en ETP	Dépenses afférentes aux personnels médicaux et paramédicaux	ratio d'encadrement effectif personnel médical	Coût moyen du poste
Moyenne	4,26	118 957	0,16	27 924

III – Structure budgétaire du service

Analyse des coûts des personnels socio-éducatifs

Taille de structure par nombre de places installées	Effectif "Personnel socio-éducatif" en ETP	Dépenses afférentes aux personnels socio-éducatifs	Ratio d'encadrement effectif personnel socio-éducatif	Coût moyen du poste
de 10 à moins de 20 places	1,81	66 292	0,14	36 625
de 20 à moins de 30 places	3,20	122 632	0,14	38 322
30 places et plus	2,71	194 239	0,06	71 675
Moyenne : 26,75 places	2,54	121 879	0,12	47 984

Pour les personnels socio-éducatifs, le coût moyen du poste s'élève en moyenne à 48 000 €.

Sous population : Handicap moteur / Traumatisés crâniens / Polyhandicap

	Effectif "Personnel socio-éducatif" en ETP	Dépenses afférentes aux personnels socio-éducatifs	ratio d'encadrement effectif personnel socio-éducatif	Coût moyen du poste
Moyenne	2,28	143 983	0,10	63 150

Sous population : Handicap psychique

	Effectif "Personnel socio-éducatif" en ETP	Dépenses afférentes aux personnels socio-éducatifs	ratio d'encadrement effectif personnel socio-éducatif	Coût moyen du poste
Moyenne	3,11	109 452	0,09	35 194

III – Structure budgétaire du service

Analyse des coûts des autres personnels

Taille de structure par nombre de places installées	Effectif "Pour les autres personnels" en ETP	Dépenses afférentes aux autres personnels	Ratio d'encadrement effectif autre personnel	Coût moyen du poste
de 10 à moins de 20 places	0,30	3 741	0,03	19 950
de 20 à moins de 30 places	1,38	68 951	0,06	25 979
30 places et plus	0,20	13 322	0,01	-
Moyenne : 26,75 places	0,81	45 696	0,04	22 965

Pour les autres personnels, le coût moyen du poste s'élève en moyenne à 22 000 €.

Sous population : Handicap moteur / Traumatisés crâniens / Polyhandicap

	Effectif "Pour les autres personnels" en ETP	Dépenses afférentes aux autres personnels	ratio d'encadrement effectif autre personnel	Coût moyen du poste
Moyenne	0,98	44 607	0,04	45 517

Sous population : Handicap psychique

Effectif « Autre personnel » égal à 0

III – Structure budgétaire du service

**Moyenne des dépenses par taille de structure et par financeur
(et recettes provenant des usagers)**

Taille de structure en nombre de places installées	Total Classe 6 relevant du financement Assurance maladie	Total des dépenses Classe 6 relevant du financement Conseil général	Total des dépenses Classe 6	Recettes provenant des usagers
de 10 à moins de 20 places	219 935	110 428	330 364	772
de 20 à moins de 30 places	288 186	208 751	496 937	30 968
30 places et plus	422 111	206 272	628 383	6 121
Moyenne : 26,75 places	299 637	169 416	469 053	13 620

Sous population : Handicap moteur / Traumatismes crâniens / Polyhandicap

	Total Classe 6 relevant du financement Assurance maladie	Total des dépenses Classe 6 relevant du financement Conseil général	Total
Moyenne	343 017	193 058	536 075

Hors recettes provenant des usagers

Sous population : Handicap psychique

	Total Classe 6 relevant du financement Assurance maladie	Total des dépenses Classe 6 relevant du financement Conseil général	Total
Moyenne	260 629	247 412	508 041

Hors recettes provenant des usagers

La répartition des charges entre financeurs fait apparaître que les crédits de l'assurance-maladie couvrent en moyenne 64 % du total des charges des SAMSAH.

Toutefois, cette répartition diffère selon les publics ; les financements des conseils généraux couvrent 50 % des dépenses des SAMSAH pour handicap psychique.

III – Structure budgétaire du service

Analyse des dépenses par financeur : Assurance-maladie (1)

Taille de structure par nombre de places installées	Assurance-Maladie				
	Moyenne	Minimum	Maximum	Coût moyen à la place	dépenses moyennes en %
de 10 à moins de 20 places	219 935	66 975	487 361	15 914	67%
de 20 à moins de 30 places	288 186	101 475	584 979	12 470	58%
30 places et plus	422 111	116 862	694 850	8 716	67%
Moyenne : 26,75 places	299 637	66 975	694 850	11 201	64%

Sous population : Handicap moteur / Traumatisés crâniens / Polyhandicap

	Assurance-Maladie				
	Moyenne	Minimum	Maximum	Coût moyen à la place	dépenses moyennes en %
Moyenne	343 017	101475	694 850	13 882	73%

Sous population : Handicap psychique

	Assurance-Maladie				
	Moyenne	Minimum	Maximum	Coût moyen à la place	dépenses moyennes en %
Moyenne	260 629	91707	614 036	8 528	55%

Rappel :

Les SAMSAH sont financés sur la base d'un tarif journalier « accompagnement à la vie sociale » fixé par le Conseil général, et d'un forfait annuel global de soins fixé par le Préfet / DDASS dans la limite d'un plafond fixé par arrêté ministériel.

III – Structure budgétaire du service

Analyse des dépenses par financeur : Conseil général (2)

Taille de structure par nombre de places installées	Conseil Général				
	Moyenne	Minimum	Maximum	Coût moyen à la place	dépenses moyennes en %
de 10 à moins de 20 places	110 428	34 976	282 578	7 990	33%
de 20 à moins de 30 places	208 751	0	535 640	9 033	42%
30 places et plus	206 272	0	370 314	4 259	33%
Moyenne : 26,75 places	169 416	0	535 640	6 333	36%

Pour quelques SAMSAH qui ne sont encore financés que par les crédits de l'assurance-maladie, une mise en conformité devra être effectuée au niveau départemental.

Sous population : Handicap moteur / Traumatisés crâniens / Polyhandicap

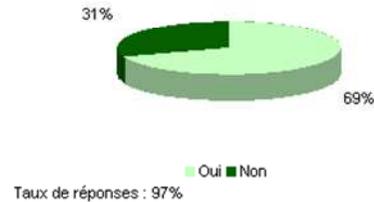
	Conseil Général				
	Moyenne	Minimum	Maximum	Coût moyen à la place	dépenses moyennes en %
Moyenne	193 058	40000	535 640	7 813	41%

Sous population : Handicap psychique

	Conseil Général				
	Moyenne	Minimum	Maximum	Coût moyen à la place	dépenses moyennes en %
Moyenne	247 412	118183	370 314	5 978	52%

III – Structure budgétaire du service

Les charges de fonctionnement, autres que celles de
personnels, sont-elles partagées entre les financeurs
du service ?



Si oui, selon quelles modalités de répartition ?

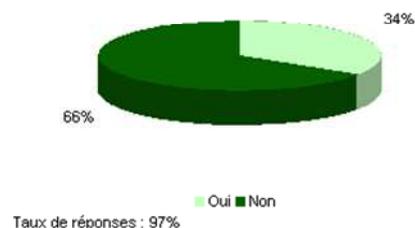
Modalités de répartition		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Répartition selon nature des dépenses	Répartition des charges dues aux soins ou à l'accompagnement social	1	8
	Variable selon dépense	1	
	En fonction de la clé de répartition du personnel et des missions des deux pôles soin (DDASS) et social (Conseil Général)	1	
	participation forfaitaire du CG aux dépenses en personnel (personnel éducatif)	1	
	Selon réglementation pour le personnel du siège administratif, pour le reste selon l'etp financé par chacun des financeurs.	1	
	Hébergement et Animation est financé par le Conseil Général, Soins ou Accompagnement de la dépendance est financé par l'assurance maladie	1	
	clé de répartition en fonction des ETP	1	
	Clés de répartition variable en fonction des lignes budgétaires	1	
Répartition selon clés théoriques	0,70 soins 0,30 fonctionnement	1	7
	Conseil Général : 33,33% DDASS : 66,67%	1	
	Répartition proportionnelle au budget	1	
	Clé de répartition validée par les deux financeurs.	1	
	60% DDASS (3.15/5.15 ETP) 40% Conseil Général	1	
	7/9ème CG 2/9ème DDASS	1	
Autres	Selon le projet CROSMS	2	3
	Nombre de places	1	

CNSA – rapport d'enquête – février 2008

Les charges de fonctionnement sont partagées entre le financement Assurance-maladie et celui du Conseil général, le plus souvent sur la base d'une clé de répartition fondée sur la nature des personnels.

III – Structure budgétaire du service

Une participation au fonctionnement du
service est-elle demandée aux usagers ?



Si oui, selon quelles modalités est-elle déterminée ?

Selon quelles modalités est-elle déterminée ?	Nombre d'occurrences	Total
2% de l'AAH (12€ par mois) uniquement pour la partie conseil général	1	10
Fixée par le conseil général	1	
Participation aux frais de transport en fonction de la distance (indemnité KM)	1	
Participation ponctuelle pour les sorties extérieures (ex restaurant, cinéma...)	1	
Pour les usagers ayant recours aux interventions des auxiliaires de vie facturation.	1	
10 % du prix de journée de l'accompagnement social	1	
Les personnes règlent directement le coût de leurs animations	1	
10% du prix de journée soit 1,21 € par jour	1	
Participation selon la tarification du service (DGAS)	1	
Il subsiste un reste à charge pour l'utilisateur sur la part « accompagnement » financée par le Département à travers un prix de journée	1	

Pour un tiers des SAMSAH, une participation est demandée aux usagers soit pour le fonctionnement du service, soit pour des animations ou sorties.

Il convient de souligner que la réglementation ne prévoit pas cette participation.

IV. Mode de fonctionnement des services

IV – Mode de fonctionnement du service

Un protocole d'accueil des usagers a-t-il été établi par le service ?

*Les réponses montrent que dans tous les cas, un protocole
d'accueil des usagers est établi par le service dans tous les cas.*

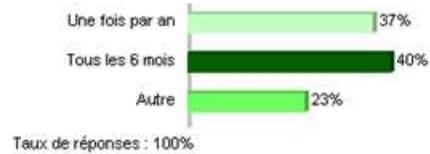
Quels sont les professionnels qui réalisent la 1ère visite d'évaluation ?

Professionnels qui réalisent la première visite		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Personnels paramédicaux	Ergothérapeute	8	32
	Infirmière	8	
	Infirmière coordinatrice	5	
	Psychologues	7	
	Neuropsychologue	3	
	Psychomotricienne	1	
Personnels socio-éducatifs	Assistante sociale	13	26
	Conseillère en économie sociale et familiale	3	
	Educateur	5	
	Travailleur social	2	
	Coordinatrice de l'action sociale	2	
	Monitrice éducatrice	1	
Personnels administratifs	Directeur	6	14
	Chef de service	5	
	Responsable de service	2	
	Cadre de santé	1	
Personnels médicaux	Médecin	2	7
	Psychiatre	2	
	Médecin généraliste	1	
	Praticien	1	
	Directrice ophtalmologiste	1	

La 1ère évaluation est systématiquement effectuée par un professionnel paramédical et/ou médical. S'y ajoute en outre dans la plupart des cas un professionnel socio-éducatif.

IV – Mode de fonctionnement du service

A quel rythme le suivi du projet individualisé
est-il prévu en moyenne ?



Si autre, précisez

Rythme du suivi de projet individualisé	Nombre d'occurrences	Total
Tous les 15 jours	2	9
Tous les trimestres	2	
Tous les 6 mois ou une fois par an en interne	1	
Tous les deux mois	1	
Quand c'est nécessaire	1	
Rythme variable suivant chaque cas particulier	1	
A la demande de l'utilisateur ou des professionnels du service en fonction de l'évolution de la situation de l'utilisateur	1	

Selon quelles modalités ?

Modalités		Nombre d'occurrences	Total
Réunions de synthèse	Réunion de synthèse	18	30
	Réunion projet personnalisée	2	
	Entretiens avec l'utilisateur	2	
	Bilan de l'accompagnement avec la personne au service	2	
	Elaboration de Projet	1	
	Réunion du référent et des intervenants, validation par la directrice	1	
	Bilan avec le bénéficiaire et son entourage	1	
	Evaluations à domicile	1	
	Synthèses avec l'utilisateur et sa famille	1	
	Synthèse en présence de la personne et de son médecin psychiatre	1	
Réunions d'équipe	Réunions d'équipes	4	7
	Réunion hebdomadaire	1	
	Suivi des accompagnements	1	
	Transmission bi hebdomadaire pour l'équipe de soins à proprement parler.	1	

Le suivi du projet individualisé est effectué au moins une fois par an pour l'ensemble des services, et pour deux tiers des SAMSAH tous les 6 mois ou plus fréquemment, principalement sous la forme de réunions de synthèse.

IV – Mode de fonctionnement du service

Quels sont les professionnels qui y participent ?

Professionnels qui participent au suivi de projet		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Membre de l'équipe	L'ensemble de l'équipe	14	67
	Aide médico-psychologique	3	
	Chef de service	5	
	Direction	5	
	Infirmière	5	
	Psychiatre	5	
	Psychologue	5	
	Educateur	4	
	Coordinatrice	3	
	Tous les professionnels du SAMSAH	3	
	Assistante sociale	2	
	Cadre de santé	2	
	Le référent avec les professionnels concernés du service.	2	
	Médecin du service	2	
	Chef de service éducatif	1	
	Réfèrent de l'accompagnement	1	
	Réfèrent social	1	
	Réfèrents de soins et pole social	1	
CESF	1		
Auxiliaires de vie	1		
Ergothérapeute	1		
Professionnels extérieurs	Intervenants sociaux concernés	2	9
	Libéraux conventionnés	2	
	Les professionnels extérieurs impliqués dans la prise en charge	2	
	Un membre de l'équipe de proximité	1	
	Equipe de secteur	1	
Représentant légal	1		

Des intervenants extérieurs sont parfois associés aux réunions de suivi du projet individualisé (professionnels de santé libéraux, équipe de psychiatrie...).

IV – Mode de fonctionnement du service

Selon quelles modalités les usagers sont ils associés au projet individualisé?

Selon quelles modalités les usagers sont ils associés au projet individualisé		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Formalisation des outils de la loi 2002-2	Signature du projet par l'utilisateur	8	28
	Elaboration d'un plan personnalisé d'accompagnement avec l'utilisateur	5	
	Signature du Document individuel de prise en charge	5	
	Conseil de la vie sociale	2	
	Livret d'accueil	2	
	Charte de bientraitance	1	
	Règlement de fonctionnement.	1	
	Questionnaire d'évaluation des prestations du service	1	
	Tous les outils de la loi 2002-2 sont en place et utilisés au sein du SAMSAH	1	
	Signature de la convention de prise en charge	1	
Modalités de participation des usagers	Formalisation d'un contrat d'accompagnement	1	15
	Rencontres	3	
	Entretien	3	
	Concertation avec les usagers	2	
	Les usagers sont présents lors des bilans.	1	
	Evaluation pluridisciplinaire à domicile	1	
	Discussions	1	
	Bilan à domicile avec l'utilisateur et son entourage	1	
	Présentation du projet individualisé à domicile	1	
Bilans de satisfaction	1		
Définition des objectifs de l'accompagnement et des modalités de rendez vous	1		

Les usagers des SAMSAH sont associés à l'élaboration et au suivi du projet individualisé à travers la formalisation des outils prévus par la loi 2002-2, notamment la signature du projet individualisé.

IV – Mode de fonctionnement du service

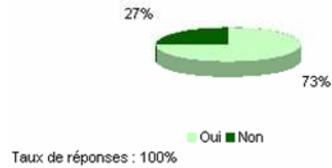
Selon quelles modalités les familles sont elles associées au projet individualisé?

Selon quelles modalités les familles sont elles associées au projet individualisé		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Modalité informelle	Rencontres	5	15
	Entretien	2	
	Discussions	2	
	Ne sont pas systématiquement associées, sont consultées si nécessaire	1	
	Les familles sont averties	1	
	Un travail d'explication leur est formulé mais elles ne sont pas présentes à la signature.	1	
	Nous essayons d'intégrer la famille lorsque celle-ci est présente.	1	
	Si besoin, contact ponctuel avec la famille.	1	
La famille est associée dès lors qu'elle est impliquée	1		
Participation formalisée	Présence de la famille lors de la proposition du plan personnalisé et lors des propositions d'évolution.	3	8
	Concertation régulière de la famille lors de la phase d'évaluation.	2	
	Signature du document individuel de prise en charge	1	
	Les familles sont présentes lors des bilans.	1	
	Questionnaire d'évaluation des prestations du service	1	
Accord avec l'utilisateur	Les familles sont associées au projet si tel est le souhait de l'utilisateur.	2	8
	Famille présente avec l'accord de l'utilisateur.	2	
	Participation des familles souhaitée le plus possible en accord avec l'utilisateur	2	
	En accord avec l'utilisateur, les familles sont systématiquement associées à l'évaluation des besoins	1	
	Les familles ne sont pas présentes à la réunion de synthèse sauf si l'utilisateur le souhaite	1	
Autre	Les personnes sont majeures ou en présence de leur tuteur ou curateur si le cas se présente	1	1

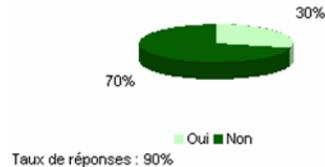
S'agissant des familles, leur participation à l'élaboration et au suivi du projet individualisé n'est formalisée que pour un tiers des SAMSAH.

IV – Mode de fonctionnement du service

Le service participe-t-il à l'évaluation individuelle des besoins avec la MDPH ?



La coopération avec la MDPH est-elle formalisée ?



Si oui, précisez les modalités

Modalités d'évaluation individuelle des besoins		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Visites	Évaluation dans le cadre de la PCH	1	8
	Présentation d'un pré projet d'accompagnement	1	
	Visite pluridisciplinaire pour évaluation et éventuelle demande d'orientation MDPH.	1	
	En partenariat avec l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, visites communes au domicile des usagers, rencontres entre professionnels.	1	
	Dans le cadre de l'attribution de la prestation de compensation à tous les niveaux.	1	
	Sur invitation de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH pour les évaluations d'aide humaine. En cas de demande d'aide technique ou adaptation logement ou véhicule, l'évaluation est réalisée par l'ergothérapeute du service	1	
	Visite sur place à la demande de la MDPH	1	
Autres	Un professionnel participe à l'évaluation afin d'exposer les incapacités des bénéficiaires	1	5
	Des données sont transmises à l'équipe pluridisciplinaire.	1	
	Les notifications comportent systématiquement une évaluation de six mois à l'issue de laquelle une évaluation est communiquée à la cdaph.	1	
	Pré-diagnostic	1	
	Pour régulariser les demandes de prise en charge mises en œuvre par le SAMSAH, en l'absence d'orientation prononcée par la CDA vers ce type de prise en charge pour guider le travail d'orientation de l'équipe pluridisciplinaire	1	
Echanges d'informations	La formalisation du partenariat avec la MDPH pour 2008 est en cours	1	4
	Demande de conseils des évaluateurs	1	
	Participation de la directrice aux réunions de l'équipe pluridisciplinaire MDPH (2 par mois)	1	
	A la demande de la MDPH, comptes-rendus réguliers. Participation à la CDAPH	1	
	Rencontre avec les contrôleurs évaluateurs dans le cadre de l'étude de la PCH	1	

Deux tiers des SAMSAH participent à l'évaluation individuelle des besoins des personnes avec la MDPH mais cette coopération est rarement formalisée à ce stade.

IV – Mode de fonctionnement du service

Par quels types de structures les personnes sont elles majoritairement orientées vers le service ?

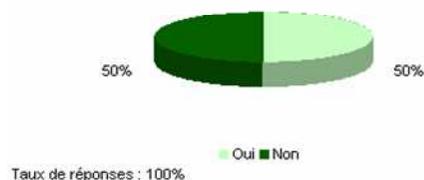
Types de structure		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Etablissements et réseaux de santé	CHU	11	26
	Centres de rééducation	6	
	HAD	2	
	Service à domicile	2	
	Etablissements sanitaires de soins	1	
	Service de neuro rééducation du CHIC	1	
	Dispositifs spécialisés pour personnes cérébrolésées	1	
	SSR	1	
Centres de Médecine physique et réadaptation	1		
Médico-social	ESAT	5	18
	UEROS	3	
	IME	2	
	Foyers	2	
	SSIAD	2	
	Foyer d'Accueil Médicalisé	1	
	CMPP	1	
	IEM	1	
SESSAD	1		
Social	Services sociaux	8	15
	Service de tutelles	2	
	Carrefour des solidarités	1	
	CCAS	1	
	CHRS	1	
	Assistantes sociales du droit commun	1	
	Travailleurs sociaux ou libéraux	1	
Psychiatrie	CHS	4	10
	Psychiatres libéraux	3	
	CMP	2	
	Services de psychiatrie	1	
Autre	MDPH	6	8
	Médecine du travail	1	
	SPASE	1	
Associations de familles et usagers	Famille	2	6
	Association de familles des Traumatisés crâniens	1	
	Associations pour déficients visuels	1	
	UDAF	1	
	UNAFAM	1	

En amont de l'orientation par la CDAPH, les personnes sont majoritairement adressées vers les SAMSAH par les établissements de santé, ainsi que par les structures médico-sociales et sociales.

IV – Mode de fonctionnement du service

Nature de la formation

Les professionnels de l'équipe ont-ils reçu une formation spécifique à l'ouverture du service ?



Nature de la formation		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Echanges de pratiques	Echange de pratiques avec des professionnels extérieurs	2	10
	Echanges avec les professionnels du SAMSAH sur les situations rencontrées dans la pratique de terrain	2	
	Formation sur l'accompagnement : action formation	1	
	Echanges de pratiques avec les services hospitaliers spécialisés	1	
	échange de pratiques avec établissements comparables	1	
	Analyse des pratiques	1	
	Echanges avec des professionnels intervenants dans le domaine	1	
	Echanges de pratique avec les professionnels de la structure	1	
Formations mixtes	Formation théorique et échanges d'expériences.	2	7
	Formation théorique et pratique	2	
	Formation pratique et théorique indispensable pour intervenir chez nos patients trachéotomisés	1	
	Formation action, formation théorique et pratique	1	
	formation théorique avec intervenant externe permettant également le partage des expériences des services	1	
Formation théorique	Formation théorique sur le public cérébrolé	1	4
	Formation théorique sur les séquelles de la cérébro-lésion acquises	1	
	Apports théoriques, illustrations cliniques à partir de l'apport des participants	1	
	Formations théoriques dans le cadre du plan de formation	1	

La moitié des SAMSAH a mis en place une formation spécifique du personnel sous forme de formation théorique et/ou d'échange de pratiques.

IV – Mode de fonctionnement du service

Contenu de la formation

Contenu de la formation		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Formation relative aux handicaps	Formation à l'aspiration endo trachéale	2	21
	Formation sur le handicap psychique	2	
	Le handicap moteur	1	
	Formation sur le public cérébréolé	1	
	Formation sur la cérébro-lésion acquise « de l'accident à la réinsertion »	1	
	Les psychoses	1	
	Connaissance du handicap et des pathologies neurologiques évolutives	1	
	La déficience motrice et les incidences	1	
	DU Traumatismes crânio-cérébraux	1	
	DU Neuropsychologique	1	
	Formation ALISTER	1	
	Formation LADAPT	1	
	La personne atteinte de lésion cérébrale et son environnement	1	
	La connaissance des personnes traumatisées crâniennes	1	
	Spécificité dans l'accompagnement des personnes déficientes visuelles	1	
Formation relative à l'accompagnement	Formations premiers secours	1	11
	Formation troubles de la déglutition	1	
	Formations postures professionnelles au domicile	1	
	Formation sur la SLA (sclérose latérale amyotrophique)	1	
	Formation sur l'accompagnement	2	
	Le projet individuel	2	
	Prises en charge institutionnelles	1	
	L'accompagnement fin de vie	1	
Formation relative à l'organisation du service	Besoins des usagers à domicile	1	7
	Formation relative à la prise en charge	1	
	Spécificité accompagnement handicap	1	
	Spécificité du travail à domicile	1	
	Supervision et analyse des pratiques liée à la spécificité de notre public	1	
Formation relative à l'organisation du service	Organisation et fonctionnement du service	2	7
	Formation interne	1	
	Montage de projet	1	
	Outil de communication	1	
	L'informatique	1	
Mise en place du logiciel	1		

Les formations mises en place portent surtout sur les handicaps et l'accompagnement des personnes.

IV – Mode de fonctionnement du service

Quels sont les lieux d'intervention du service auprès des personnes ?



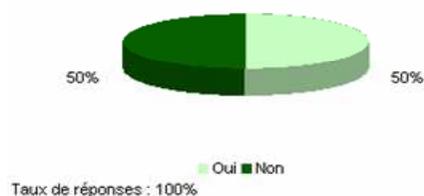
L'intervention des SAMSAH s'effectue au domicile des personnes ou dans les locaux des services.

Seul un quart des SAMSAH intervient auprès de personnes vivant en hébergement collectif.

IV – Mode de fonctionnement du service

Si oui, lesquels ?

Le service a-t-il recours à des plateaux techniques en établissements ?



Plateaux techniques		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Plateaux sanitaires et hospitaliers	Centre de rééducation	2	18
	Bilan médical spécialisé	2	
	CMP Centre occupationnel de jour	1	
	Etablissement d'adaptation	1	
	Consultations spécialisées au CHU	1	
	Plateau technique du CHIC	1	
	Consultation pluridisciplinaire	1	
	Suivi médical périodique	1	
	Gestion des situations de crise nécessitant une réhospitalisation	1	
	Urgence médicale	1	
	Hôpital Neurologique	1	
	Consultations spécialisées Sclérose latérale amyotrophique	1	
	Hôpital	1	
	MFR Neurologie	1	
Consultation psychologique	1		
Evaluations complémentaires à celle pratiquées dans le lieu de vie de la personne	1		
Plateaux sociaux et médico-sociaux	Salle activité	2	10
	Atelier éducatif	1	
	Matériel éducatif	1	
	Balnéothérapie	1	
	Foyer d'Accueil Médicalisé	1	
	Salle snoezelen	1	
	Pour les ateliers et animations	1	
	MAS de rattachement	1	
Infirmierie	1		
Divers	Cuisine	1	3
	Piscine	1	
	Restaurant	1	

La moitié des SAMSAH a recours aux plateaux techniques d'autres établissements : il s'agit principalement d'établissements de santé, ainsi que d'établissements et services sociaux et médico-sociaux.

IV – Mode de fonctionnement du service

Quelles modalités d'organisation s'exercent au sein du service ?

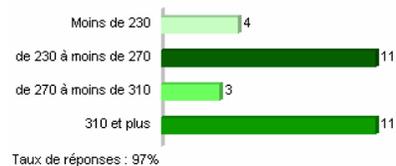
Modalités d'organisation exercées au sein du service		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Organisation interne de l'équipe	Fiches de poste	18	69
	Réunions de service	13	
	Procédures	9	
	Protocole d'organisation interne	7	
	Cahier de transmission	6	
	Réunion équipe hebdomadaire	5	
	Réunion de transmissions	3	
	Planning personnel et planning usagers	1	
	Astreintes infirmières	1	
	Formations de groupe	1	
	Réunions d'analyse des pratiques	1	
	Réunion de fonctionnement	1	
	Réflexion sur l'organisation et le fonctionnement du service	1	
	Système de prestations internes	1	
Evaluation des prestations	1		
Fonctionnement autour de l'utilisateur	Procédure d'admission	3	25
	Réunions de synthèse et institutionnelles	2	
	Protocoles de soins écrits pour chaque usager	2	
	Livret d'accueil	2	
	Règlement de fonctionnement	2	
	Cahier de liaison	2	
	Réunion de projet individualisé	2	
	Contrat d'accompagnement	2	
	Processus de prise en charge	1	
	Système de prestations internes et l'évaluation de ces prestations.	1	
	Procédures de l'accompagnement	1	
	Procédure de demande de logement	1	
	Processus de prise en charge	1	
	Dossiers de soins pour chaque usager	1	
	Accueil d'urgence	1	
Procédures de validation des admissions	1		

Les modalités d'organisation mises en œuvre par les SAMSAH s'articulent autour :

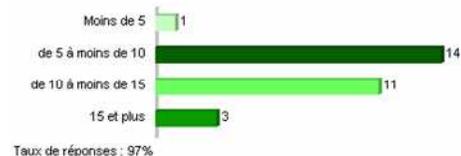
- de l'organisation interne de l'équipe,
- des interventions auprès des usagers.

IV – Mode de fonctionnement du service

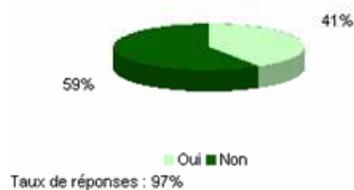
Nombre de jours d'ouverture



Amplitude horaire de fonctionnement par jour en semaine



Fonctionnement le samedi?



Amplitude horaire de fonctionnement le samedi

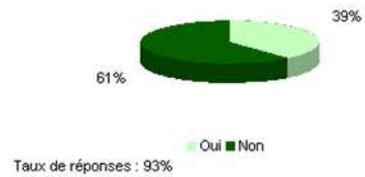


40% des SAMSAH sont ouverts le samedi et le dimanche.

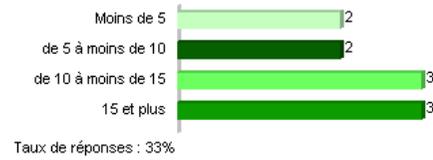
Un tiers est ouvert 365 jours/an.

IV – Mode de fonctionnement du service

Fonctionnement les dimanches et jours fériés?



Amplitude horaire de fonctionnement les
dimanches et jours fériés

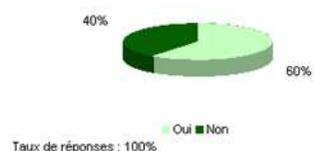


Le service est-il fermé à certaines périodes de l'année?



IV – Mode de fonctionnement du service

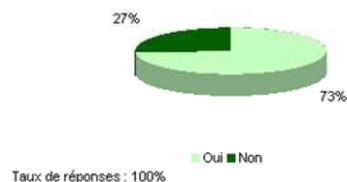
Une permanence de
l'accompagnement et des soins est-
elle assurée ?



Si oui, précisez selon quelles modalités

Modalités de permanence de l'accompagnement et des soins		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Permanence organisée en interne	Permanence téléphonique	4	12
	Astreintes	4	
	Permanence du service	2	
	Possibilité de contacter le cadre de permanence sur l'institution	1	
	Recours à des infirmières	1	
Permanence en liaison avec des professionnels de l'extérieur	Convention CMP	2	10
	Hôpital	2	
	Service de neuro rééducation de l'hôpital	1	
	Partenariat avec SSIAD	1	
	Ecoute téléphonique en cas d'urgence	1	
	Service d'aide à domicile	1	
	Liaisons informelles avec les professionnels libéraux	1	
	Conventionnement avec l'établissement de santé de secteur	1	

Le service est-il chargé d'assurer la
coordination des interventions des
services et professionnels auprès de la
personne ?



Si non, participe-t-il à leur coordination ?

Tous les SAMSAH qui n'assurent pas eux-mêmes la coordination participent néanmoins à cette mission.

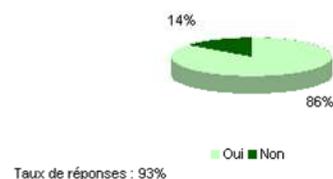
Taux de réponses : 37%

60% des SAMSAH assurent une permanence de l'accompagnement et des soins (par le service, relais avec l'hôpital...).

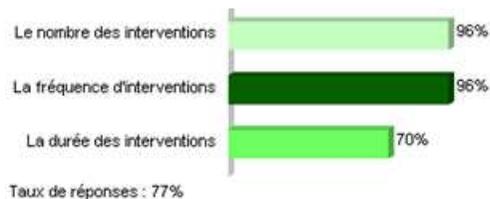
Deux tiers des SAMSAH assurent la coordination des interventions auprès de la personne.

IV – Mode de fonctionnement du service

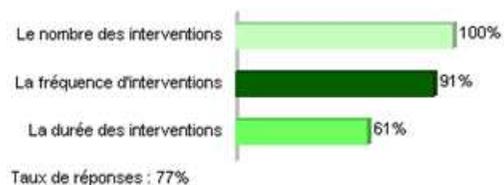
Un système de recueil informatisé des données d'activité
a-t-il été mis en place pour le service ?



Si oui, permet-il de connaître pour
chaque usager :



Si oui, permet-il de connaître pour chaque
professionnel du service :



La quasi-totalité
des SAMSAH a
mis en place un
système de recueil
informatisé des
données d'activité
du service, par
usager et par
professionnel.

IV – Mode de fonctionnement du service

Nombre moyen d'interventions hebdomadaires par usager
par taille de structure (parmi celles qui ouvrent 5 jours)

Nombre de places	Moyenne	Minimum	Maximum	Nombre de réponses
de 10 à moins de 20 places	2	1	3	6
de 20 à moins de 30 places	1	1	1	2
30 places et plus	1,6	0	3	5

Nombre moyen d'interventions hebdomadaires par usager par
taille de structure (parmi celles qui ouvrent 6 ou 7 jours)

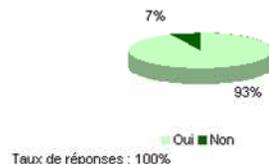
Nombre de places	Moyenne	Minimum	Maximum	Nombre de réponses
de 10 à moins de 20 places	10,5	1	28	4
de 20 à moins de 30 places	20,2	3	35	5
30 places et plus	9	8	10	2

2 types de fonctionnement peuvent être distingués :

- Les SAMSAH qui fonctionnent 5 jours / 7 assurent en moyenne 1 à 2 interventions par semaine pour chaque usager.
- Les SAMSAH qui fonctionnent 7/7j effectuent en moyenne 10 à 20 interventions par semaine et par usager.

IV – Mode de fonctionnement du service

Le service utilise-t-il des moyens d'information et de communication pour se faire connaître ?



Moyens de communication utilisés auprès des usagers	Nombre d'occurrences	Total
Plaquette	24	55
Livret d'accueil	7	
Site Internet de l'APF, de l'association	4	
articles dans le journal de l'APF	3	
Supports écrits	2	
Envoi de courrier d'information	1	
Journées associatives	1	
Réunions diverses avec les partenaires	1	
CMP	1	
Médecins	1	
CVS	1	
2 journées de rencontre/an	1	
Courriers à l'ouverture du SAMSAH aux services sociaux	1	
Hôpitaux	1	
Journée portes ouvertes	1	
Rencontre avec les partenaires	1	
Annuaire	1	
Rencontres individuelles	1	
Bulletin de l'UNAFAM	1	
Participation à des forums	1	

Moyens de communication utilisés auprès des professionnels	Nombre d'occurrences	Total
Transmission de plaquettes	17	54
Réunion d'information	5	
Site Internet	4	
Courrier d'information	4	
Rencontres partenariales	4	
Annuaire de la santé	4	
Rencontre avec différentes structures	3	
Réunions diverses avec les professionnels	3	
Rencontre avec les équipes des MDPH	2	
Rencontre/ entretien	2	
invitations envoyées à l'ensemble les partenaires opérationnels et au institutionnels	1	
réunions de travail portant sur les échanges d'informations avec les MDPH	1	
Guide du handicap	1	
Téléphone	1	
Participation à des séminaires	1	
Affiches	1	

L'ensemble des SAMSAH utilise des moyens de communication pour se faire connaître, auprès des usagers et auprès des professionnels.

IV – Mode de fonctionnement du service

Les partenariats et les modalités de liaisons des services

• **Avec les établissements de santé et les structures médico-sociales :**

- Les liaisons portent principalement sur la gestion des situations d'urgence, les relais pour la sortie après une hospitalisation, la coordination des soins. Elles sont parfois formalisées sous forme de conventions, de procédures ou de protocoles.

extraits des réponses aux questions ouvertes :

« relais en gestion des situation de crise »

« organisation de séjours de répit »

« véritable travail opérationnel de relais avec les médecins, services sociaux et rééducateurs »

• **Avec les services d'aide à la personne et les professionnels libéraux :**

- Les liaisons relèvent principalement de la coordination des interventions auprès des usagers. Elles sont parfois formalisées à travers les projets individualisés.

extraits des réponses aux questions ouvertes :

« coordination importante et quotidienne avec les infirmiers libéraux »

« médecins traitants, kiné, orthophonistes... »

« accompagnement dans les démarches de soins »

« cohérence des parcours individuels »

• **Avec les MDPH :**

- Les coopérations pour l'évaluation individuelle et le suivi sont développées par les SAMSAH; elles sont peu formalisées à ce stade.

extraits des réponses aux questions ouvertes :

« coordination importante et quotidienne avec les infirmiers libéraux »

« médecins traitants, kiné, orthophonistes... »

« accompagnement dans les démarches de soins »

• **Avec les associations des usagers et des familles :**

- Certaines associations participent aux instances des organismes gestionnaires des SAMSAH. Elles sont parfois sollicitées pour des activités d'animation ou de loisirs. Elles peuvent être associées à des actions de sensibilisation et d'information.

extraits des réponses aux questions ouvertes :

« accueil, écoute des personnes et des familles »

« appui pour la sensibilisation du grand public »

*Le rapport
présente une
synthèse des
réponses aux
questions
ouvertes.*

V. Avancées, difficultés et perspectives

V – Avancées, Difficultés et Perspectives

Les améliorations constatées depuis l'ouverture des services :

Pour les usagers :

- Les améliorations constatées portent sur la continuité des soins et de l'accompagnement en évitant des ruptures, en facilitant la sortie après un séjour hospitalier, en améliorant la coordination des interventions à domicile.
- Les SAMSAH contribuent aussi à renouer le lien social et à rompre l'isolement.

extraits des réponses aux questions ouvertes :

« éviter les ruptures », « a permis de répondre au projet de retourner au domicile après une longue hospitalisation », les « usagers ont pu se réapproprier une vie sociale »
« amélioration de la participation sociale », « rupture de l'isolement », « soulagement de l'entourage familial »

Pour les partenaires :

- Une reconnaissance progressive de la participation et du rôle des SAMSAH en matière de coordination a été constatée. Ils permettent une meilleure connaissance mutuelle des partenaires et des missions respectives.

extraits des réponses aux questions ouvertes :

« l'ensemble des partenaires reconnaissent la plus-value du service », « bonne identification du service rendu aux usagers », « complémentarité reconnue et non concurrence avec les partenaires », « le service permet de créer des liens avec d'autres dispositifs »

Pour l'organisation du service :

- Les améliorations portent surtout sur la structuration des services, la construction des outils et des procédures, et l'organisation de l'équipe pluridisciplinaire.

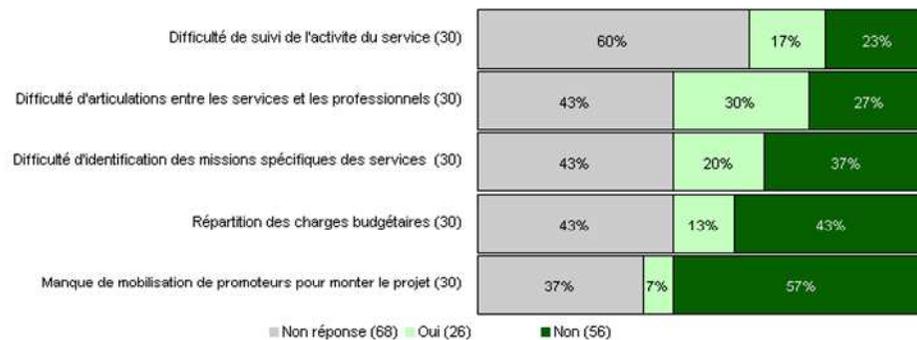
extraits des réponses aux questions ouvertes :

« évaluation plus affinée », « positionnement plus clair par rapport aux aidants », « meilleure articulation Entre les professionnels du soin et les professionnels socio-éducatifs », « regard multidisciplinaire »

*Le rapport
présente une
synthèse des
réponses aux
questions
ouvertes.*

V – Avancées, Difficultés et Perspectives

Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre, l'installation et le fonctionnement des services par les décideurs locaux

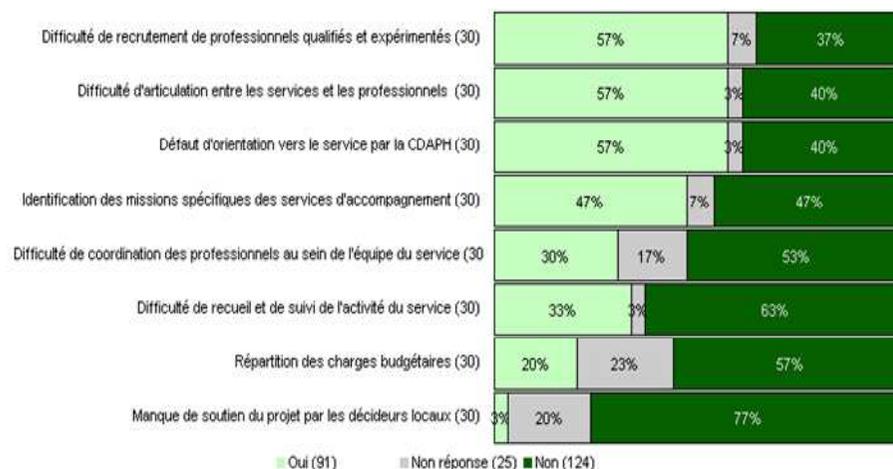


Les principales difficultés rencontrées par les décideurs locaux (DDASS, Conseil général) sont les suivantes :

- Difficulté d'articulations entre les services et les professionnels intervenant auprès de la personne,
- Difficulté d'identification des missions spécifiques des services d'accompagnement et de soins,
- Difficulté de suivi de l'activité du service.

V – Avancées, Difficultés et Perspectives

**Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre, l'installation et le fonctionnement des services
par les porteurs de projet**



Les principales difficultés auxquelles les porteurs de projets ont été confrontés sont les suivantes :

- Difficulté de recrutement de professionnels qualifiés et expérimentés.
- Difficulté d'articulations entre les services et les professionnels intervenant auprès de la personne.
- Difficulté d'identification des missions spécifiques des services d'accompagnement et de soins.
- Défaut d'orientation vers le service par la CDAPH : problèmes de méconnaissance des services, problèmes liés aux délais de traitement des demandes.

V – Avancées, Difficultés et Perspectives

Les « réponses » mises en œuvre par les décideurs locaux :

En réponse aux difficultés de définition des missions des SAMSAH et d'articulations entre les services intervenants auprès de la personne, des actions spécifiques d'appui et d'accompagnement ont été mises en œuvre dans certains départements :

➤ **Sous forme de :**

- Concertation entre financeurs des services (DDASS, CG, CRAM)
- Échanges avec les partenaires du champ social et médico-social (SSIAD, services d'auxiliaires de vie, services d'aide à la vie sociale, FAM, MAS...), comité de pilotage annuel réunissant tous l'ensemble des acteurs concernés par le service
- Coordination avec les acteurs du champ sanitaire (établissements de psychiatrie...)
- Groupes de travail associant les équipes pluridisciplinaires des MDPH
- Appui technique auprès de promoteurs dans l'élaboration des projets

➤ **Pour déterminer :**

- Le positionnement du SAMSAH au sein des dispositifs de maintien à domicile
- Les critères et conditions d'orientations des personnes vers les SAMSAH
- La répartition de la nature et des montants des charges entre financeurs.

Les « réponses » mises en œuvre par les porteurs de projets :

➤ **Face aux difficultés de définition des missions des SAMSAH et d'articulations entre les services auprès de la personne :**

- **Information et communication :**

- Démarches d'information auprès des partenaires, contacts réguliers avec les autres services à domicile, communication avec les partenaires ...

- **Identification des missions respectives et des complémentarités :**

- Définition concertée et clarification du rôle et de la fonction de chaque intervenant, du champ d'action des différents services, auprès de la personne ...
- Liaisons avec les professionnels de santé libéraux pour définir les complémentarités (IDE, kiné...)

- **Coordination pour assurer la continuité des soins et de l'accompagnement :**

- Avec les équipes de psychiatrie, consultations, mise en place de protocoles d'accord avec les établissements de santé
- Avec les MDPH : Contacts, échanges, élaboration d'outils pour l'orientation par la CDAPH, définition d'une procédure d'urgence (pour les sorties d'hospitalisation...), orientations combinant accueil de jour (en MAS, FAM, foyers) et accompagnement médico-social par SAMSAH.

➤ **Face aux difficultés de recrutement de personnels et de coordination des professionnels au sein des équipes :**

- Mise en place de formations spécifiques sur les handicaps et sur l'accompagnement ; construction d'une culture commune entre professionnels du soin et du champ médico-social,
- Définition de protocoles et procédures internes, élaboration d'un projet de service, recherche de solutions d'optimisation de la coordination,
- Pour le recrutement : personnels partagés avec d'autres établissements ou services (gérés par le même organisme), mise à disposition de personnels (établissements de santé), activation du réseau des partenaires pour la recherche de professionnels, partenariat avec ANPE et IRTS, recours à l'intérim.

Le rapport présente une synthèse des réponses aux questions ouvertes.

V – Avancées, Difficultés et Perspectives

Propositions d'améliorations formulées et besoins d'appui

(propositions formulées par les décideurs locaux et par les gestionnaires des services)

Structuration de l'offre de services à domicile

- SAMSAH spécialisés par types de publics spécifiques / par modes d'accompagnement ?
- Distinction entre les missions d'accompagnement / missions de coordination / missions d'évaluation ?
- Clarification des missions entre SAMSAH et SSIAD

Besoins d'échanges d'expériences et de pratiques entre les SAMSAH en fonctionnement et en projet

- Sur les procédures et outils d'organisation et de coordination des équipes
- Sur les modalités de la communication et de liaison avec les partenaires
- Sur l'accompagnement de handicaps spécifiques (handicap psychique, déficiences visuelles...)

Évaluation individuelle et orientations par les CDAPH (MDPH)

- Clarification de la participation des SAMSAH à l'évaluation individuelle par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH
- Définition de critères et conditions d'orientations vers les SAMSAH
- Élaboration de procédures d'urgences pour l'orientation
- Orientations multiples combinant accueil de jour / SAMSAH ...

Modes de tarification / suivi de l'activité

- Tarification sous forme de dotation globale (pour les financements assurance-maladie et conseil général)
- File active, séances
- Recours aux prestations libérales
- Participation des usagers au titre de la PCH (?)

*Le rapport présente
une synthèse des
réponses aux
questions ouvertes.*



ENQUETE DE SUIVI QUALITATIF DU DEVELOPEMENT DES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL DES PERSONNES HANDICAPEES

Catégorie SSIAD

Enquête menée sur 32 services
- décembre 2007-

Analyse réalisée avec SODIFRANCE, pôle décisionnel

PREAMBULE

Contexte

En réponse aux orientations nationales en faveur de la diversification de l'offre d'accompagnement et de la mise en œuvre du plan personnalisé de compensation, les services médico-sociaux d'accompagnement et de soins pour les adultes handicapés, dont la définition juridique est récente, connaissent un développement encore lent et inégal selon les territoires.

Comme annoncé lors des échanges techniques avec les CTRI et par la circulaire conjointe du 1er mars 2007 sur la mise en œuvre du plan de santé mentale, et en appui du processus PRIAC, la CNSA a engagé avec la DGAS /SD3 un bilan qualitatif du développement de ces nouveaux services : Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

Objectifs

L'objectif de ces travaux est d'accompagner le développement des services d'accompagnement médico-social pour les adultes handicapés, de façon équilibrée sur le territoire national, en éclairant les décideurs locaux – Préfets, Services déconcentrés, Conseils généraux – sur les modalités d'organisation et de fonctionnement de ces services, ainsi que sur les difficultés identifiées et les leviers de développement, afin de leur permettre d'apporter une aide aux porteurs de projets.

Les constats ainsi établis pourront donner lieu à la définition de pistes de travail complémentaires, portant sur des thématiques spécifiques et impliquant d'autres acteurs.

Méthodologie de l'enquête

La méthodologie retenue a consisté à procéder au recueil des informations utiles via un questionnaire avec comme base de répondants deux types de services SAMSAH et SSIAD ou SPASAD en fonctionnement. Le questionnaire a été construit par la CNSA en liaison avec la DGAS / SD3, avec l'appui de documents communiqués par des DRASS (rapports CROSMS, questionnaires d'enquêtes ...).

Il ne s'agit donc ni d'un recensement à visée statistique, ni d'un contrôle ou d'une évaluation du fonctionnement des services ou de leurs prestations.

L'enquête analyse les données relatives aux réponses de 30 SAMSAH et 32 SSIAD ou SPASAD, répartis dans 19 régions et 46 départements (1 à 2 services maximum par département).

Le questionnaire a été adressé aux DDASS, et renseigné en liaison avec les gestionnaires des services et, pour ce qui concerne les services à double autorisation et tarification, avec les services du Conseil général. Les questionnaires complétés ont été transmis à la CNSA avec copie à la DRASS de la région.



PREAMBULE

Calendrier

Avril-juin 2007 : phase préparatoire

- rédaction du cahier des charges des travaux et validation par la DGAS / SD3
- recueil de documentation sur les services en fonctionnement et les études locales
- élaboration de l'échantillon de services installés à partir des sources existantes (enquête BP 2005, FINESS)

Juin-septembre 2007 : phase de mise en œuvre

- consultation des CTRI de référence (en comité de suivi du PRIAC)
- transmission du questionnaire et de la liste des services de l'échantillon aux DDASS
- renseignement des questionnaires et transmission par les DDASS à la CNSA et à la DRASS

Octobre-novembre 2007 : phase d'analyse et d'échanges

- exploitation des questionnaires par la CNSA, en liaison avec la DGAS / SD3, et avec l'appui d'un prestataire extérieur
- partage des résultats et des constats lors d'une journée de travail avec un groupe de financeurs et de gestionnaires de services

Décembre 2007 : phase de restitution et pistes de travail

- restitution et échanges avec les CTRI de référence et les têtes de réseaux
- communication aux services déconcentrés et aux partenaires

Les résultats de cette enquête sont relatifs à l'analyse de 32 questionnaires.

L' enquête a été menée sur le trimestre 3 de l'année 2007.

Les questionnaires ont été renseignés par le gestionnaire du service et la DDASS du département d'implantation du service.

PREAMBULE

L'enquête a été structurée en cinq parties

- I - Cadre juridique
- II - Nature du projet d'accompagnement et de soins
- III - Structure budgétaire du service
- IV - Mode de fonctionnement du service.
- V – Avancées, difficultés et perspectives

Précaution de lecture

Compte tenu des faibles effectifs pris en compte dans les analyses et des nécessaires approximations réalisées par les sondés lors du renseignement des questionnaires, certains résultats sont à considérer avec recul.

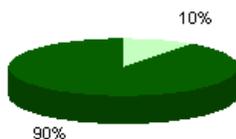
L'analyse des résultats porte sur les 32 SSIAD qui ont fait l'objet d'une remontée de questionnaire, quel que soit le type de handicap concerné.



I. Cadre juridique

I – Cadre juridique

Le service est-il dédié à un public présentant un handicap spécifique ?



Taux de réponses : 94%

Si oui, précisez le ou les handicaps concernés à titre principal



Taux de réponses : 12,5%

Combinaisons de type d'handicap	Nombre d'occurrences	Total
Handicap moteur	3	4
Handicap moteur/Handicap auditif/Handicap visuel	1	

La quasi-totalité des SSIAD de l'enquête ne sont pas spécialisés en direction d'un public.

Seuls 10% s'adressent à un public spécifique : personnes avec handicap moteur ou sensoriel.

I – Cadre juridique

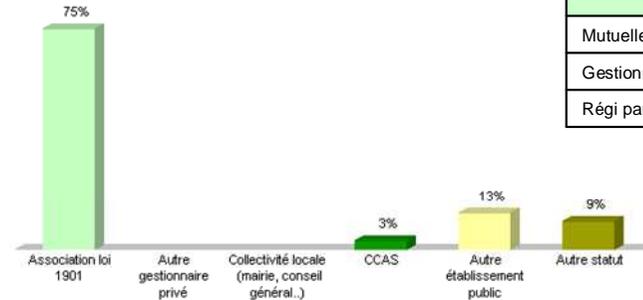


Sur les 32 SSIAD de l'étude, 19 déclarent une date d'ouverture antérieure à 2005.

Toutefois cette date peut concerner les SSIAD personnes âgées pour ceux qui y sont adossés.

I – Cadre juridique

Quel est le statut de l'organisme gestionnaire du service ?

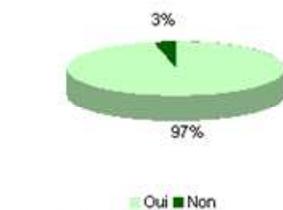


Taux de réponses : 100%

Autre statut	Nombre d'occurrences	Total
Mutuelle	1	3
Gestionnaire privé à disposition du public	1	
Régi par le Code de la Mutualité	1	

Les gestionnaires des services sont majoritairement des associations qui gèrent également d'autres établissements ou services, principalement dans le champ des personnes âgées et dans une moindre mesure dans le champ du handicap.

Le gestionnaire gère-t-il d'autre(s) établissement(s) ou service(s) ?



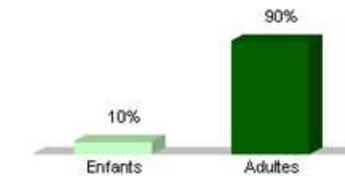
Taux de réponses : 100%

Si oui, indiquez si l'organisme gère principalement des structures dans le champ



Taux de réponses : 97%

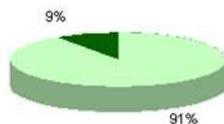
Si l'organisme gère des structures dans le champ du handicap, précisez



Taux de réponses : 31%

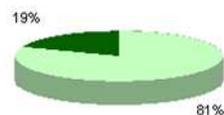
I – Cadre juridique

Le service a-t-il été développé à partir d'une structure existante ?



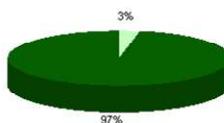
Taux de réponses : 100%

Dans son fonctionnement, le service est-il adossé à un établissement ou un service ?



Taux de réponses : 100%

Le service a-t-il été créé par transformation de places existantes?



Taux de réponses : 100%

Si oui, précisez la catégorie de structure

Catégorie de structure	Nombre d'occurrences	Total
SSIAD PA	18	28
SSIAD	5	
Réseaux d'établissements et services	2	
Centre de Réadaptation	1	
MAS	1	
SAAD	1	

Si oui, précisez la catégorie de l'établissement ou du service

Catégorie de l'établissement	Nombre d'occurrences	Total
SSIAD PA	12	25
Réseaux d'établissements et services	5	
Association de maintien à domicile	1	
CCAS	1	
Centre de Réadaptation	1	
CJP (SSR et USLD)	1	
EHPAD	1	
Mutuelle	1	
SAAD	1	
Service auxiliaire de vie sociale	1	

91% des SSIAD ont été créés à partir d'une structure existante mais sans transformation de places.

81% sont adossés à un établissement ou service. (essentiellement des SSIAD pour personnes âgées).



II. Nature du projet d'accompagnement et de soins

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

Mission des services fixées par le CASF (Code de
l'Action Sociale et des Familles)



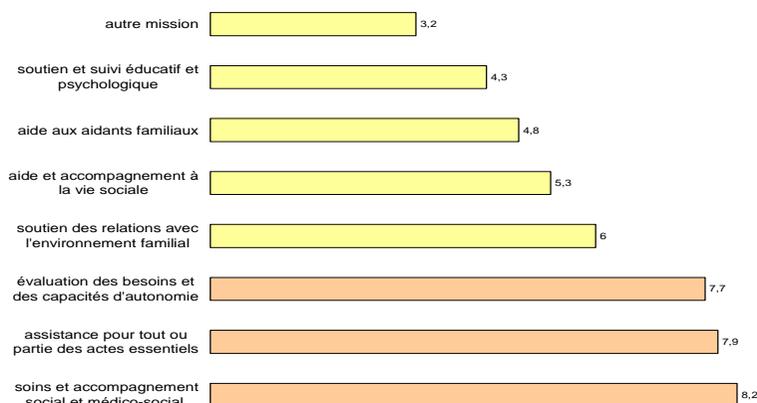
14 SSIAD assurent d'autres
missions, les réponses fournies
sont les suivantes:

Autre mission
Animation
Coordination autres intervenants
Coordination médico-sociale
Lien avec l'aide à domicile
Projet de vie
Relations avec les autres partenaires

Les 3 missions
principales en terme
de temps de personnel
mobilisé sont :

- le soin et l'accompagnement médical et paramédical,
- l'assistance pour tout ou partie des actes essentiels,
- l'évaluation des besoins et des capacités d'autonomie.

Classement des missions en fonction du temps mobilisé par les personnels

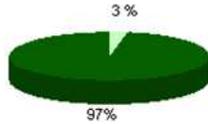


A chaque mission, un poids de 1 à 9 a été attribué.
ex : à la mission mobilisant le plus d'effectifs, classée en rang 1, nous avons attribué le poids maximum de 9.
A la mission de rang 9, est attribué le poids de 1.
Les moyennes calculées tiennent compte de cette règle de pondération.

La coordination est ajoutée parmi les principales missions

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

Quelle est la couverture géographique desservie par le service ?

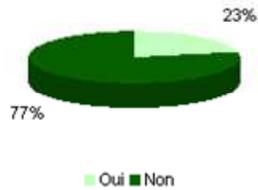


■ L'ensemble du département
■ Une zone infra départementale déterminée
■ Une zone interdépartementale.
Taux de réponses : 97%

Nombre d'habitants

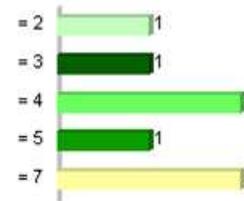
	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	Médiane	Nombre réponses
Nb d'habitant de la zone infra départementale	114 672	110 815	10 000	430 000	81 249	27

Le service est-il organisé sous la forme d'antennes et de proximité ?



■ Oui ■ Non
Taux de réponses : 97%

Si oui, précisez le nombre d'antennes

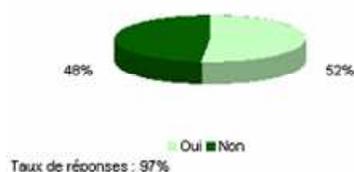


Taux de réponses : 100%

La couverture géographique est très hétérogène selon les services.

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

Existe-t-il des conditions d'accès au service liées aux caractéristiques des personnes ?



Si oui, lesquelles ?

Conditions d'accès		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Conditions liées aux caractéristiques de la personne	Age	9	19
	Carte invalidité à 80 %	2	
	Handicap moteur - polyhandicap	2	
	handicap physique	2	
	Type de handicap	2	
	Si pathologies invalidantes et/ou perte de l'autonomie	1	
	Vie à domicile	1	
Conditions administratives	Dans le secteur géographique	3	10
	Prescription médicale	3	
	Reconnaissance de handicap	2	
	Nombre de places	1	
	Visites infirmières coordinatrice	1	

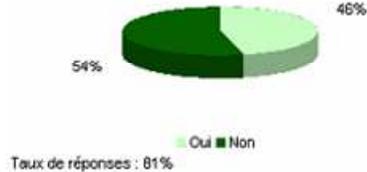
La moitié des SSIAD fixe des conditions d'accès ou d'exclusion au service.

Au-delà de la prescription médicale obligatoire, elles sont plus souvent liées à l'âge, à la reconnaissance ou au type de handicap.

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

Existe-t-il des conditions
d'exclusion au service liées aux
caractéristiques des personnes ?

Si oui, lesquelles ?



Conditions d'exclusion		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Conditions liées aux caractéristiques de la personne	Age	7	15
	Soins infirmiers importants	3	
	Invalidité inférieure à 80 %	2	
	Non reconnaissance de Handicap	1	
	Soins infirmiers relevant d'un service d'aide à la personne	1	
	Visites nécessaires trop nombreuses	1	
Conditions administratives	Hors du secteur géographique	3	5
	Dépassement du coût des soins infirmiers	1	
	Entrée dans une structure	1	

voir supra.

La durée de l'accompagnement est-elle limitée ?

Il n'y a aucune durée maximale fixée pour tous les répondants.

La durée de l'accompagnement par le service n'est limitée pour aucun des SSIAD.

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

Précisez la qualification du directeur

Qualification du directeur		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Profession médicale et paramédicale	Infirmière	13	29
	Infirmière coordinatrice	12	
	Aide soignant	3	
	Médecin généraliste	1	
Qualification à encadrement	Cadre de santé	7	11
	Cadre de direction	2	
	Cadre socio-éducatif	2	

réponses multiples

Précisez la qualification du médecin du service

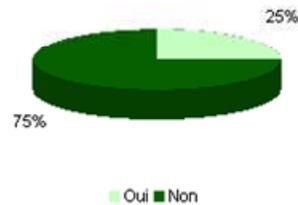
Qualification du médecin	Nombre d'occurrences	Total
Médecine physique et rééducation fonctionnelle	1	2
Médecin généraliste	1	

Pour tous les SSIAD, la direction ou la coordination du service est assurée par un cadre de santé ou une infirmière.

Seuls 2 SSIAD disposent d'un médecin au sein du service.

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

S'agissant des SSIAD pour personnes âgées et handicapés, des personnels disposant de qualifications spécifiques ont-ils été recrutés pour compléter l'équipe ?



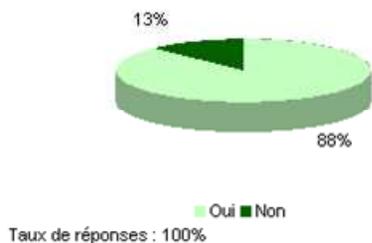
Si oui, lesquels ?

Professionnels recrutés	Nombre d'occurrences	Total
Aide Médico Psychologique	3	10
Psychologue	3	
Aide soignantes	1	
Animatrice	1	
Infirmiers	1	
Travailleur social	1	

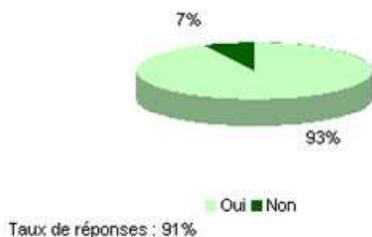
Parmi les SSIAD pour personnes âgées et handicapées, 10 services ont recruté des personnels ayant des qualifications spécifiques pour s'occuper des personnes handicapées.

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

Le service a-t-il recours de façon régulière à des professionnels libéraux dans le cadre de son propre fonctionnement ?



L'intervention des professionnels libéraux est-elle formalisée ?



Si oui, lesquels ?

Professionnels libéraux	Nombre d'occurrences	Total
Infirmière	28	48
Pédicure	17	
Kinésithérapeute	2	
Ergothérapeute	1	

Comment les coopérations sont elles formalisées ?

Comment les coopérations sont elles formalisées ?	Nombre d'occurrences
Conventions	26

Nombre d'actes annuels

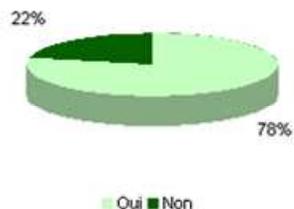
	Moyenne	Minimum	Maximum	Nombre de répondant
Nombre d'actes annuels	2 999	4	13 285	23

La plupart des SSIAD a régulièrement recours à des professionnels libéraux, principalement des infirmières.

Leur intervention est formalisée.

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

Certains personnels sont-ils partagés avec
la structure gérée par le même organisme ?



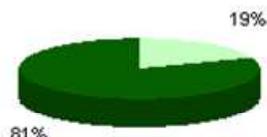
Si oui, précisez lesquels

Personnels partagés avec une autre structure		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Personnels administratifs	Personnel administratif	15	38
	Directeur	14	
	Secrétaire	6	
	Comptable	2	
	Responsable de service	1	
Personnels paramédicaux	Aide-soignant	10	25
	Infirmières coordinatrices	9	
	Infirmière	3	
	Psychologue	2	
	Ergothérapeute	1	
Personnels socio-éducatifs	Assistante Sociale	2	2

Pour la quasi-totalité des SSIAD, une mutualisation du personnel est opérée avec d'autres structures gérées par le même organisme. Il s'agit essentiellement de personnels administratifs ainsi que de personnels médicaux.

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

Le service dispose-t-il de personnels mis à disposition par d'autres établissements ou services ?



■ Oui ■ Non

Taux de réponses : 97%

La mise à disposition fait-elle l'objet de contrepartie financière par le service ?



■ Oui ■ Non

Taux de réponses : 28%

La rétribution est essentiellement destinée à l'établissement qui met à disposition.

Par quels type d'établissement ou service ?

Par quel type d'établissement?	Nombre d'occurrences	Total
Association Comité de Services aux Personnes	1	8
Centre de rééducation fonctionnelle	1	
Maison de retraite	1	
Direction Générale	1	
HAD FEDOSAD	1	
Plateau technique de l'association	1	
S.S.I.A.D.	1	
CHU	1	

Comment ces coopérations sont-elles formalisées ?

Comment les coopérations sont elles formalisées ?	Nombre d'occurrences	Total
Conventions	2	4
Unité Economique et Sociale	1	
Protocoles	1	

Sous quelle forme ?

Sous quelle forme	Nombre d'occurrences	Total
Quote-part	1	2
Vacations	1	

Une minorité des SSIAD a recours à des personnels mis à disposition par d'autres établissements ou services, le plus souvent sans contrepartie financière.

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

Nombre de SSIAD par taille de structure

Taille de structure en nombre de places installées	Nombre de SSIAD
Moins de 10 places	17
de 10 à 20 places	8
de 20 à 30 places	4
30 places et plus	1
Total	30

Ce tableau référence le nombre de SSIAD pris en compte pour l'analyse des effectifs et des budgets

Moyenne d'effectifs par taille de structure

Taille de structure en nombre de places installées	Personnels administratifs et services généraux en ETP	Personnel médical et paramédical en ETP	Personnel socio-éducatif en ETP	Pour les autres personnels en ETP	ETP moyen
Moins de 10 places	0,26	1,39	.	.	1,57
de 10 à 20 places	0,53	3,28	0,2	.	3,74
de 20 à 30 places	1,03	5,73	.	0,5	6,62
Moyenne : 11,5	0,44	2,65	0,2	0,5	2,98 *
part des catégories de personnels	11,6%	70,2%	5,2%	13,0%	100%

* Il s'agit de la moyenne des ETP, qui ne correspond pas à la somme des moyennes par catégories de personnels

Les résultats relatifs aux effectifs portent sur l'analyse de 30 questionnaires.

Le personnel paramédical représente en moyenne 70 % des ETP des services. Il convient d'y ajouter les personnels de soin qui assurent la direction ou la coordination des SSIAD (7,4% des effectifs).

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

Résumé statistiques : Effectif total en ETP

	Moyenne	Minimum	Maximum	Nombre de réponses
Personnels administratifs et services généraux	0,45	-	1,6	23
directeurs ou coordinateurs	0,28	0,03	1,06	20
accueil, secrétariat	0,22	0,01	0,51	18
services généraux, entretien	0,14	0,03	0,31	4
Personnel médical et paramédical	2,65	0,4	8	31
médecins	-	-	-	2
infirmiers	0,88	0,04	3,5	15
aides soignants	1,91	0,21	7	30
aides médico-psychologiques	1,24	0,22	2,45	9
kinésithérapeutes	.	.	.	0
ergothérapeutes	0,05	0,05	0,05	1
psychomotriciens	.	.	.	0
orthophonistes	.	.	.	0
psychologues	0,03	0,01	0,1	5
Personnel socio-éducatif	0,2	0,2	0,2	1
auxiliaires de vie sociale	0,19	0,19	0,19	1
éducateurs spécialisés	.	.	.	0
moniteurs éducateurs	.	.	.	0
assistants sociaux	.	.	.	0
conseillers en économie sociale et familiale	.	.	.	0
chargés d'insertion	.	.	.	0
Autres personnels	0,5	0,5	0,5	1
TOTAL ETP	2,98	0,68	8	31

Les effectifs paramédicaux sont principalement composés d'aides-soignantes, d'aides médico-psychologiques ainsi que d'infirmières.

16 % des SSIAD disposent aussi de psychologues et ergothérapeutes.

Les directeurs ou coordinateurs des SSIAD sont des cadres de santé ou des infirmières (cf. diapo 15).

II – Nature du projet d'accompagnement et de soins

File active par rapport à la taille de structure
(File active : Nombre de personnes ayant bénéficié d'un accompagnement au cours de la période du 1er janvier au 31 décembre 2006)

Taille de structure en nombre de places installées	Moyenne	Minimum	Maximum	Médiane	Nombre de réponses
Moins de 10 places	8,11	4	23	6	9
de 10 à moins de 20 places	16,86	15	26	18	6
de 20 à moins de 30 places	27,75	26	31	27	4
Moyenne : 11,5 places	15,10			17	19

Les SSIAD de l'enquête disposent d'une capacité moyenne de 11,5 places installées (capacités dédiées aux personnes handicapées).

Le nombre de personnes suivies ayant bénéficié d'un accompagnement sur l'année s'élève à 17 personnes (médiane) pour une capacité moyenne de 11,5 places.

III. Structure budgétaire des services

III – Structure budgétaire du service

Total des dépenses par nombre de places installées

Taille de structure en nombre de places installées	Total			
	Moyenne	Minimum	Maximum	Coût moyen à la place
Moins de 10 places	68 215	28 636	164 523	11 926
de 10 à moins de 20 places	178 294	120 276	245 876	12 347
de 20 à moins de 30 places	329 999	213 291	414 182	13 200
Moyenne : 11,5 places	136 339	28 636	414 182	11 856

Le coût moyen à la
place des SSIAD pour
personnes
handicapées s'élève à
11 850 €, pour une
capacité moyenne de
11,5 places.

III – Structure budgétaire du service

Moyenne des dépenses par taille de structure

Taille de structure par nombre de places installées	Total Classe 6 relevant du financement Assurance maladie	Total des dépenses Classe 6
Moins de 10 places	68 215	68 215
de 10 à moins de 20 places	178 294	178 294
de 20 à moins de 30 places	329 999	329 999
Moyenne : 11,5 places	136 339	136 339

Moyenne des dépenses classe 6 par groupe

Taille de structure par nombre de places installées	Total des dépenses afférentes à la gestion		Total des dépenses afférentes au personnel		Total des dépenses afférentes à la structure		Total des dépenses Classe 6
	Dépenses en euros	Dépenses en %	Dépenses en euros	Dépenses en %	Dépenses en euros	Dépenses en %	Dépenses en euros
Moins de 10 places	7 091	10,4%	58 417	85,6%	2 707	4,0%	68 215
de 10 à moins de 20 places	19 406	10,9%	146 638	82,2%	12 250	6,9%	178 294
de 20 à moins de 30 places	49 469	15,0%	262 525	79,6%	18 005	5,5%	329 999
Moyenne : 11,5 places	16 632	12,2%	111 811	82,0%	7 896	5,8%	136 339

Les dépenses afférentes au personnel représentent en moyenne 82 % du total des dépenses des SSIAD.

Les charges de structure représentent moins de 6 % du total des dépenses.

III – Structure budgétaire du service

Analyses budgétaires des dépenses afférentes à la gestion par taille de structure

Taille de structure en nombre de places installées	Total des dépenses afférentes à la gestion		Dont paiement des actes des professionnels libéraux		Dont frais de transports	
	Moyenne des dépenses	Coût à la place	Moyenne des dépenses	Coût à la place	Moyenne des dépenses	Coût à la place
Moins de 10 places	7 091	1 240	4 101	717	3 018	528
de 10 à moins de 20 places	19 406	1 344	11 740	813	8 182	567
de 20 à moins de 30 places	49 469	1 979	31 481	1 259	14 658	586
Moyenne : 11,5 places	16 632	1 446	11 485	999	6 322	550

Analyses budgétaires des dépenses afférentes à la structure par taille de structure

Taille de structure en nombre de places installées	Total des dépenses afférentes à la structure	
	Moyenne des dépenses	Coût à la place
Moins de 10 places	2 707	473
de 10 à moins de 20 places	12 250	848
de 20 à moins de 30 places	18 005	720
Moyenne : 11,5 places	7 896	687

III – Structure budgétaire du service

Analyse des coûts de personnels (total ETP)

Taille de structure en nombre de places installées	TOTAL ETP	Total des dépenses afférentes au personnel	ratio d'encadrement effectif total	Coût moyen du poste
Moins de 10 places	1,50	58 417	0,27	38 832
de 10 à moins de 20 places	3,74	146 638	0,27	39 247
de 20 à moins de 30 places	6,62	262 525	0,26	39 671
Moyenne : 11,5 places	3,00	111 811	0,27	37 298

Le coût moyen du poste s'élève à 37 000 € - tous effectifs confondus.

Le taux d'encadrement dans les SSIAD pour personnes handicapées s'élève en moyenne à 0,27 tous personnels confondus.

III – Structure budgétaire du service

Analyses budgétaires pour le personnel médical et paramédical

Taille de structure en nombre de places installées	Effectif "Personnel médical et paramédical" en ETP	Dépenses afférentes aux personnels médicaux et paramédicaux	ratio d'encadrement effectif personnel médical	Coût moyen du poste
Moins de 10 places	1,35	40 516	0,24	30 990
de 10 à moins de 20 places	3,28	107 045	0,24	31 913
de 20 à moins de 30 places	5,73	173 974	0,23	31 138
Moyenne : 11,5 places	2,67	79 883	0,24	31 304

Analyses budgétaires pour le personnel administratif et de direction

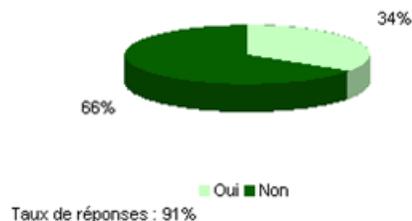
Taille de structure en nombre de places installées	Effectif "Personnels administratifs et services généraux" en ETP	Dépenses afférentes aux personnels administratifs et services généraux	ratio d'encadrement effectif personnels administratifs	Coût moyen du poste
Moins de 10 places	0,24	11 357	0,05	54 043
de 10 à moins de 20 places	0,53	21 217	0,04	39 552
de 20 à moins de 30 places	1,03	29 459	0,04	31 037
Moyenne : 11,5 places	0,44	18 053	0,04	44 275

Le coût moyen du poste s'élève à 31 300 € pour les personnels paramédicaux.

Il s'élève à 44 000 € pour les personnels administratifs et de direction, avec de fortes disparités selon la taille des services

III – Structure budgétaire du service

Les charges de fonctionnement, autres que celles de personnels, sont-elles partagées entre les financeurs du service ?



Si oui, selon quelles modalités de répartition ?

Modalités de répartition		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Répartition selon nature des dépenses	Au coût réel entre SSIAD PA et SSIAD PH	2	7
	Clé de répartition en fonction du nombre de forfaits	2	
	Clé de répartition en fonction de l'activité des services	1	
	Clé de répartition en fonction du réel consommé pour ces places	1	
	Mise à disposition des locaux du service et des garages pour le parking des voitures de service.	1	
Répartition selon clés théoriques	0,30 SSIAD 0,70 SAAD	1	2
	Clé proportionnelle au nombre de places par rapport aux places Personnes Agées	1	

S'agissant des SSIAD pour personnes âgées et handicapées, une répartition des charges de structures est effectuée au regard de l'activité ou des capacités respectives.

III – Structure budgétaire du service

Une participation au fonctionnement du
service est-elle demandée aux usagers ?



Si oui, selon quelles modalités est-elle déterminée ?

Selon quelles modalités	Nombre d'occurrences
AAH – ACTP – PCH en fonction des ressources (appartement de coordination thérapeutique)	1

Aucune participation
n'est demandée aux
usagers dans le
cadre de l'activité
des SSIAD.

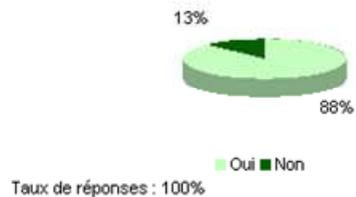
1 service demande
une participation
aux résidents d'un
appartement
thérapeutique.



IV. Mode de fonctionnement des services

IV – Mode de fonctionnement du service

Un protocole d'accueil des usagers a-t-il été établi par le service ?



Quels sont les professionnels qui réalisent la 1ère visite d'évaluation ?

Professionnels qui réalisent la première visite		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Personnels paramédicaux	Infirmière coordinatrice	27	39
	infirmière	8	
	Aide soignante	3	
	Ergothérapeute	1	
Personnels administratifs	Cadre de santé	3	5
	Responsable de service	1	
	Secrétaire médicale	1	
Personnels médicaux	Médecin	2	3
	Médecin de rééducation et de réadaptation physique	1	
Personnels socio-éducatifs	Assistante sociale	1	1

La première évaluation est effectuée par une infirmière coordinatrice ou un cadre de santé.

IV – Mode de fonctionnement du service

A quel rythme le suivi du projet individualisé est-il prévu en moyenne ?



Si autre, précisez

Rythme du suivi du projet individualisé	Nombre d'occurrence	Total
Tous les trimestres	5	14
1 fois par mois minimum	2	
En fonction de l'état de santé de la personne	2	
Au retour d'une hospitalisation	1	
Lors des changements de situation	1	
Bimensuel	1	
Une fois par semaine	1	
Régulièrement avec la MDPH et le médecin traitant, en fonction des besoins et des situations	1	

Selon quelles modalités ?

Selon quelles modalités		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Réunions de synthèse	Réunions de synthèse	17	44
	Visites à domicile	14	
	Réunion de service	6	
	Bilans d'évaluation	3	
	Contacts avec les instituts spécialisés	1	
	Appels téléphoniques	1	
	Questionnaire	1	
	Réunion de concertation médico-social	1	
Réunions d'équipe	Réunion hebdomadaire	4	13
	Suivi de la grille AGIRR.	3	
	Réunions de transmissions	2	
	Liaison quotidienne	1	
	Coordination / Aides-soignantes.	1	
	Rencontre avec le médecin référent	1	
	Réunions de coordination	1	
Réunions de régulation	1		

Le suivi du projet individualisé est effectué au moins une fois par an pour l'ensemble des services, et pour deux tiers des SSIAD tous les 6 mois ou plus fréquemment, principalement sous la forme de réunions de synthèse.

IV – Mode de fonctionnement du service

Quels sont les professionnels qui y participent ?

Professionnels qui participent au suivi de projet	Nombre d'occurrences	Total
Aides-soignantes	17	85
Infirmière	17	
Infirmières coordinatrices	16	
Toute l'équipe	8	
AS	4	
Assistante sociale	4	
Aide Médico Psychologique	3	
Cadre de santé	2	
Responsable de santé	2	
Secrétaire	2	
Service d'aide à domicile	2	
Chef de service	1	
Ergothérapeute	1	
Kinésithérapeute	1	
Les personnels du spasad	1	
Médecin	1	
MDPH	1	
Responsable d'organismes prestataires	1	
Tuteur	1	

Des intervenants extérieurs sont parfois associés aux réunions de suivi du projet individualisé (services d'aide à domicile...).

IV – Mode de fonctionnement du service

Selon quelles modalités les usagers sont ils associés au projet individualisé?

Selon quelles modalités les usagers sont ils associés au projet individualisé		Nombre d'occurrences
Modalités de participation des usagers	Rencontre à domicile ou à l'ACT	5
	Décisions prises avec l'utilisateur	4
	Dépôt du dossier de soins au domicile de la personne	1
Formalisation des outils de la loi 2002-2	Signature d'un contrat	9
	Signature du document individuel de prise en charge	9
	Signature du projet par l'utilisateur	3
	Explications des différents documents réglementaires	1
	Mode de recours transmis dans le règlement de fonctionnement	1
	Schéma d'aide et de soins fait au début de la prise en charge	1

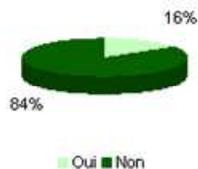
Selon quelles modalités les familles sont elles associées au projet individualisé?

Selon quelles modalités les familles sont elles associées au projet individualisé		Nombre d'occurrences
Participation formalisée	Présence de la famille	19
	Présentation du document individuel de prise en charge	1
	Signature d'une charte d'engagement	1
Accord avec l'utilisateur	Les familles sont associées au projet si tel est le souhait de l'utilisateur.	2
	Document rempli avec l'aidant	1
Modalité informelle	Contacts téléphoniques dès que cela est nécessaire.	1
	Visite à domicile	1

Les usagers des SSIAD sont associés à l'élaboration et au suivi du projet individualisé à travers la formalisation des outils prévus par la loi 2002-2, notamment la signature du projet individualisé.

IV – Mode de fonctionnement du service

Le service participe-t-il à
l'évaluation individuelle des
besoins avec la MDPH ?

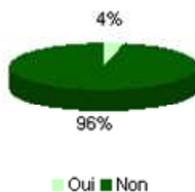


Taux de réponses : 97%

Si oui, précisez les modalités

Modalités d'évaluation individuelle des besoins	Nombre d'occurrences	Total
Commande d'évaluation individuelle par l'équipe pluridisciplinaire	1	5
Concertation avec l'Assistante Sociale qui évalue les aides à mettre en place, l'ergothérapeute éventuellement	1	
Contribution à la rédaction du plan de compensation	1	
Pour un patient seulement dans le cadre de l'organisation de son retour à domicile	1	
Réunions de synthèse	1	

La coopération avec la MDPH est-elle formalisée ?



Taux de réponses : 81%

Si oui, sous quelle forme ?

Sous quelle forme	Nombre d'occurrences	Total
Liaison informelle	1	2
Lien téléphonique	1	

Peu de SSIAD participent à l'évaluation individuelle en lien avec la MDPH.

IV – Mode de fonctionnement du service

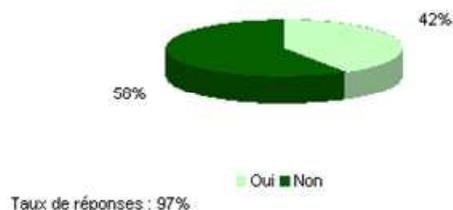
Par quels types de structures les personnes sont elles majoritairement orientées vers le service ?

Types de structure		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Médico-social	Médecin traitant	5	25
	Infirmières libérales	4	
	Centre de rééducation	3	
	CLIC	3	
	MAS	3	
	Médecins libéraux	3	
	Foyers	2	
	Autre SSIAD	1	
	SESSAD	1	
Etablissements et réseaux de santé	CHU	11	18
	Etablissements de soins	2	
	HAD	2	
	Services de rééducation	2	
	Réseau de santé	1	
Associations de familles et usagers	Famille	7	18
	Usager	5	
	Associations	4	
	ADAPEI	2	
Social	Services sociaux	8	18
	Assistante sociale	7	
	Service d'auxiliaire de vie	2	
	CCAS	1	
Autre	MDPH	3	3

Au-delà de la prescription médicale obligatoire, les personnes sont majoritairement adressées vers les SSIAD par des professionnels de santé libéraux, des établissements de santé, ainsi que par les dispositifs médico-sociaux et sociaux.

IV – Mode de fonctionnement du service

Les professionnels de l'équipe ont-ils reçu une
formation spécifique à l'ouverture du service ?



Nature de la formation

Nature de la formation		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Formation théorique	Formation théorique	5	11
	Formation continue avec un organisme de formation	2	
	Approche médicale psychologique et législative	1	
	Formation théorique au centre de réadaptation	1	
	Lecture de dossier	1	
	Information collective (réunion)	1	
Echanges de pratiques	Rencontre des soignants du SSIAD avec des professionnels	2	8
	Formation en structure au centre de réadaptation	1	
	Tournées de soins en binôme	1	
	Echanges avec professionnels extérieurs	1	
	Echanges informels	1	
	Entretien individuel	1	
	Echanges sur les pratiques professionnelles	1	
Formations mixtes	En alternance (2 x 1 semaine) cours en intra muros et stage à domicile	1	5
	Analyse de pratiques	1	
	Théorie Pratique	1	
	Etude de cas concrets	1	
	Formation-action	1	

42% des SSIAD ont mis en place des formations spécifiques pour les professionnels lors de l'ouverture des services, sous forme de formations théoriques ou d'échanges de pratiques.

IV – Mode de fonctionnement du service

Contenu de la formation

Contenu de la formation		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Formation relative aux handicaps	Manutention	5	32
	Spécificité de l'accompagnement du ou des handicapés (s)	3	
	Prise en charge des personnes handicapées (APF)	2	
	Relationnel avec la personne handicapée	2	
	Spécificité du handicap physique	1	
	Soins techniques	1	
	Diplôme universitaire de soins infirmiers en rééducation - réadaptation	1	
	Formation aide-soignante	1	
	Connaissance du handicap	1	
	Soins palliatifs Aide au confort	1	
	Violence	1	
	Techniques de PNL auprès des personnes handicapées	1	
	Utilisation du matériel	1	
	Accompagnement dans les maladies évolutives par l'APF	1	
	Questions éthiques dans la rééducation	1	
	Approche de la maladie mentale (APRISM)	1	
	Suivi de formations spécifiques (alzheimer, surdipole)	1	
	Prise en charge d'un adulte polyhandicapé	1	
	Conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle	1	
	Handicaps mentaux et psychiques	1	
Une formation avec une psychologue tous les 2 mois	1		
Spécificité de la prise en charge de la PH selon son handicap	1		
Conséquences physiques directes du handicap	1		
La notion de handicap	1		
Formation relative à l'organisation du service	Organisation et fonctionnement du service	5	10
	Supervision	1	
	Objectif et missions	1	
	Droits, devoirs des usagers	1	
	Parcours « Accueil d'un agent au CCAS »	1	
	Gestion et mobilisation.	1	

Les formations
mises en place
portent surtout sur
les handicaps et
l'accompagnement
des personnes.

IV – Mode de fonctionnement du service

Quels sont les lieux d'intervention du service auprès des personnes ?

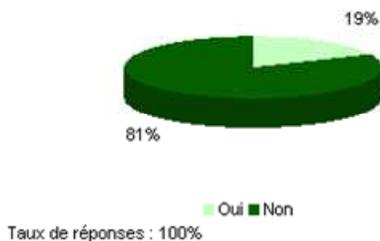


L'intervention des SSIAD s'effectue au domicile des personnes.

Les SSIAD interviennent peu dans des lieux d'hébergement collectif.

IV – Mode de fonctionnement du service

**Le service a-t-il recours à des plateaux
techniques en établissements ?**



Si oui, lesquels ?

Plateaux techniques	Nombre d'occurrences	Total
CHU	2	7
Centre de jour pour Adultes	1	
centre de rééducation fonctionnelle	1	
Organisation d'activités communes avec certains établissements	1	
Besoins d'hébergement	1	
Mise à disposition de personnels	1	

Seuls 20 % des SSIAD ont recours aux plateaux techniques d'autres établissements : il s'agit principalement d'établissements de santé.

IV – Mode de fonctionnement du service

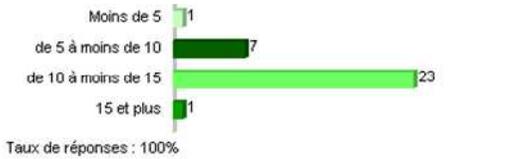
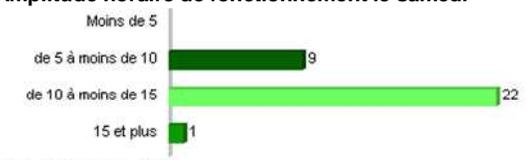
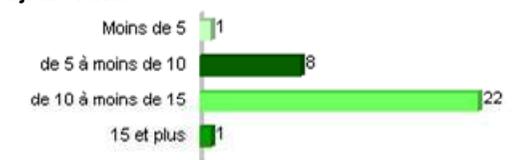
Quelles modalités d'organisation s'exercent au sein du service ?

Modalités d'organisation		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Organisation interne de l'équipe	Réunion de transmissions	22	126
	Réunions de service	22	
	Fiche de poste	21	
	Procédures	15	
	Protocoles	12	
	Réunion équipe hebdomadaire	9	
	Cahier de transmission	7	
	Démarche qualité	6	
	Planning personnel et planning usagers	2	
	Réunions d'analyse des pratiques	2	
	Réunions de coordination	2	
	Cahier de liaison	1	
	Groupes d'analyse de situations	1	
	Instructions ciblées	1	
	Règlement de fonctionnement	1	
Rencontre mensuelle de l'équipe avec un psychologue	1		
Réunions de droit d'expression mensuelle	1		
Fonctionnement autour de l'utilisateur	Dossier patient	6	16
	Dossiers de soins pour chaque usager	5	
	Contrat de prestations	1	
	Evaluation des prestations	1	
	Livret d'accueil	1	
	Protocoles de soins écrits pour chaque usager	1	
	Relevés cliniques	1	

Les modalités d'organisation mises en œuvre par les services s'articulent autour :

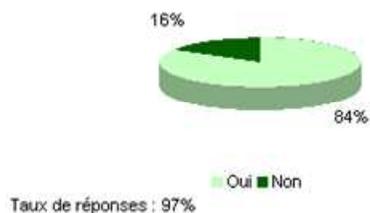
- de l'organisation interne de l'équipe,
- des interventions auprès des usagers.

IV – Mode de fonctionnement du service

<p><i>Tous les services sont ouverts 365 jours par an</i></p>	<p>Amplitude horaire de fonctionnement par jour en semaine</p>  <p>Taux de réponses : 100%</p>	<p>Les SSIAD fonctionnent 365 jours par an ; pour 70 % d'entre eux à raison de plus de 10 heures d'ouverture par jour en semaine, comme les samedi et dimanche.</p>
<p><i>Les services sont ouverts le samedi</i></p>	<p>Amplitude horaire de fonctionnement le samedi</p>  <p>Taux de réponses : 100%</p>	
<p><i>Les services sont ouverts les dimanches et jours fériés</i></p>	<p>Amplitude horaire de fonctionnement les dimanches et jours fériés</p>  <p>Taux de réponses : 100%</p>	
<p><i>Les services ne ferment pas à certaines périodes de l'année</i></p>		

IV – Mode de fonctionnement du service

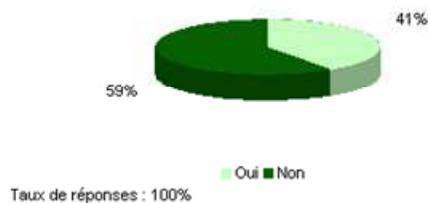
Une permanence de
l'accompagnement et des soins est-
elle assurée ?



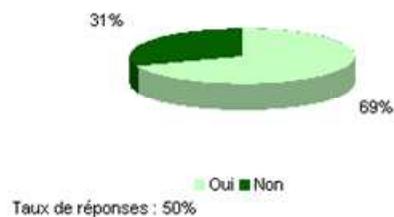
Si oui, précisez selon quelles
modalités

Modalités de permanence de l'accompagnement et des soins		Nombre d'occurrences	Sous totaux
Permanence organisée en interne	Astreintes	10	14
	Permanence téléphonique	4	
Permanence en liaison avec des professionnels de l'extérieur	Conventionnement avec des professionnels libéraux	9	14
	Partenariat avec SSIAD	3	
	Conventionnement avec l'établissement de santé de secteur	1	
	Répondeur téléphonique redirigeant vers le médecin généraliste	1	

Le service est-il chargé d'assurer la coordination des interventions des services et professionnels auprès de la personne ?



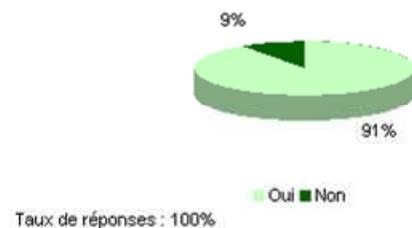
Si non, participe-t-il à leur coordination ?



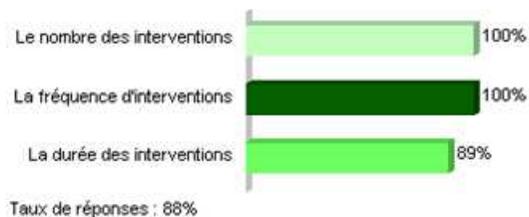
La quasi-totalité des SSIAD assure une permanence de l'accompagnement et des soins.

IV – Mode de fonctionnement du service

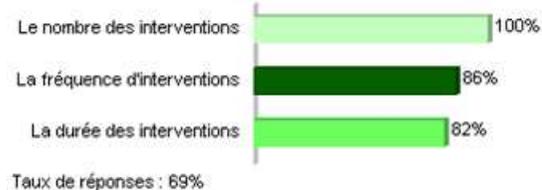
Un système de recueil informatisé des données d'activité a-t-il été mis en place pour le service ?



Si oui, permet-il de connaître pour chaque usager :



Si oui, permet-il de connaître pour chaque professionnel du service :



La quasi-totalité des SSIAD a mis en place un système de recueil informatisé des données d'activité du service, par usager et par professionnel.

IV – Mode de fonctionnement du service

Permet t-il de connaître d'autres informations ?

Autres informations	Nombre d'occurrences	Total
Rapport d'activité	7	53
Données médicales	6	
Données sociales	5	
Intervenants extérieurs	4	
Pathologie	4	
Données administratives	3	
Nature des soins	3	
Prise en charge du patient	3	
Données budgétaires	2	
Grille A GIR	2	
Kilométrage des déplacements	2	
Le coût des soins	2	
Liste d'attente	2	
Nombre de forfaits	2	
Actes des infirmiers libéraux	1	
Incidents rencontrés	1	
Indicateur de charge en soins	1	
La moyenne d'âge des personnes	1	
Nombre de refus annuel	1	
Degré d'autonomie	1	

IV – Mode de fonctionnement du service

Nombre moyen d'interventions hebdomadaires par usager
par taille de structure

Taille de structure en nombre de places installées	Moyenne	Minimum	Maximum	Nombre de réponses
Moins de 10 places	9,4	5	15	13
de 10 à moins de 20 places	9	4	14	9
de 20 à moins de 30 places	8	7	10	3

Nombre moyen d'interventions journalières par usager
par taille de structure

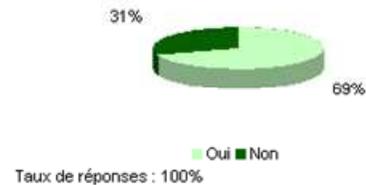
Taille de structure en nombre de places installées	Moyenne	Minimum	Maximum	Nombre de réponses
Moins de 10 places	1,47	1	2	15
de 10 à moins de 20 places	1,4	1	2	9
de 20 à moins de 30 places	1,5	1	3	4

Les SSIAD assurent en moyenne 8 à 9 interventions par semaine et par usager.

Ils réalisent en moyenne 1,5 interventions (soit 1 à 2 interventions) par jour auprès de chaque personne.

IV – Mode de fonctionnement du service

Le service utilise-t-il des moyens d'information et de communication pour se faire connaître ?



Moyens de communication utilisés auprès des professionnels	Nombre d'occurrences	Total
Flaquette	12	44
Rencontre avec les partenaires	8	
Rencontre	6	
CLIC	3	
Site Internet	3	
Livret d'accueil	2	
Participation aux instances communales ou départementales.	2	
Presse	2	
Affiches	1	
Annuaire spécifique	1	
Consultation de médecins	1	
Contact téléphonique	1	
Pages jaunes	1	
Participation aux réseaux	1	

Moyens de communication utilisés auprès des professionnels	Nombre d'occurrences	Total
Flaquette	15	47
Livret d'accueil	5	
Presse	5	
Site Internet	4	
CLIC	3	
Assemblée Générale	2	
Visite à domicile	2	
« bouche à oreille »	1	
Annuaire téléphonique	1	
Cartes de visite	1	
Conseil de la Vie Sociale	1	
Contrat de séjour	1	
Forum des associations	1	
Information en services de soins	1	
Information par l'intermédiaire des partenaires	1	
Règlement de fonctionnement	1	
Revue mutualiste	1	
Véhicules identifiés SSIAD	1	

Deux tiers des SSIAD utilisent des moyens de communication pour se faire connaître, auprès des usagers et auprès des professionnels.

IV – Mode de fonctionnement du service

Les partenariats et les modalités de liaisons des services

• **Avec les établissements de santé :**

Les liaisons portent principalement sur l'organisation des hospitalisations et des retours à domicile, sur la gestion des situations d'urgence et de crise, sur la coordination des relais avec l'hospitalisation à domicile. Le partenariat se traduit également par la mise en œuvre de formations communes. Les liaisons peuvent être formalisées sur la base de conventions, de fiches de liaisons ou de protocoles et de rencontres régulières entre les équipes.

extraits des réponses aux questions ouvertes :

« organisation du retour à domicile », « relations lors des entrées / sorties » « gestion de l'urgence »
« formations communes entre les professionnels », « formation sur des techniques de soin »

• **Avec les structures médico-sociales :**

Les liaisons concernent également la gestion des situations d'urgence et de crise, ainsi que la complémentarité des interventions auprès de la personne. Elles sont plus rarement formalisées, à travers notamment des fiches de liaison.

extraits des réponses aux questions ouvertes :

« complémentarité de la réponse SSIAD », « conseil auprès de la MDPH », « gestion des situations d'urgence et de crise avec la MAS », « relais avec l'accueil temporaire »

• **Avec les professionnels libéraux :**

Les liaisons sont développées avec les médecins prescripteurs de l'intervention des SSIAD et avec les professionnels de santé intervenant (IDE, pédicures) sous la forme de conventions et à travers les dossiers individuels de soins.

extraits des réponses aux questions ouvertes :

« suivi médical des usagers », « collaboration pour l'organisation des soins », « permanence des soins »

• **Avec les dispositifs et services sociaux :**

Des liaisons sont mises en œuvre ponctuellement avec les CCAS, les services sociaux des départements, les CLIC, en particulier pour la gestion de situations d'urgence. Un partenariat est parfois développé avec les MDPH dans le cadre de l'évaluation individuelle.

extraits des réponses aux questions ouvertes :

« participation aux réseaux : CLIC... », « mise à disposition de personnel pour l'évaluation individuelle auprès de la MDPH », « CCAS pour aides financières et sociale »

• **Avec les associations d'usagers et de familles :**

Les associations d'usagers et de familles participent aux instances. Elles sont également associées au partage d'informations.

extraits des réponses aux questions ouvertes :

« conseil de la vie sociale », « accueil de familles », « partage d'informations », « CODERPA et associations »

Le rapport présente une synthèse des réponses aux questions ouvertes.

V. Avancées, difficultés et perspectives

V – Avancées, Difficultés et Perspectives

Les améliorations constatées depuis l'ouverture des SSIAD

• **Pour les usagers :**

Les améliorations constatées pour les usagers, liées à la mise en place des SSIAD pour adultes handicapés, portent sur :

- l'amélioration de la continuité des soins et la diminution des situations de rupture par la prévention des hospitalisations;
 - une coordination accrue des interventions à domicile, y compris des professionnels libéraux ;
- un renforcement du soutien aux aidants et à l'entourage des personnes.

extraits des réponses aux questions ouvertes :

« meilleure évaluation des besoins », « retour à domicile possible », « peu d'hospitalisations », « structuration d'une réponse pour les situations lourdes », « liens avec les aidants »

• **Pour les partenaires :**

Reconnaissance progressive du rôle et de la place des SSIAD pour personnes handicapées.

extraits des réponses aux questions ouvertes :

« clarification des rôles des intervenants », « complémentarité des approches des professionnels », « coordination des interventions », « meilleure connaissance mutuelle »

• **En terme d'organisation des services :**

Les améliorations dans l'organisation des services concernent la structuration des outils, supports et procédures d'organisation et de coordination au sein des équipes.

S'agissant des services créés à partir de SSIAD pour personnes âgées, il est souvent constaté pour les équipes une acquisition de compétences nouvelles et la prise en compte d'autres attentes de la part des usagers.

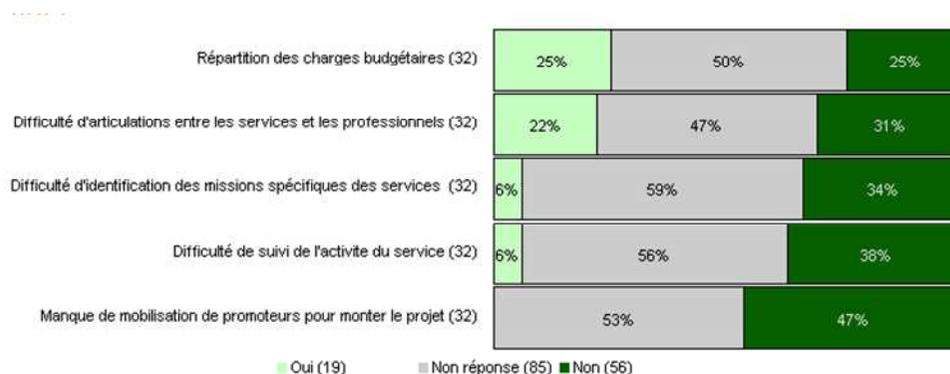
extraits des réponses aux questions ouvertes :

« développement d'outils et de supports », « meilleure connaissance du handicap, acquisition d'un savoir-faire », « organisation de la prise en charge pour les week-end »

*Le rapport
présente une
synthèse des
réponses aux
questions
ouvertes.*

V – Avancées, Difficultés et Perspectives

Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre, l'installation et le fonctionnement des services par les décideurs locaux



Les « réponses » mises en œuvre par les décideurs locaux

➤ En réponse aux difficultés d'articulations entre les services intervenants auprès de la personne, des actions spécifiques d'appui et d'accompagnement ont été mises en œuvre dans certains départements sous la forme d'échanges et de concertation entre les acteurs, en particulier dans le cadre des travaux des schémas départementaux.

➤ S'agissant de la ventilation des charges entre les budgets des SSIAD personnes âgées / personnes handicapées, la répartition en 2 budgets distincts constitue un cadre rigide qui souvent ne correspond pas à la réalité du fonctionnement.

En l'absence de comptabilité analytique certaines DDASS appliquent une clé de répartition sur la base du nombre de places installées ou de l'activité. En outre, le coût à la place alloué pour les SSIAD personnes handicapées est jugé insuffisant par certains gestionnaires.

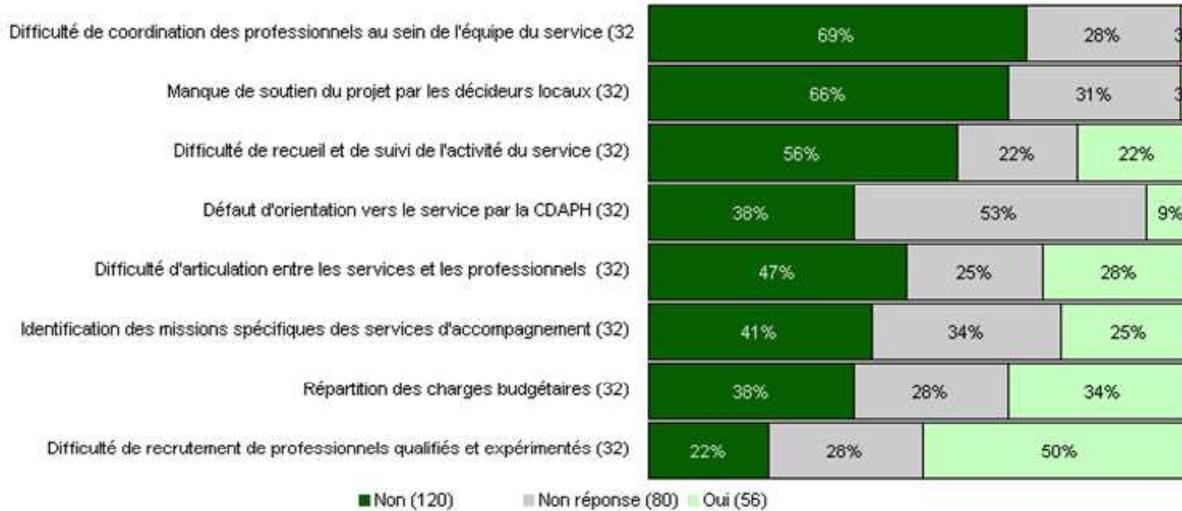
Les principales difficultés rencontrées par les décideurs locaux sont les suivantes :

- Difficulté d'articulations entre les services et les professionnels intervenant auprès de la personne.

- Répartition des charges entre les budgets des SSIAD personnes âgées / personnes handicapées.

V – Avancées, Difficultés et Perspectives

**Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre, l'installation et le fonctionnement des services
par les porteurs de projet**



Les « réponses » mises en œuvre par les porteurs de projets

- En réponse aux difficultés de recrutement de personnels (aides-soignants principalement), certains SSIAD ont développé des liens avec les IFSI, avec l'ANPE ou le GRETA. Le recours à l'intérim est également noté.
- Les difficultés d'articulations concernent notamment les professionnels libéraux, ainsi que la coordination des professionnels au sein des équipes.

Les principales difficultés auxquelles les porteurs de projets ont été confrontés sont les suivantes :

- Difficulté de recrutement de professionnels qualifiés et expérimentés.

- Répartition des charges entre les budgets des SSIAD personnes âgées / personnes handicapées (cf. supra).

- Difficulté d'articulations entre les services et les professionnels intervenant auprès de la personne.

V – Avancées, Difficultés et Perspectives

Propositions d'améliorations formulées et besoins d'appui

(propositions formulées par les décideurs locaux et par les gestionnaires des services)

- La mise en place d'une coordination ou d'une liaison avec les MDPH est souhaitée, en particulier pour l'évaluation individuelle des besoins des personnes, mais également
- Une diversification des compétences des équipes (psychologues) et l'amélioration de la formation des personnels sur les handicaps est notée.
- Sont également identifiés des besoins d'échanges d'expériences et de pratiques entre les SSIAD sur les procédures et outils d'organisation et de coordination des équipes, ainsi que sur les modalités de la communication et de liaison avec les partenaires.
- Des demandes d'adaptation de la tarification aux personnes handicapées sont formulées.

*Le rapport
présente une
synthèse des
réponses aux
questions
ouvertes.*

**Suivi qualitatif du développement
des services d'accompagnement médico-social
pour adultes handicapés :
SAMSAH et SSIAD**

- PARTIE 2 : Journée de travail et d'échanges -

**Suivi qualitatif du développement des services d'accompagnement
médico-social pour les adultes handicapés : SAMSAH et SSIAD**

JOURNEE DE TRAVAIL ET D'ECHANGES

Jeudi 31 janvier 2008

- COMPTE-RENDU -

Contexte

En réponse aux orientations nationales en faveur de la diversification de l'offre d'accompagnement et la mise en œuvre du plan personnalisé de compensation, les services médico-sociaux d'accompagnement et de soins pour les adultes handicapés, dont la définition juridique est récente (décret du 25 juin 2004 relatif aux SSIAD, décret du 11 mars 2005 relatif aux SAVS et SAMSAH), connaissent un développement encore lent et inégal selon les territoires. Ils s'ajoutent aux services d'aide à la vie sociale développés par les Conseils généraux ainsi qu'aux autres aides humaines.

Dans le cadre de la mission de suivi de la réalisation des plans et programmes nationaux financés par l'OGD médico-social, de prévision des besoins de financement à 4 ans, et en appui au processus PRIAC, la CNSA a engagé avec la DGAS /SD3 une enquête de suivi qualitatif du développement de ces nouveaux services : services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

Objectifs stratégiques

L'objectif de ces travaux est d'accompagner le développement des services d'accompagnement médico-social pour les adultes handicapés, de façon équilibrée sur le territoire national, en éclairant les décideurs locaux – Préfets, Services déconcentrés, Conseils généraux – sur les modalités d'organisation et de fonctionnement de ces services, ainsi que sur les difficultés identifiées et les leviers de développement, afin de leur permettre d'apporter une aide aux porteurs de projets. Les constats ainsi établis pourront donner lieu à la définition de pistes de travail complémentaires, portant sur des thématiques spécifiques et impliquant d'autres acteurs.

Objectifs de la Journée de restitution et d'échanges

1. Porter à la connaissance des acteurs les résultats de l'enquête menée afin de valider les constats partagés et amender les conclusions, avant la diffusion du rapport.
2. A partir des apports de connaissance et des expériences des acteurs, identifier les leviers de développement, les points de vigilance et les modalités d'accompagnement à renforcer collectivement pour favoriser un déploiement des services de façon homogène sur le territoire.

DÉROULEMENT DE LA JOURNÉE

Accueil et présentation du déroulement de la journée

Evelyne SYLVAIN, directrice des établissements et services médico-sociaux – CNSA

Eléments de cadrage juridiques sur les services médico-sociaux pour adultes handicapés

Thierry BOULISSIERE, chef du bureau des adultes handicapés – Direction Générale de l'Action Sociale

Etat des lieux et évolution de l'offre de services médico-sociaux pour adultes handicapés

Evelyne SYLVAIN, directrice des établissements et services médico-sociaux – CNSA

Rappel des objectifs et de la méthodologie de l'enquête de suivi qualitatif du développement des SAMSAH et des SSIAD pour personnes handicapées

Catherine MORIN pôle programmation de l'offre – Direction des établissements et services – CNSA

Présentation des résultats de l'enquête de suivi qualitatif du développement des SAMSAH et SSIAD handicap

Catherine MORIN pôle programmation de l'offre – Direction des établissements et services – CNSA
Dr Anne KIEFFER, médecin expert – Direction de la Compensation – CNSA

Echanges avec les participants pour aboutir aux :

- Constats partagés
- Conclusions à amender

Enseignements des travaux menés sur les SAMSAH en Ile-de-France

Jean-Yves BARREYRE, directeur de la délégation du CREAI Ile-de-France

Conditions d'orientation des personnes vers les SAVS et les SAMSAH

Jean-Loup RIOU, directeur du pôle adultes – MDPH de Seine-Maritime

- Atelier A : Place et rôle des services dans l'organisation de l'évaluation individuelle au niveau territorial.

Rapporteur : **Sandrine CREVON, directrice du SAMSAH APF Seine-Maritime**

- Atelier B : Contenu de l'accompagnement et moyens en termes de pluridisciplinarité, de relais et de liaisons, au regard des missions des services.

Rapporteur : **Johan PRIOU, directeur URIPOSS Centre**

Restitutions des ateliers et conclusions de la journée.

1. Eléments de cadrage juridique sur les services médico-sociaux pour adultes handicapés

Thierry BOULISSIERE, chef du bureau des adultes handicapés – Direction Générale de l'Action Sociale



1. Eléments de cadrage juridique sur les services médico-sociaux pour adultes handicapés

11

Une définition juridique récente

- Les services d'accompagnement en milieu ouvert, médicalisés ou non, trouvent leur base légale dans l'article L.312.1-7 du Code de l'action sociale et des familles : loi du 2 janvier 2002.
- Les conditions d'organisation et de fonctionnement sont définies par les décrets du 25 juin 2004 (SSIAD) et du 11 mars 2005 (SAVS et SAMSAH).

4

1

Les services infirmiers de soins à domicile (SSIAD)

Décret du 25 juin 2004 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement

- Public : personnes âgées dépendantes, mais également personnes adultes handicapées de moins de 60 ans. Auparavant : dérogation pour les moins de 60 ans par les caisses d'assurance maladie.
- Prestations : soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels. Interventions à domicile ou dans des établissements d'hébergement pour adultes handicapés.
- Equipe: infirmiers, aides-soignants et aides médico-psychologiques + pédicures-podologues, ergothérapeutes ou psychologues en tant que de besoin.
L'organisation des interventions est assurée par un infirmier coordinateur salarié. Les infirmiers et pédicures-podologues libéraux peuvent exercer au sein d'un SSIAD, dans le cadre d'une convention.
- Sur prescription médicale.
- Autorisation et mode de financement : autorisation par le Préfet de département et financement par l'assurance-maladie sous forme de dotation globale (tarification préfet).

5

1

Les services d'aide à la vie sociale (SAVS) et d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

Décret du 11 mars 2005 relatif aux SAVS et SAMSAH

- Public : personnes adultes handicapées (sans limite d'âge)
- Missions des SAVS : assistance et accompagnement dans tout ou partie des actes de l'existence et accompagnement social en milieu ouvert, pour favoriser le maintien ou la restauration des liens sociaux, dans le milieu familial, universitaire ou professionnel, en facilitant l'accès aux services offerts par la collectivité. Les SAMSAH intègrent en sus une dimension thérapeutique à travers des prestations de soins.
- Equipe pluridisciplinaire, adaptée en fonction des besoins des personnes : assistantes sociales, AMP, psychologues, éducateurs... Les SAMSAH comprennent, en outre, des auxiliaires médicaux, aides-soignants et un médecin (au sein du service ou associé).
- Sur décision de la Commission départementale des droits et de l'autonomie.
- Autorisation et mode de financement des SAMSAH :
 - un tarif journalier « accompagnement à la vie sociale » (tarification PCG)
 - un forfait annuel global de soins (tarification Préfet) : recette atténuative du budget du service, encadré par un forfait journalier soins « plafond » fixé par arrêté ministériel.

6

1

2. Etat des lieux et évolution de l'offre de services médico-sociaux pour adultes handicapés

Evelyne SYLVAIN, directrice des établissements et services médico-sociaux – CNSA



2. Etat du développement de l'offre de services médico-sociaux pour adultes handicapés

Le développement de l'offre de services médico-sociaux pour adultes handicapés

- **Un enjeu de diversification et d'adaptation de l'offre d'équipement pour les personnes handicapées**
- nombre de places financées (sur la période 2005-2007) :
6 400 places de SAMSAH et SSIAD handicap
dont 1 900 places de SAMSAH dédiées au handicap psychique (dans le cadre du plan psychiatrie et santé mentale)
- effort sur l'OGD médico-social : 87,4 M€ (sur 3 ans)
à ces crédits, s'ajoutent les moyens mobilisés par les conseils généraux pour le co-financement des SAMSAH

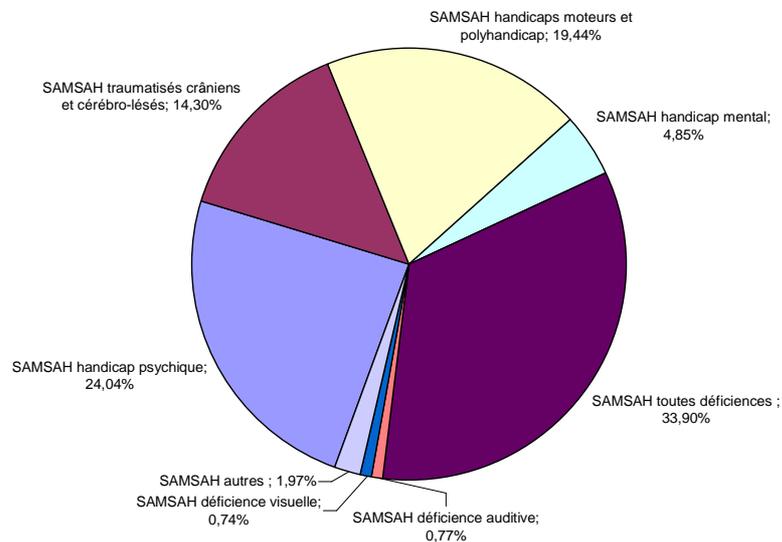
8

L'état du développement de l'offre de services au 1.1.2008

- En mesure physique : 6 547 places autorisées de SAMSAH et SSIAD
(source : FINESS au 1.1.08)
 - SSIAD PH : 2 632 places
 - SAMSAH : 3 915 places (tous publics confondus)
 - SAVS : 24 586 places (source FINESS)
- En mesure financière :
(Source : SNIRAM)
 - décaissements assurance-maladie pour les SAMSAH : 26 635 000 € en 2007
(à ces crédits, s'ajoutent les moyens mobilisés par les conseils généraux)

9

Répartition des places de SAMSAH selon les publics (en autorisation)

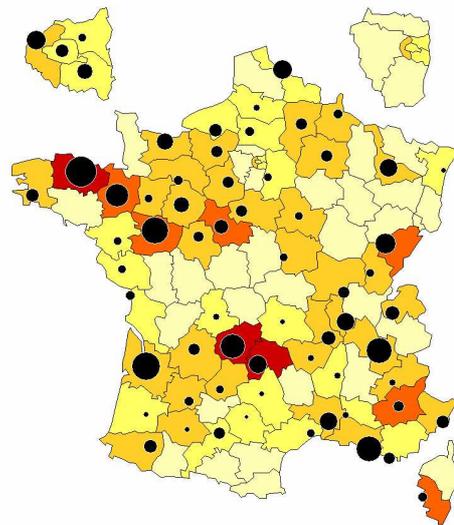


Source : FINESS – places autorisées au 1.1.2008

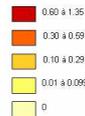
10

SAMSAH : un déploiement encore inégal selon les territoires

Nombre de places de SAMSAH autorisées en 2008 pour 1000 adultes



Nombre de places autorisées pour 1 000 adultes



Nombre de places autorisées par département



Lecture de la carte :
Les couleurs correspondent au taux d'équipement par département et les points représentent le nombre de places autorisées.

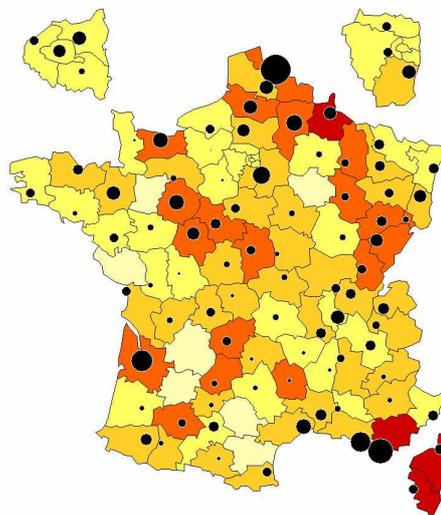
Source : FINESS – places autorisées au 1.1.2008

Fait avec Phigaro - <http://perso.club-internet.fr/philgao> (discrétisation 1,2,3)
Christine RUDZ

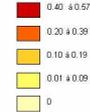
11

SSIAD PH : un déploiement dans d'autres départements

Nombre de places de SSIAD PH autorisées en 2008 pour 1000 adultes



Nombre de places autorisées pour 1 000 adultes



Nombre de places autorisées par département



Lecture de la carte :
Les couleurs correspondent au taux d'équipement par département et les points représentent le nombre de places autorisées.

Source : FINESS – places autorisées au 1.1.2008

Fait avec Phigaro - <http://perso.club-internet.fr/philgao> (discrétisation 1,2,3)
Christine RUDZ

12

Les perspectives

➤ **Une programmation encore timide au niveau régional :**

Programmation des PRIAC - 2008-2011

3.900 places de SAMSAH
3.920 places de SSIAD handicap } en prévisionnel sur 4 ans

➤ **Une orientation nationale forte :**

– **PLFSS 2008 (ONDAM médico-social / ODG) :**

2 100 places de SAMSAH et SSIAD handicap

13

3. Enquête de suivi qualitatif du développement des SAMSAH et SSIAD handicap : objectifs, méthodologie et résultats

*Catherine MORIN, pôle programmation de l'offre – Direction des établissements et services – CNSA
Dr Anne KIEFFER, médecin expert – Direction de la Compensation – CNSA*



Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

3. suivi qualitatif du développement des SAMSAH et SSIAD handicap : premières conclusions

Objectifs du suivi qualitatif du développement des services médico-sociaux pour adultes handicapés

- ↪ Travaux menés par la CNSA, avec la DGAS /SD3, dans le cadre de sa mission de suivi de la réalisation des plans et programmes nationaux financés par l'OGD médico-social, et en appui au processus PRIAC :
- Favoriser le développement des services d'accompagnement médico-social pour les adultes handicapés, de façon équilibrée sur le territoire national,
- Eclairer les décideurs locaux – Préfets, Services déconcentrés, Conseils généraux – sur les modalités d'organisation et de fonctionnement des services, ainsi que sur les difficultés identifiées et les leviers de développement, afin de leur permettre d'apporter une aide aux porteurs de projets.

15

Une démarche concertée

- 1^{ère} phase : recueil d'informations au moyen d'une enquête sur un échantillon de SAMSAH et SSIAD en fonctionnement :
2^{ème} semestre 2007,
- 2^{ème} phase : Journée de restitution et de travail - 31 janvier 2008 avec des décideurs locaux (DRASS, DDASS, conseils généraux), MDPH, responsables de services, gestionnaires (UNA, UNIOPSS), usagers et familles (AFTC, UNAFAM, UNAPEI, APF), CREA
 - Porter à la connaissance des acteurs les résultats de l'enquête menée ⇒ validation des résultats avec des commentaires sur certains constats
 - A partir des apports de connaissance et des expériences des acteurs, identifier les leviers de développement, les points de vigilance et les modalités d'accompagnement à renforcer collectivement pour favoriser un déploiement des services de façon homogène sur le territoire.

16

Méthodologie de l'enquête

- Sur un échantillon de 65 services en fonctionnement : 32 SAMSAH et 33 SSIAD ou SPASAD, répartis dans 19 régions et 46 départements.
 - Recueil des informations : questionnaire construit avec l'appui de documents (rapports CROSMS, questionnaires d'enquêtes ...), à renseigner par les DDASS en liaison avec les gestionnaires des services et, pour ce qui concerne les services à double autorisation et tarification, avec les services du Conseil général.
- 62 questionnaires ont été remontés, dont 30 SAMSAH et 32 SSIAD
- Questionnaires renseignés par le gestionnaire ou responsable du service avec la DDASS. Pour 40 % des SAMSAH, le questionnaire a également été renseigné par le conseil général.

17

I. Résultats de l'enquête

- Présentation de la synthèse des 2 rapports portant sur :
30 SAMSAH et 32 SSIAD
- La présentation des résultats tient compte des commentaires formulés par les acteurs lors de la journée de travail du 31-01-08
- en 5 axes :
- 1/ Gestionnaires, publics, capacités
 - 2/ Missions, personnels, activité
 - 3/ Structure budgétaire
 - 4/ Mode de fonctionnement
 - 5/ Avancées, difficultés et perspectives
- Pour chacun des axes :
- ✓ Constats communs à l'ensemble des services
 - ✓ Constats différenciés entre SAMSAH / SSIAD
 - ✓ Spécificités des SAMSAH spécialisés :
 - handicap psychique
 - handicap moteur, polyhandicap, traumatisés crâniens

18

1. Gestionnaires, publics, capacités

- La plupart des gestionnaires des services sont des associations qui sont majoritairement présentes :
 - dans le champ du handicap pour ce qui concerne les SAMSAH,
 - dans le champ des personnes âgées pour les SSIAD.
- Les services ont principalement été créés à partir d'une structure déjà existante, mais rarement par transformation de places.
La majorité des services sont adossés à un autre établissement et service pour son fonctionnement :
 - 81 % des SSIAD (il s'agit notamment de SSIAD personnes âgées)
 - 53 % des SAMSAH

19

2. Missions, personnels et activité

- La plupart des SSIAD ne sont pas spécialisés en direction d'un public, seuls 10 % s'adressent à un public spécifique (handicap moteur, handicaps sensoriels)
- Deux tiers des SAMSAH sont spécialisés en direction d'un public
2 grandes catégories identifiées :
 - le handicap psychique,
 - le handicap moteur, le polyhandicap et les traumatisés crâniens et cérébro-lésés.
- Près de la moitié des SAMSAH posent des conditions d'accès en terme d'âge : le décret du 11/03/2005 ne fixe pas de limite d'âge pour l'accompagnement des adultes handicapés

Les services non spécialisés accompagnent le plus souvent des personnes en situation de handicap mental.

20

2. Missions, personnels et activité

Les principales missions assurées en terme de temps de personnel mobilisé sont :

- ✓ Le soin et l'accompagnement médical et paramédical
- ✓ L'évaluation des besoins et des capacités d'autonomie
- ✓ L'assistance pour tout ou partie des actes essentiels
- ✓ L'aide et l'accompagnement à la vie sociale : pour les SAMSAH

- La coordination a été identifiée parmi les missions principales

- L'aide aux aidants familiaux est assurée par :

- 77 % des SAMSAH
- 47 % des SSIAD

SAMSAH - Coordination de la mise en œuvre du plan de compensation : coordonner les interventions des professionnels auprès de la personne pour assurer la continuité du soin et de l'accompagnement.
SSIAD : coordination des interventions dans le champ du soin

- L'accompagnement à l'insertion professionnelle est assurée par deux tiers des SAMSAH de façon différenciée selon les publics :
 - 52 % des SAMSAH pour handicap moteur, polyhandicap, traumatisés crâniens et cérébro-lésés
 - 86 % des SAMSAH pour handicap psychique

Mais reste modeste en terme de mobilisation de temps de personnel.

21

2. Missions, personnels et activité

- La direction des services est assurée :
 - par un cadre de santé ou infirmier pour la plupart des SSIAD
 - par un cadre de direction pour une majorité de SAMSAH
- La plupart des services disposent de personnels mutualisés avec d'autres établissements ou services gérés par le même organisme (personnels administratifs, professionnels médicaux et paramédicaux).
- Le recours régulier à des professionnels libéraux dans le cadre du fonctionnement des services concerne :
 - la plupart des SSIAD (IDE, pédicures-podologues)
 - 33 % des SAMSAH (kiné, orthophonistes, infirmiers, médecins)
Leur intervention est formalisée (convention).
- 37 % des SAMSAH bénéficient de personnels mis à disposition par d'autres établissements et services, avec contrepartie financière (établissements de santé) : notamment les SAMSAH pour handicap psychique en liaison avec les équipes de psychiatrie.

22

2. Missions, personnels et activité

- Les personnels des SSIAD :

Les données sur les effectifs sont des moyennes qui ne reflètent pas la diversité des services ; elles ne doivent pas être considérées comme des normes.

- 70 % de personnels paramédicaux en moyenne

Il convient d'y ajouter les personnels de soin qui assurent la direction ou la coordination des SSIAD (7,4% des effectifs).

- Des effectifs paramédicaux composés majoritairement d'aides-soignants, aides médico-psychologiques et infirmiers

- Pas de médecin au sein des SSIAD

- 16 % des SSIAD disposent aussi de temps de psychologues et ergothérapeutes

- Taux d'encadrement par place : 0,27 ETP (tous effectifs confondus)

23

1

2. Missions, personnels et activité

- Les personnels des SAMSAH : des équipes pluridisciplinaires

- En moyenne : (avec des écarts importants entre les services)

- 51 % de personnels médicaux et paramédicaux
- 25 % de personnels socio-éducatifs (aux. de vie sociale, éducateurs)
- 16 % de personnels administratifs et services généraux

- Taux d'encadrement par place : 0,42 ETP (tous effectifs confondus)

- Personnels médicaux et paramédicaux :

- effectifs composés principalement d'aides-soignants, AMP, IDE
- mais aussi des médecins, ergothérapeutes, psychologues présents dans la plupart des SAMSAH.
- Financement sur le forfait soins

- Personnels socio-éducatifs :

- Effectifs composés d'assistantes sociales, d'éducateurs et moniteurs.
- 25 % des services comprennent des auxiliaires de vie sociale.
- Financement sur la tarification des conseils généraux

24

11

2. Missions, personnels et activité

- Les personnels des SAMSAH : des équipes pluridisciplinaires
 - Des effectifs différenciés selon les publics :
 - En terme de répartition par qualification des personnels :
 - la part des personnels médicaux et paramédicaux est plus élevée dans les SAMSAH pour handicap moteur, polyhandicap, traumatisés crâniens et cérébro-lésés (60 %),
 - les SAMSAH pour handicap psychique comportent davantage de personnels socio-éducatifs (34 %).
 - En terme d'encadrement (tous effectifs confondus) :
 - des effectifs plus élevés dans les SAMSAH pour handicap moteur, polyhandicap, traumatisés crâniens et cérébro-lésés (taux d'encadrement : 0,45 ETP par place)

25

2. Missions, personnels et activité

- Activité des SAMSAH :
 - capacité moyenne de 26,75 places par service (dans l'échantillon)
 - file active (nombre de personnes accompagnées au cours de l'année) : 29,5 personnes par service (médiane), avec des écarts selon le type de fonctionnement
 - 2 types de fonctionnement sont identifiés :
 - 60 % des SAMSAH sont ouverts 5 jours par semaine : ils assurent 1 à 2 interventions hebdomadaires par usager
 - 40 % des SAMSAH sont ouverts 7 jours par semaine : ils assurent 10 à 20 interventions hebdomadaires par usager
- Activité des SSIAD :
 - capacité moyenne de 11,5 places pour personnes handicapées (échantillon)
 - file active (nombre de personnes accompagnées au cours de l'année) : 17 personnes par service (médiane)
 - fonctionnement : 365 jours/an ; plus de 10 h par jour pour 70 % des services, y compris les WE et jours fériés

26

11

2. Missions, personnels et activité

- Mode d'intervention des services :
 - La couverture géographique des services est très hétérogène pour les SSIAD (110 000 hab. en moyenne) comme pour les SAMSAH (plus de 300 000 hab. en moyenne).
 - Un quart des SSIAD sont organisés sous forme d'antennes de proximité.
 - Les SSIAD comme les SAMSAH interviennent principalement au domicile des personnes.
Un quart des SAMSAH interviennent dans les lieux de vie ou d'activité des personnes (ESAT, foyers de vie, appartements associatifs...)

27

11

3. Structure budgétaire

- Le coût moyen à la place :
 - Les données sur les coûts sont des moyennes qui ne reflètent pas la diversité des services ; elles ne doivent pas être considérées comme des normes.
 - Pour les SSIAD : 11 850 € / place (capacité moyenne : 11,5 places)
 - dont 1.000 € pour les actes libéraux
 - 550 € pour les frais de transport
 - 690 € pour les dépenses de structure
 - Pour les SAMSAH : 17 535 € / place (capacité moyenne : 26,75 places)
 - dont 600 € pour les actes libéraux
 - 550 € pour les frais de transport
 - 1.860 € pour les dépenses de structure
 - Un coût plus élevé des SAMSAH pour handicap moteur, polyhandicap, traumatisés crâniens et cérébro-lésés, en raison du taux d'encadrement mais aussi des charges de structure : 20 775 €/ pl.
 - dont 750 € pour les actes libéraux
 - 340 € pour les frais de transport
 - 2.210 € pour les dépenses de structure

28

1

3. Structure budgétaire

- La répartition par nature de dépenses :
 - Pour les SSIAD :
 - 82 % pour les dépenses de personnel
 - 12 % pour les dépenses de gestion (dont actes libéraux et transports)
 - 6 % pour les dépenses de structure
 - Pour les SAMSAH :
 - 83 % pour les dépenses de personnel
 - 6 % pour les dépenses de gestion (dont actes libéraux et transports)
 - 11 % pour les dépenses de structure
 - Un poids des charges de structure relativement élevé, lié notamment aux faibles capacités des services : un coût à la place réduit pour les SAMSAH de plus de 20 places
 - Coût moyen du poste : tous effectifs confondus
 - SSIAD : 37 000 €
 - SAMSAH : 42 000 €

29

11

3. Structure budgétaire

- La répartition par financeur et par budget :
 - Pour les SSIAD personnes âgées / personnes handicapées : une répartition des charges au prorata des capacités ou de l'activité
 - Pour les SAMSAH :
 - une répartition des charges entre les conseils généraux et l'assurance-maladie au prorata des effectifs par nature de personnels
 - en moyenne, 64 % des dépenses totales couvertes par le forfait soins
 - pour les SAMSAH handicap psychique, le forfait soins couvre 50 % des dépenses totales
 - Une participation est demandée aux usagers par certains SAMSAH : non prévue par la réglementation

Les dispositions législatives et réglementaires ne permettent pas de facturer la participation des usagers d'un SAMSAH ou SAVS .

30

1

4. Mode de fonctionnement

- Élaboration et suivi du projet individualisé :
 - un protocole d'accueil établi par tous les SAMSAH et la plupart des SSIAD
 - la 1^{ère} évaluation est réalisée par un professionnel paramédical
 - un suivi au moins 1 fois par an et tous les 6 mois pour 2/3 des services
 - des réunions de synthèse associant l'équipe et parfois des intervenants extérieurs (services à domicile, professionnels libéraux, équipes de psychiatrie...)
- Relations avec les usagers et les familles :
 - tous les services indiquent que les usagers sont associés : signature du projet individualisé
 - 1/3 des services ont formalisé les relations avec les familles

31

11

4. Mode de fonctionnement

- Évaluation des situations individuelles avec la MDPH
 - 2 tiers des SAMSAH participent à l'évaluation avec la MDPH
 - mais la coopération n'est formalisée que pour 30 % des SAMSAH à ce stade
 - 16 % des SSIAD participent à l'évaluation avec la MDPH
- Formation des personnels
 - 50 % des SAMSAH et 42 % des SSIAD ont mis en place une formation spécifique à l'ouverture du service : formations théoriques et échanges de pratiques sur les handicaps et/ou sur l'accompagnement des personnes (handicap moteur, traumatismes crâniens, psychoses...).

32

11

4. Mode de fonctionnement

- **Coordination des équipes**
 - Outils : procédures, fiches de poste, réunions de transmission, cahiers de liaison...
 - Procédures et protocoles d'organisation interne
 - 84 % des SSIAD et 60 % des SAMSAH assure la permanence des soins et de l'accompagnement
- **Communication**
 - L'ensemble des SAMSAH et 69 % des SSIAD utilisent des moyens d'information et de communication : auprès des usagers et auprès des professionnels (plaquettes, affiches, journées de rencontre...).

33

17 mars 2008

Centre National de Coordonne pour l'autisme - CNSA

4. Mode de fonctionnement

- **Liaisons et partenariat**
 - avec les établissements de santé et médico-sociaux :
 - gestion des situations d'urgence, relais pour sorties et retours à domicile, séjours de répit
 - coopérations : 50 % des SAMSAH et 20 % des SSIAD ont recours aux plateaux techniques d'établissements de santé ou médico-sociaux (balnéo, salle snoezelen...)
 - avec les services d'aide à la personne et professionnels libéraux :
 - coordination des interventions auprès des personnes, notamment pour assurer la permanence des soins
 - 73 % des SAMSAH et 41 % des SSIAD sont chargés d'assurer la coordination des interventions des services et professionnels au domicile des personnes
 - avec les MDPH : coopérations pour l'évaluation individuelle et le suivi
 - avec les associations d'usagers et de familles : participation aux instances de l'organisme gestionnaire (CA) ; actions d'information, de sensibilisation.

34

1

5. Avancées, difficultés et perspectives

- Les améliorations constatées depuis l'ouverture des services

- pour les usagers :

- ✓ continuité des soins et coordination accrue des interventions des acteurs au domicile,
- ✓ rupture de l'isolement des personnes, aide à la participation sociale soutien aux aidants
 - ➡ diminution des hospitalisations (à quantifier)

- pour les partenaires :

- ✓ reconnaissance progressive du rôle et de la place des SSIAD et des SAMSAH en matière d'accompagnement des personnes et de coordination des acteurs

35

1

5. Avancées, difficultés et perspectives

- Les difficultés identifiées

- ✓ Par les décideurs locaux (DDASS, Conseils généraux) :

- Définition des missions spécifiques des SAMSAH
- Défaut d'articulations entre les services et les professionnels intervenant auprès de la personne
- Ventilation des charges entre les financeurs et entre budgets (PA-PH)

- Réponses mises en œuvre :

- Échanges et concertations associant les acteurs des champs sanitaire, social et médico-social : dans le cadre des travaux des schémas
- Groupes de travail avec les MDPH
- Répartition de l'allocation budgétaire au prorata des effectifs (SAMSAH) ou des capacités (SSIAD) : application de clés de répartition

36

1

- Les difficultés rencontrées

- ✓ Par les porteurs de projets :

- Difficulté de recrutement de professionnels qualifiés et expérimentés
- Difficulté de définition des missions spécifiques des SAMSAH
- Défaut d'articulations entre les services et les professionnels intervenant auprès de la personne
- Défaut ou délais d'orientations vers les services par la MDPH (SAMSAH)

- Réponses mises en œuvre :

- Face aux difficultés de recrutement : partenariats avec IRTS, ANPE ; mis en place de formations internes ; mutualisation de personnels et mise à disposition
- Information et communication auprès des partenaires
- Définition et clarification des missions de chacun des acteurs ; conditions d'orientation par la MDPH (SAMSAH)
- Mise en place de protocoles et fiches de liaison avec les établissements de santé, les professionnels libéraux

37

1

- Les propositions d'améliorations et besoins d'appui
(exprimées par les décideurs locaux et les porteurs de projets)

- Clarification des missions des services :

- Pluridisciplinarité, liaisons et relais

- soins, accompagnement (insertion professionnelle...), soutien des aidants
- coordination des interventions à domicile
- participation à l'évaluation des situations individuelles

- Modes de tarification :

- dotation globale, suivi de l'activité

Le mécanisme du prix de journée globalisé permet de lisser les variations d'activité (art. R.314-115 du CASF), en contrepartie du suivi de l'activité

- Besoins d'échanges d'expériences et de pratiques :

- sur la coordination des équipes et avec les partenaires
- sur l'accompagnement des handicaps spécifiques

38

1

4. Discussion sur les constats de l'enquête et apports complémentaires à partir des travaux locaux

En réaction aux résultats de l'enquête communiqués, Jean-Yves BARREYRE, directeur de la délégation du CREAI Ile-de-France, complète l'analyse à partir des travaux existants (notamment les travaux menés par le CREAI IDF : étude sur le SAMSAH La Gabrielle-77, accompagnement du volet handicap psychique du schéma -94 ...):

Il propose une définition de l'accompagnement médico-social :

« Un travail discret d'interprétariat des positions logiques des parties prenantes dans la situation des personnes accompagnées et un travail méthodologique de concordance possible entre d'une part les attentes et les besoins avérés d'une personne et les ressources existantes ou potentielles sur le territoire de vie ».

et dégage quatre propositions orientations : (« qui n'ont aucune ambition d'épuiser la question »)

➤ **Un dispositif « à géométrie variable »** : qui épouse la configuration des ressources sur un territoire pour y apporter (ou pour susciter en creux la création) ce qui manque en matière de réponses diversifiées : l'étude des projets SAMSAH en CROSMS devrait prendre en compte ce critère discriminant. La question de l'ouverture « complémentaire » aux ouvertures des autres services à disposition sur le territoire est en ce sens important.

➤ Un dispositif **au service des parcours de vie** :

Un outil de la loi 2005-102 et sans doute du futur cadre réglementaire de la convergence des politiques en faveur de l'autonomie tout au long de la vie : offre la possibilité à la fois du référént de parcours et de l'adéquation ou du redéploiement des réponses par rapport à une évolution des situations. Cela suppose la possibilité pour le référént de saisine par référé de la CDAPH, par convention et partenariat avec l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, lors des changements de phase dans les situations de handicap psychique ou aggravation des troubles avec capacité légitime d'évaluation (second niveau) et de proposition de PPC adapté.

➤ Réserver la partie « soin » des SAMSAH pour handicap psychique d'abord à **la coordination des ressources de soins sur le territoire**, voire à la mission de **veille** lorsque ces ressources de soins ne répondent pas aux besoins des personnes qu'ils accompagnent ou qu'ils pourraient accompagner ; ceci afin d'éviter à terme de substituer des ressources de soins en psychiatrie nécessaires par des dispositifs de coordination et de soins (forcément moins performants) par défaut.

➤ Les trois caractéristiques précédentes impliquent un glissement vers l'idée de « **plateformes territoriales d'accompagnement** ».

Olivier DUPILLE - APF

- La participation financière demandée aux usagers par certains conseils généraux constitue un obstacle majeur à l'accès aux services pour les personnes (l'APF a interpellé le ministre à ce sujet sur l'interprétation des textes). Une clarification des « règles du jeu » est nécessaire dans un souci d'équité.

- La diffusion de coûts moyens constatés comporte le risque qu'ils deviennent des coûts standards normatifs. Les SAMSAH doivent correspondre à un projet de service dans un contexte de ressources territoriales.

- Le suivi de l'activité des SAMSAH représente une difficulté : le mécanisme du prix de journée est inadapté. L'APF pour sa part décompte des actes. De plus, on constate une hétérogénéité des pratiques selon les départements.

Jean CANNEVA - UNAFAM

- Une clarification des missions des SAMSAH est nécessaire : il s'agit d'une fonction de coordination des interventions des professionnels. Les SAMSAH ne doivent pas se substituer aux acteurs existants dans le soin et le social.

- En outre, les SAMSAH doivent jouer un rôle de repérage des besoins non déclaré : parmi les personnes handicapées psychiques, beaucoup « ne demandent rien ».

- Pour information, M. Canneva signale la publication par l'UNAFAM des documents suivants :

- Annuaire des structures pour le handicap psychique sur le site internet de l'UNAFAM.
- Livret à destination des personnels des services sociaux et MDPH sur le handicap psychique.

Astrid LESBROS-ALQUIER, inspectrice DDASS du Rhône

- Les services déconcentrés manquent d'information sur le contenu de l'accompagnement par les établissements et services médico-sociaux
- S'agissant des SAMSAH : la souplesse est une chance, elle doit s'accompagner d'une souplesse budgétaire de la part des tarificateurs.
- Il s'agit de partir des besoins des personnes avec un rôle dans l'évaluation au cours du parcours ; c'est tout l'intérêt de ce dispositif.
- Remarques – questionnements sur l'enquête et les résultats :
 - Nombre d'interventions selon la durée d'intervention : écarts surprenants
 - Lieux d'intervention des services : à domicile et dans les locaux du service
 - Durée de l'accompagnement et sortie du dispositif
 - Insertion professionnelle

Stéphanie LOUAT, UNAFTC

- Les freins constatés :
 - La participation des usagers
 - Les prix de la journée insuffisants
- Remarque concernant les résultats de l'enquête : demande de modification de la terminologie « dominante motrice » qui ne convient pas aux traumatisés crâniens.
 - cette observation sera prise en compte dans le rapport définitif de l'enquête sur les SAMSAH.

Pauline SASSARD, UNA

- S'agissant des SSIAD, est exprimée une demande de simplification de la présentation des budgets aux autorités locales de tarification, qui demandent 2 budgets séparés pour les personnes âgées / pour les personnes handicapées (car il s'agit de 2 enveloppes budgétaires distinctes), alors que le décret de 2004 supprime la barrière d'âge à 60 ans pour les SSIAD et rend possible l'intervention auprès des adultes handicapés.
- L'effort de l'UNA pour former les personnels à l'accompagnement des publics quel que soit leur âge est souligné.

Bernadette GROSYEUX, La Gabrielle

- Les SAMSAH sont des dispositifs « sur mesure »
- Remarque sur la présentation de l'enquête : demande de distinguer les SAMSAH dédiés au handicap médical
- Les SAMSAH doivent être une alternative à la vie en institution / collectivité et assurer la coordination des interventions entre les acteurs

Stéphane GAUCHER, Conseil général du Rhône

- Problématique par rapport au logement : distinguer la mission logement de celle de l'accompagnement.

Mme SABATIER, SAMSAH Alhpi handicap psychique - Isère

- Le SAMSAH a été créé à partir d'un SAVS qui avait mis en place des liens en fort avec le soin (CMP + libéral). La transformation en SAMSAH a permis de renforcer cette liaison mais il faut être vigilant à ce que la coordination ne se transforme pas en substitution.
- Le SAMSAH a formalisé un outil conventionnel avec les professionnels du soin.
- Crainte liée au manque de structure d'hébergement → l'accompagnement ne doit pas être une réponse par défaut.
- les lieux d'intervention : à domicile mais certaines personnes vivent avec leurs familles.
- pas de spécialisation par mission car les besoins des personnes évoluent dans le temps (plus de polyvalence dans les interventions).

M. POITEVIN, SAMSAH Le Val Mandé

- Préoccupations sur la tarification du SAMSAH : demande de dotation globale
- Choc « culturel » entre les personnels issus de la psychiatrie et ceux de l'accompagnement médico-social, qui a des répercussions sur l'évaluation et l'accompagnement
- ➔ Réponse CNSA sur la tarification : le mécanisme du prix de journée globalisé s'apparente à une dotation globale.

Alain FESSELIER, SSIAD 22

- La suppression des forfaits « auxiliaires de vie » constitue une difficulté pour le fonctionnement du SSIAD
- phénomènes de « concurrence » entre les territoires et les porteurs de projet avec des stratégies d'occupation du terrain
- Mission / public des SSIAD : pour les personnes ayant un handicap psychique

Sandrine CREVON, SAMSAH APF Seine-Maritime

- Les choix de vie des personnes doivent mener les SAMSAH, attention qu'ils ne deviennent pas des institutions → les choix des personnes sont différents des orientations par défaut de structures existantes.
- Sur la fin de l'accompagnement → relais vers le droit commun.

Françoise ALLOUCHE, UNAPEI

- Le handicap mental ne ressort pas de l'enquête : demande d'identifier le nombre de places autorisées de SAMSAH pour handicapé mental.
- questionnement sur la demande de participation financière des personnes → aide sociale légale ou facultative ?

Jérôme PRELY, SAMSAH APF Rhône

- S'agissant des SAMSAH pour des personnes lourdement handicapées, le déplaçonnement du forfait est possible.
- L'HAD se justifie davantage pour des périodes courtes ou temporaires

Pauline SASSARD, UNA

- Quels délais entre les places autorisées/ financées ?
- Les résultats de l'étude permettent de montrer les plus-values apportées des SSIAD PA-PH.

Johan PRIOU, UNIOPSS

- Clarification des missions : ajouter les services à domicile (problème du coût pour les personnes par rapport à l'intervention des SSIAD financée intégralement par l'assurance-maladie)
- Intervention à domicile / à partir du domicile : préciser la nature des interventions.
- problématique des taux d'encadrement

Mme LABEY-GUIMARD, Conseil général de la Manche – ANDASS

- Nécessité de concertation
- Il existe des services d'accompagnement sur le champ du handicap mental.
- Remarque sur l'enquête : il faut nuancer les constats sur les personnels administratifs car ils peuvent aussi participer à l'accompagnement.

Mme le Dr GERIN-ROIG, SAMSAH déficients visuels Bouches-du-Rhône

- Objectif du SAMSAH : l'autonomie des personnes
- Problème du transport des personnes vers les services

➤ **Ces compléments et précisions étant apportés, les participants soulignent les apports de l'enquête et valident les constats portant sur les avancées, les difficultés et les perspectives.**

5. L'approche d'une MDPH quant à l'intervention des SAVS et SAMSAH : les travaux de la Seine-Maritime

Jean-Loup RIOU, responsable du pôle adultes – MDPH de Seine-Maritime – présente les travaux menés par la MDPH de Seine-Maritime avec le Conseil Général, les SAVS et les SAMSAH du département :

A / Les conditions de l'orientation

1^{ère} condition : reconnaissance du handicap par la CDAPH

Constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne **en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant** (article L 114 du CASF)

2^{ème} condition :

Orientation en SAVS (article D312-163 du CASF)

Les déficiences et incapacités de la personne handicapée rendent nécessaires

1 / une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie **des actes essentiels de l'existence**

2 / un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie

Orientation en SAMSAH (article D312-167 du CASF)

Les déficiences et incapacités de la personne handicapée rendent nécessaires

1 / une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence

2 / un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie

3 / **des soins réguliers et coordonnés**

4 / **un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert**

B / Les pré-requis à l'orientation en services d'accompagnement

- un **potentiel de capacités d'apprentissage à vivre seul en autonomie** dans un logement indépendant (avec ou sans environnement adapté) : ce potentiel est lié à la responsabilisation de la personne handicapée par rapport à son projet de vie en autonomie et à la conscience qu'elle peut avoir de ses propres difficultés, le SAVS ne devant pas être le seul garant du maintien à domicile

→ le service d'accompagnement n'est pas un service d'aide à domicile : le service d'accompagnement apprend à faire, aide à faire (mais ne fait pas à la place de la personne handicapée)

- une **adhésion intellectuelle volontaire** de la personne

- savoir reconnaître une situation d'urgence et agir en conséquence

- savoir communiquer avec l'extérieur (via le téléphone, la télécopie, les SMS...)

- savoir se protéger et protéger son habitat

- avoir des besoins et des désirs en lien avec les missions proposées par le SAVS ou le SAMSAH

C / Les finalités de l'accompagnement social

- contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes handicapées,

- favoriser le maintien ou restaurer leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels,

- faciliter l'accès des personnes handicapées à l'ensemble des services offerts par la collectivité

- constituer une alternative à l'hébergement institutionnel

D / Les critères de durée de prise en charge

Rappel : les services prennent en charge et accompagnent des personnes handicapées de façon **permanente, temporaire** ou selon un mode **séquentiel**, sur décision de la CDAPH (article D312-170 du CASF)

La première décision devra avoir une durée de validité d'une année afin de permettre d'appréhender à l'issue de cette année si la prise en charge s'inscrira dans le temps (renouvellement sur 5 ans) ou si la prise en charge se fera sur un temps limité (renouvellement sur un ou deux ans)

L'établissement susceptible d'apporter la meilleure réponse aux besoins de la personne devra de façon impérative, être désigné nominativement dans la décision afin de s'assurer de l'effectivité de l'accompagnement préconisé.

Cette désignation du service d'accompagnement prendra en compte la spécificité du handicap de la personne et la localisation de son lieu de vie.

Conformément aux dispositions du décret du 6 février 2007, le service d'accompagnement informera dans les quinze jours la MDPH de ses possibilités d'admission.

Si l'admission n'était pas envisageable faute de places disponibles, la CDAPH désignerait un autre service d'accompagnement.

En cas de nouveau constat d'absence de places disponibles, la MDPH procédera à l'information des administrations chargées des autorisations de création de places (Département / Etat) afin de leur faire connaître les besoins des personnes handicapées à satisfaire.

Questions posées par les participants :

- Orientation vers un service nominatif : rappel → selon les textes, l'orientation doit être faite vers plusieurs services
- Participation des personnes handicapées aux SAVS et SAMSAH : le CG 76 a supprimé toute demande de participation

Réponses de M. Riou :

- L'intérêt de désigner un ou plusieurs services (selon l'offre existante) dans la notification est de permettre aux services de faire savoir l'absence de place disponible pour identifier les besoins.
- Sur le potentiel de vie autonome des personnes comme condition d'accès aux services : cette condition exclut les personnes qui ne pourront jamais vivre seules. L'autonomie doit être un objectif à atteindre pour l'accompagnement.

6. Rôle et place des SAMSAH et SSIAD dans l'évaluation des situations individuelles - Restitution de l'atelier A -

Rapporteur : Mme Sandrine CREVON, directrice du SAMSAH APF Seine-Maritime -

Des précisions doivent d'emblée être posées sur la définition de l'évaluation des situations individuelles : en effet chacun place sous le terme évaluation des objectifs différents en fonction de la place qu'il occupe :

- l'évaluation par l'équipe technique de la MDPH en vue d'une attribution de PCH ou d'une orientation vers un établissement ou service
- l'évaluation des besoins de la personne par l'équipe du SAMSAH pour un accompagnement individualisé et adapté après la notification de la CDA des prestations et services.

Pour certains acteurs, l'intervention du SAMSAH se fait dans le cadre de la mise en œuvre d'un plan personnalisé de compensation : le SAMSAH ne peut pas intervenir à la fois en aval et en amont de la décision CDA : le service serait en position d'être juge et partie, ce qui pose un problème éthique. L'équipe qui évalue doit être différente de l'équipe qui accompagne, cependant l'évaluation peut se poursuivre dans le temps grâce à la mise en situation : c'est l'évaluation en continu.

Pour d'autres, il peut au contraire intervenir en amont et en aval : l'exemple est donné par le SAMSAH pour handicapés visuels de Marseille : en effet, une décision d'admission provisoire en SAMSAH de 3 mois est accordée par la CDA: c'est un temps d'observation qui permet d'évaluer finement les besoins de la personne à la fois en besoins de soins et d'accompagnement médico-social, puis de faire une proposition de plan personnalisé de compensation présenté à la CDAPH pour notification. Ce PPC propose ou pas de poursuivre l'accompagnement réalisé par le SAMSAH.

Le SAMSAH a le temps de réaliser une évaluation approfondie, temps dont ne dispose pas l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Dans les faits, ce SAMSAH intervient dans la phase provisoire pour une fonction d'évaluation de la situation, différente de la deuxième phase intervenant après la notification, qui a un objectif d'accompagnement.

Certaines CDA accordent des orientations doubles SAMSAH et FAM notamment pour le handicap psychique, fluctuant dans le temps, car cela permet une souplesse pour l'accompagnement. Il est nécessaire que cela soit cohérent avec le projet de vie de la personne. Existe-t-il d'autres lieux possibles d'observation des besoins de la personne (GEM pour le handicap psychique ?)

Le SAMSAH peut également poursuivre l'évaluation de la personne dans une aide pour faire mûrir le plan personnalisé de compensation notamment dans le cadre de réorientations.

Comment rendre possible le partage des informations pour éviter les évaluations redondantes dont se plaignent certaines personnes en perte d'autonomie ? : partage d'information entre MDPH et SAMSAH. La MDPH devrait désigner des interlocuteurs en son sein pour les établissements et services.

Les équipes des MDPH se stabilisent ce qui permet aux MDPH de travailler sur le partenariat à nouer : comment ce partenariat peut-il se construire et autour de quels objectifs ?

Des exemples :

inviter la MDPH au conseil de vie sociale, inviter en CDA les professionnels des services : cela permet de mieux se connaître et de mieux connaître les rôles de chacun : cela nécessite de la transparence dans les fonctionnements. La formation et l'information doit aller dans les deux sens. Les outils sont le plan personnalisé de compensation et le contrat d'accompagnement inscrit dans la loi 2002-2.

7. Contenu de l'accompagnement et moyens en termes de pluridisciplinarité, de relais et de liaisons, au regard des missions des services
- Restitution de l'atelier B -

Rapporteur : Monsieur Johan PRIOU, directeur URIOPSS Centre

▪ **Echanges entre les participants**

➤ **Sur les SSIAD :**

Pauline SASSARD, UNA

Expérience ancienne de SSIAD pour personnes handicapées (sur dérogations avant 2004)

➡ Remarque de la CNSA : importance d'améliorer les connaissances sur l'activité des SSIAD, notamment qualitatives, en particulier sur la fonction de coordination.

Sylvie PARCOURT, SSIAD 69

- Les SSIAD disposent d'autorisations différenciées pour les PA/PH avec une territorialisation définie par commune.

- Problématique des personnes handicapées vieillissantes : identifier les besoins des personnes à domicile avec les parents car très peu de demandes déclarées.

Claude ABDELKADER, SPASAD Oise

- Problème de discontinuité territoriale avec des zones non couvertes
- Quand les services se mettent en place, les besoins se font jour à travers les orientations des médecins généralistes
- Originalité du SPASAD : SSIAD + SAAD (auxiliaire de vie sociale) mais fortes contraintes budgétaires
Éléments de coûts ? → pas d'éléments spécialisés sur les coûts car budget unique PA-PH

Claudine COULAUD, DDASS 76

- Frein pour les SSIAD PH : problème de qualification et formation des personnes

➡ Réponse de l'UNA : Développer des formations pour les personnels de SSIAD

➡ Remarque de la CNSA : nécessité de justifier en quoi le SSIAD apporte un plus par rapport aux IDE libérales (rappel du contexte actuel de la RGPP + de la mission IGAS que les SSIAD)

UNA → Les SSIAD effectuent les AIS que les IDE libérales ne veulent pas faire.

- Prise en charge globale de la personne – orientation / positionnement pour les SPASAD
- Temps de présence plus longs chez les PH que peuvent le faire les IDE libérales
- Formation des personnels (dans les SSIAD du réseau : plus de 50% du temps de formation est destiné au secteur PH)
- Partenariat avec associations handicap

Johan Priou, UNIOPSS

Problématique de sous-dotation générale des SSIAD pour les PA et les PH mais pas d'élément complémentaire disponible pour documenter une différence de coûts entre les deux populations.

➤ **Sur les SAMSAH :**

Evelyne SYLVAIN, CNSA

Un socle de mission commun + mission de coordination identifiée comme telle mais avec des intensités différenciées.

Bernadette GROSSEUX, La Gabrielle

- Demande d'une « Banque de données » sur les services existants

Jean CANNEVA - UNAFAM

- Ce que l'on attend des SAMSAH c'est ce que ne font pas les autres actuellement : les soins d'un côté, le social de l'autre. Le SAMSAH apporte une originalité en faisant travailler des professionnels de soins et du champ social. Il faut protéger cette originalité en empêchant la subsidiarité, le SAMSAH ne doit pas faire « à la place de »

- Coordination des acteurs et des professionnels
- Détection des besoins (au-delà des besoins exprimés), notamment pour les personnes ayant un handicap psychique.
- Ne pas oublier le champ d'exclusion, des personnes en situation de précarité

Stéphane GAUCHER, Conseil général du Rhône

- Les élus étaient réticents initialement car ils ne voyaient pas toujours le « plus » apporté par les SAMSAH par rapport aux SAVS et SSIAD.

- Problématique de dossiers de création de SAMSAH très médicalisés.

→ Situation inverse en IDF et en Bretagne avec des projets de SAMSAH peu médicalisés pour handicap psychique (en raison de coopérations avec les équipes psychiatriques).

SAMSAH

- Problème du temps de transport à intégrer dans le budget (les services couvrent l'ensemble du département pour les traumatisés crâniens)

- Les psychologues interviennent aussi dans le champ des soins (financement au moins partiel par l'assurance maladie)

Mme SABATIER, SAMSAH Alpi handicap psychique - Isère

La moitié du temps de psychologue est tarifé sur le forfait soin

Astrid LESBROS-ALQUIER, inspectrice DDASS du Rhône

Montage des dossiers en fonction des projets : souplesse (par exemple, les AMP peuvent être financés par soin / ou co-financement avec le CG)

Bernadette GROSSEYEU, La Gabrielle

Audition publique sur l'accès aux soins des PH (HAS) : message à faire passer pour comprendre que les SAMSAH sont un véritable levier pour l'accès aux soins.

Jean CANNEVA - UNAFAM

Le champ des personnes « qui ne demandent rien » a été exclu

Pauline SASSARD, UNA

Stratégie de certains promoteurs de déposer des demandes de SAMSAH car le budget soins serait plus « confortable ».

Mme LABEY-GUIMARD, Conseil général de la Manche – ANDASS

En contradiction avec la notion de coordination et de travail en réseau

Un SAMSAH peut intervenir auprès d'une personne en plus d'un SSIAD selon les ressources locales et les problématiques des personnes.

▪ Synthèse des échanges

✓ Un objectif commun pour les SAMSAH : la recherche de l'autonomie des personnes

Accompagner les personnes sans se substituer aux professionnels de soin et du champ social, pour assurer la continuité des soins et de l'accompagnement ; organiser les relais vers les dispositifs de droit commun dans la perspective de la fin de l'accompagnement par le service. Il ne s'agit pas de reconstituer l'institution mais d'offrir une alternative à l'hébergement collectif aux personnes selon leur projet de vie.

✓ Une nécessaire souplesse dans l'organisation et le fonctionnement des services, en fonction :

- des ressources existantes sur le territoire (en établissements, services, professionnels libéraux...)
- des publics : la composition des équipes et leur mode d'intervention sont à adapter selon les handicaps pour s'adapter au plan de compensation et au projet de vie de chaque personne et être en capacité d'évoluer selon les besoins de la personne.

Les conditions à réunir :

➤ pour les autorités de tarification : souplesse dans l'allocation budgétaire en contrepartie d'un suivi d'activité attendu (clé de répartition des charges entre les financeurs, prix de journée globalisé...),

➤ pour les services : rendu-compte sur le contenu de l'accompagnement, auprès des autorités d'autorisation et de tarification, de la MDPH, des professionnels de santé et du champ social et médico-social.

✓ Mais en garantissant un socle commun de missions à l'ensemble des SAMSAH :

- L'accompagnement médical et paramédical
- L'appui à l'évaluation des besoins et des capacités d'autonomie
- L'aide et l'accompagnement à la vie social
- L'aide aux aidants et le soutien des relations avec l'environnement familial

➤ La reconnaissance du rôle de **coordination de la mise en œuvre du plan de compensation** : implique la formalisation et mise en œuvre de procédures et d'outils de liaison, avec les établissements sanitaires, les professionnels de santé libéraux, les services sociaux

D'autres missions peuvent être développées en complément selon les besoins locaux, notamment l'accompagnement à l'insertion professionnelle.

✓ Un besoin d'objectiver et de documenter le contenu de l'accompagnement et des prestations réalisés auprès des personnes par les services (**pour les SAMSAH et les SSIAD**) :

- la méconnaissance par les décideurs et les prescripteurs (MDPH, médecins libéraux) constitue un frein au développement de ces services,
- la souplesse demandée dans l'allocation budgétaire (aux autorités locales tarification) implique un suivi d'activité et un rendu-compte accru de la part des services, sur la base d'indicateurs définis en commun.

✓ Un besoin de poursuivre la **formation des personnels des équipes** engagée par les gestionnaires (**pour les SAMSAH et les SSIAD**), notamment dans le cadre de leurs plans de formation : formation à l'accompagnement en milieu ordinaire et aux spécificités des handicaps, en privilégiant les échanges de pratiques.

- Clôture de la journée-

Evelyne SYLVAIN, directrice des établissements et services médico-sociaux – CNSA

- La CNSA peut centraliser les documents, contributions complémentaires pour mise en partage
- La synthèse des échanges sera faite et restituée par la CNSA par grands sujets :
 - Cadre juridique et son application
 - Evaluation individuelle : sujet de clarification et pédagogie
 - Poursuivre le travail de documentation et objectivation des modes de fonctionnement (en conservant la configuration du groupe)
 - Identification et partage des conditions de réussite au niveau national et local

**Journée de restitution et d'échanges du suivi qualitatif du développement
des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés : SAMSAH – SSIAD
Jeudi 31 janvier 2008**

Liste des participants

Organisme	Nom	Fonction	Adresse e-mail
Directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales			
DRASS IDF	Isabelle BILGER Olivier LE GUEN	IPASS IASS en charge des adultes	Isabelle.bilger@sante.gouv.fr
DDASS 94	Céline CALVEZ	IASS	celine.calvez@sante.gouv.fr
DDASS Finistère (29)	Christelle GUERIN	IPASS	christelle.guerin@sante.gouv.fr
DDASS Rhône (69)	Astrid LESBROS- ALQUIER	IASS	<a href="mailto:astrid.lesbros-
alquier@sante.gouv.fr">astrid.lesbros- alquier@sante.gouv.fr
DDASS 76	Claudine COULAUD Pascale LEPINEY	IPASS chargée des SSIAD	claudine.coulaud@sante.gouv.fr
DRASS 76	Diane AUBLE	chargée de mission PRIAC	diane.auble@sante.gouv.fr
Conseils généraux et MDPH			
MDPH 76	M. Jean-Loup RIOU	Responsable du pôle adulte	fabienne.outtier@cg76.fr
Conseil général 69	M. Stéphane GAUCHER	Chef de service des établissements pour personnes handicapées	stephane.gaucher@rhone.fr
Conseil général 94	Mme Christine QUILFEN	Secteur établissements PH	christine.quilfen@cg94.fr
ANDASS	Mme LABEY-GUIMARD	Directrice adjointe personnes handicapées – CG Manche	dsd@cg50.fr
Observatoire ODAS	Claudine PADIEU	Directrice scientifique	claudine.padieu@odas.net
Responsables et professionnels de SAMSAH et de SSIAD / SPASAD			
SAMSAH 94 Val Mandé	Monsieur POITEVIN,	Directeur Institut Val Mandé	cpalama@ilvm.fr
SAMSAH 76 APF	Mme Sandrine CREVON Madame Marie DENIEL	Directrice Aide Médico Psychologique	sandrine.crevon@apf.asso.fr
SAMSAH 13	Mr Daniel Dupleix Mme Dr GERIN-ROIG	Président de l'ARRADV Directrice	francoise.roig@gmail.com arradv@wanadoo.fr
SAMSAH 77 La Gabrielle (handicap mental)	Mme Bernadette GROSYEUX	Directrice	lagabrielle@mfp.fr gwenaelle.duclermortier@mfp.fr
SAMSAH Alphi 38 (handicap psychique)	Mme SABATIER	Directrice Adjointe	sabatier.serdac@alphi.com
SAMSAH Espoir 33 (handicap psychique)	M LABARDIN	Directeur	espoir33.siege@free.fr
SAMSAH 69 APF	M Jérôme PRELY		

SPASAD 60	M. Claude ABDELKADER	Directeur	claude.abdelkader@ophs.fr
SSIAD 22 (+ SAAD)	M. Alain FESSELIER Mme Gaëlle CABEC	directeur des services cadre de santé - coordinatrice	ccsp.ggp@wanadoo.fr
SSIAD 69	Mme Sylvie PARCORET	IDEC	ssiad.caluire@wanadoo.fr
Représentants des associations d'usagers et de familles et des associations gestionnaires			
UNAFAM	M. Jean CANNEVA	Président	infos@unafam.org
Union Nationale des Associations de Familles de Traumatés Crâniens	Mme Stéphanie LOUAT	directrice adjointe du SAMSAH TC-CL Interaction 13 - Aix en Provence	secretariat@traumacranien.org samsahtc-cl13@wanadoo.fr
UNAPEI	Mme Françoise ALLOUCHE	Responsable Droit des Associations et des Etablissements	f.allouche@unapei.org
APF	M. Olivier DUPILLE		
UNA	Mme Pauline SASSARD M Franck GUICHET	Chargée de mission Pôle santé / action sociale Conseiller technique	p.sassard@una.fr f.guichet@una.fr
FEHAP	(excusé)		
UNIOPSS	Johan PRIOU	Directeur URIOPSS Centre	j.priou@uriopss-centre.asso.fr
Délégation CREAI Ile-de-France			
Délégation CREAI Ile-de-France	Jean-Yves BARREYRE	Directeur de la délégation CREAI IDF et de l'ANCREAI	jyb@creai-idf.org
Direction Générale de l'Action Sociale			
DGAS – bureau adultes handicapés	M. Thierry BOULISSIERE Mme Céline FOISELLE	Chef de bureau Attachée	thierry.bouliissiere@sante.gouv.fr celine.foiselle@sante.gouv.fr
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie			
CNSA	Mme Evelyne SYLVAIN Mme Catherine MORIN M. Pierre-Yves LENEN Mme le Dr Anne KIEFFER M. Jean-Louis LOIRAT	Directrice ESMS Direction ESMS – pôle programmation de l'offre Direction ESMS – pôle budgétaire Médecin expert Direction de la Compensation Directeur de réseau - Direction Compensation	poleprogrammation@cnsa.fr polebudgetaire@cnsa.fr anne.kieffer@cnsa.fr

**Suivi qualitatif du développement
des services d'accompagnement médico-social
pour adultes handicapés : SAMSAH et SSIAD**

- BIBLIOGRAPHIE -

Cette bibliographie n'a pas pour objectif de réaliser un recensement exhaustif de l'ensemble de la documentation disponible, mais de présenter quelques documents récents, qui ont été utilisés pour enrichir les travaux menés, et qui peuvent apporter un éclairage sur les services d'accompagnement en milieu ordinaire pour les adultes handicapés.

Travaux menés par la délégation du CREAI Ile de France

➤ **Appui méthodologique à la DDASS du Val de Marne pour la démarche d'élaboration de son plan d'action en santé mentale (2004-2005)**

La Délégation ANCREAI Ile-de-France a apporté son appui méthodologique à la DDASS du Val-de-Marne dans le groupe de travail s'intéressant spécifiquement aux alternatives à l'hospitalisation pour des personnes présentant des troubles psychiques graves et persistants (groupe de travail et enquêtes complémentaires ont été conduits par la DDASS, en collaboration avec le Conseil Général, de juillet 2004 à mars 2005 dans le cadre de la contribution de ce département au SROS-3-psychiatrie).

Le rapport synthétique des constats et propositions faits par ce groupe de travail est téléchargeable sur le site www.creai-idf.org.

➤ **Etude sur la première année de fonctionnement du SAMSAH du Centre de la Gabrielle : du foyer au logement personnel (2006)**

La Délégation ANCREAI Ile-de-France s'est vue confier par Le Centre La Gabrielle (Seine-et-Marne) une étude visant à décrire et à analyser la mise en place et la première année de fonctionnement de son SAMSAH. Il s'agit d'une part d'observer et d'analyser, auprès de 10 personnes en situation de handicap mental, travaillant dans un ESAT et ayant fait le choix de sortir de l'internat, en quoi un accompagnement par un SAMSAH permet de mener à bien le projet de vie à domicile ; et d'autre part, de repérer et d'identifier les attentes et besoins de l'utilisateur, pour optimiser l'accompagnement qui lui est proposé dans ses choix de vie. L'étude a permis d'évaluer les points forts de ce changement de vie et l'adéquation de ce mode d'hébergement pour un public présentant des caractéristiques et des attentes diverses et spécifiques.

➤ **Enquête nationale sur les services d'aide à domicile, de soins, et d'accompagnement à la vie sociale**

La DGAS a confié à la Délégation ANCREAI Ile de France et au CREAI Rhône Alpes une étude sur deux départements, les Hauts de Seine et l'Isère, ayant pour objectif principal d'aider à la définition de l'accompagnement par les SAVS et les services d'aide à domicile, en tenant compte des différentes dimensions qui le composent et des formes diversifiées qu'il peut prendre. 20 entretiens ont été menés auprès des usagers de ces services qui abordent la question de la satisfaction des services rendus, leur association au projet les concernant et leurs attentes.

La synthèse est téléchargeable sur le site www.creai-idf.org.

Travaux menés par l'Union nationale de l'aide, des soins et des services à domicile (UNA)

➤ **Enquête sur la prise en charge des personnes de moins de 60 ans dans les SSIAD (2005-2006)**

Enquête menée par l'UNA auprès de 74 SSIAD adhérents de l'UNA.

contact : pôle santé / action sociale – UNA – tél : 01.49.23.82.52 - www.una.fr

Revue, articles, ouvrages

- **Le Journal de l'action sociale** : article « **adultes handicapés – partir à l'aventure de l'autonomie** »
Numéro 124 – février 2008 (pages 22-23)
- « **Enfin seuls** » - Recueil de récits des personnes qui ont pu quitter le foyer d'hébergement du Centre de la Gabrielle (Seine-et-Marne) pour vivre en autonomie avec l'accompagnement du SAMSAH.
Ouvrage gratuit sur demande au 01.60.27.68.68
- **Résurgences** – Revue de l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et des AFTC – article sur « **le SAMSAH des Bouches-du-Rhône : itinéraire d'une enfance pionnière** »
Numéro 36 – décembre 2007
- **Revue PLURIELS – La lettre de la Mission nationale d'appui en santé mentale :**
« **Des structures aux services, un nouveau concept** » - numéro n°52-53 de mai-juin 2005
La revue est consultable sur le site www.mnas.com

Journées d'étude et de réflexion

- Le CREAI Midi-Pyrénées a organisé le 6 mars 2008 une journée d'étude régionale : « **Les SAVS et les SAMSAH en Midi-Pyrénées, une ressource spécifique au service des personnes en situation de handicap** »
Les thématiques abordées :
 - Place, rôle et identité du dispositif
 - Quelles spécificités, quelles complémentarités et quelles perspectives sur les territoires ?www.creai-midipy.org
- La délégation du CREAI Ile-de-France a organisé le 7 juin 2007 une conférence régionale : « **Les SAMSAH en Ile-de-France, partir de l'expérience des services existants pour identifier les enjeux et les perspectives des services d'accompagnement** ».
www.creai-idf.org.

Ces travaux ont été coordonnés par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie :

Catherine MORIN - chargée de mission au pôle programmation de l'offre de service – Direction des établissements et services médico-sociaux

avec la participation de :

Dr Anne KIEFFER - médecin expert à la Direction de la Compensation

Christine ROUX - pôle programmation de l'offre de service – Direction des établissements et services médico-sociaux

Pierre-Yves LENEN - pôle budgétaire – Direction des établissements et services médico-sociaux

en liaison avec la Direction Générale de l'Action Sociale :

Thierry BOULISSIERE - chef du bureau des adultes handicapés – sous-direction des personnes handicapées

Dr Martine BARRES - conseillère technique – sous-direction des personnes handicapées

Céline FOISELLE - bureau des adultes handicapés – sous-direction des personnes handicapées

