



Mouvement pour l'Accompagnement et l'Insertion Sociale

42, rue de Marseille – 69007 LYON

Tel : 04 72 71 96 99 – Fax : 04 72 73 09 02

E-mail : mais@mais.asso.fr – Web : www.mais.asso.fr

ENQUÊTE 2010 SUR LES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Etude complémentaire sur les Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

Résultats Analyse et commentaires

Étude réalisée par Françoise Degrand
communiquée sur le site internet du Mouvement
et aux Journées Nationales de Formation d'Orléans
12-14 juin 2012

I. Objectifs de cette étude

Cette étude réalise la comparaison des données obtenues par l'échantillon des SAMSAH à celles de la totalité des services enquêtés.

L'enquête complète porte sur 209 services d'accompagnement correspondant à 11 271 personnes accompagnées.

Cette étude prend en compte 22 SAMSAH enquêtés, répartis sur tout le territoire national :

- 18 services en province,
- 4 services en région parisienne,

avec 830 places agréées et 802 personnes accompagnées.

Bien que le nombre de SAMSAH enquêtés soit restreint, cette étude donne une image intéressante de ces premiers types de services créés depuis la promulgation du décret de 2005-223 relatif aux Services d'accompagnement à la vie sociale et aux Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (2005-223).

Elle met en exergue les différences d'orientation de ces services par rapport aux SAVS et tend à apporter un éclairage sur certains points :

- autonomie de ces structures et leur place vis-à-vis des SAVS,
- diversité des handicaps pris en charge,
- missions de ces services et spécificité des modes d'accompagnement,
- variation de la composition des équipes professionnelle dans le sens de la médicalisation et modification de leurs qualifications,
- mode de financement.

Elle permet de déduire des éléments de référence et d'orientation pour la création ou le développement des SAMSAH.

Cette étude amène aussi à des questions essentielles sur ces nouveaux services :

- Ont-ils tendance à devenir des services prestataires d'actions de soins et d'actions matérielles de maintien à domicile, ou bien ont-ils conservé leur rôle d'accompagnement de projets personnalisés de vie sociale ?
- Les moyens mis en œuvre sont-ils en rapport avec la complexité des situations accueillies ?
- Leur mode de financement à double tarification n'entrave-t-il pas la réalisation de leur projet institutionnel ?

La comparaison avec l'enquête (ES 2006) de la Direction de la Recherche, de l'Etude, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), réalisée en 2006 auprès de 58 SAMSAH répartis sur toute la France, permet de confirmer la validité et la légitimité de certains indices.

II – Résultats, analyse, commentaires

1. Statut des SAMSAH

- **45%** des SAMSAH constituent des **créations de services indépendants**,
- **41% des SAMSAH sont rattachés à des SAVS**. Certains en partageant les personnels (23%), surtout administratifs, et les locaux (27%).
14% n'ont pas précisé leur rattachement ou non à un SAVS.

Certains proviennent de la transformation de SAVS existants (18%).

Les SAMSAH nouvellement créés sont des structures majoritairement indépendantes sur le plan budgétaire (95%) et sur le plan de l'organisation des locaux (73%) et des professionnels (77%).

- **Type d'organisme gestionnaire**

Comme pour la totalité des services, l'organisme gestionnaire reste privé pour la presque totalité des SAMSAH (95%).

- **Territoire d'intervention des services**

Tout en ayant une implantation locale (64%) comme les SAVS, les SAMSAH tendent à s'étendre à l'échelle du département (50%).

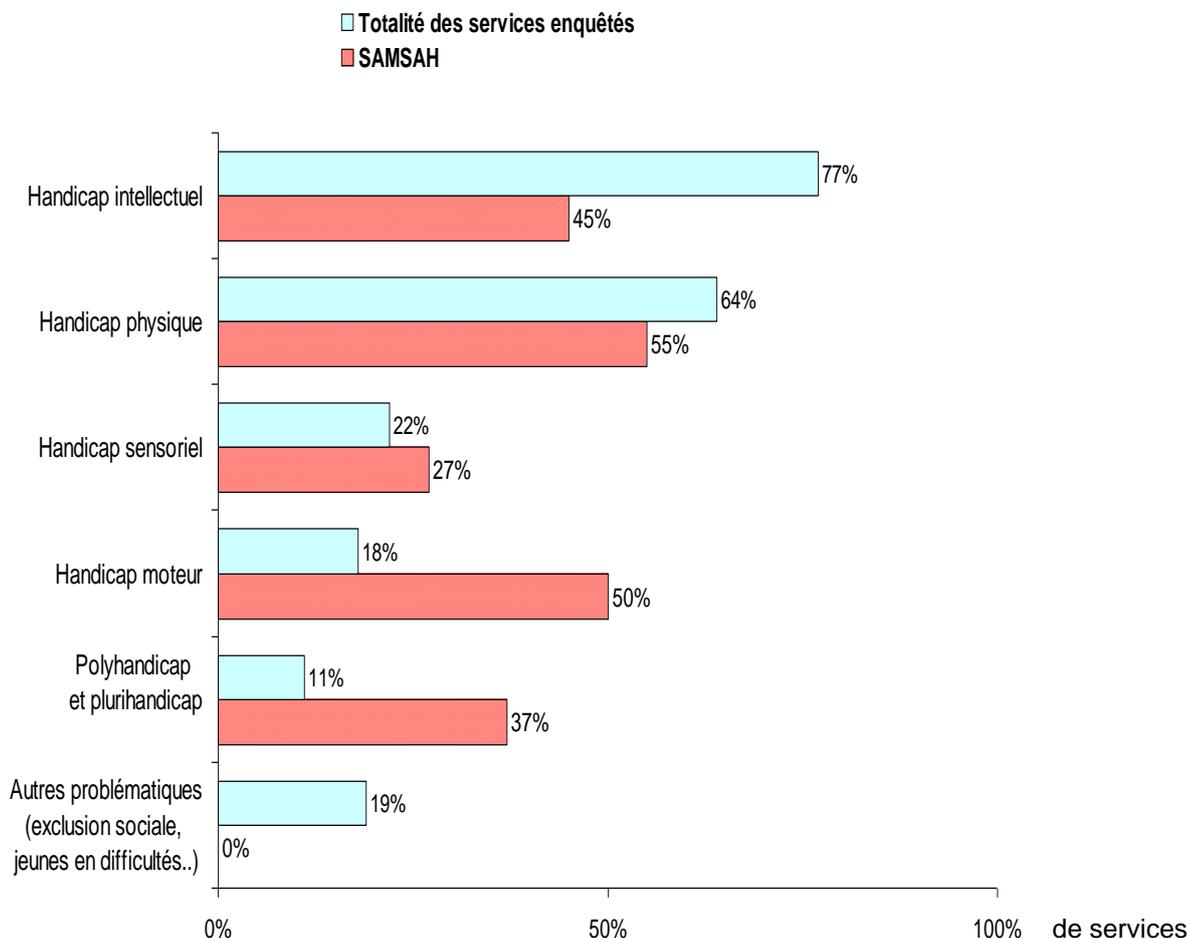
2. Population accompagnée par les SAMSAH

Population accompagnée	Etude SAMSAH
Hommes	55,3%
Femmes	44,7%
Personnes mineures	0,2%
Personnes majeures	96,4%
Personnes à partir de 60 ans	3,4%

- **Analyse et commentaire :**

Les personnes accueillies en SAMSAH présentent le même profil, quant au sexe et à l'âge que les personnes admises en SAVS. Ces services ne s'adressent pas prioritairement aux personnes vieillissantes.

3. Champs d'intervention des services



Ce graphique présente les pourcentages des différents services (enquête totale et SAMSAH) intervenant dans des champs de handicaps déterminés.

Un service peut intervenir auprès de plusieurs types de handicaps.

- **Analyse et commentaire :**

Le champ d'action des SAMSAH recouvre exclusivement le secteur du handicap, avec de services prédominance pour le handicap psychique, le handicap moteur, ainsi que le pluri et poly-handi

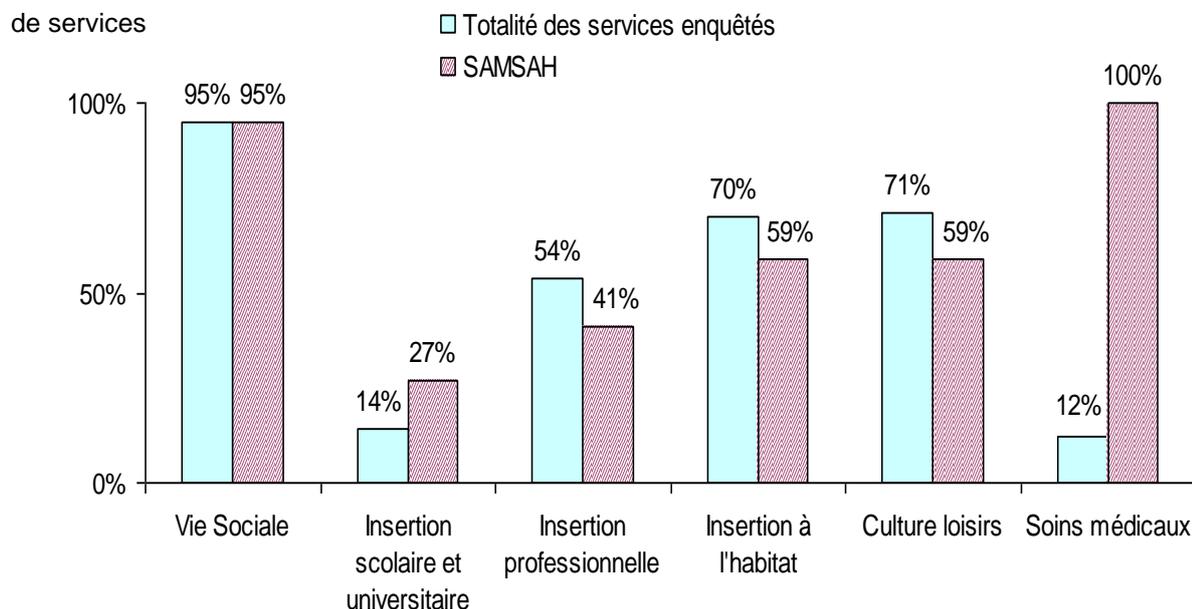
45% des SAMSAH sont spécifiquement orientés vers l'accueil d'une seule sorte de handicap (handicap moteur : 18%, handicap psychique : 18%, handicap intellectuel : 9%)

55% s'adressent à plusieurs types de handicaps.

- **Organismes orienteurs**

La CDAPH est l'instance officielle obligatoire d'orientation en SAMSAH. D'autres instances peuvent aussi adresser, de façon minoritaire, les personnes vers un SAMSAH : Aide sociale de l'Etat et départementale, Cap emploi, Aide sociale à l'enfance, Mission locale... et le Secteur psychiatrique (18%)

4. Missions spécifiques des services (relatives au financement accordé)



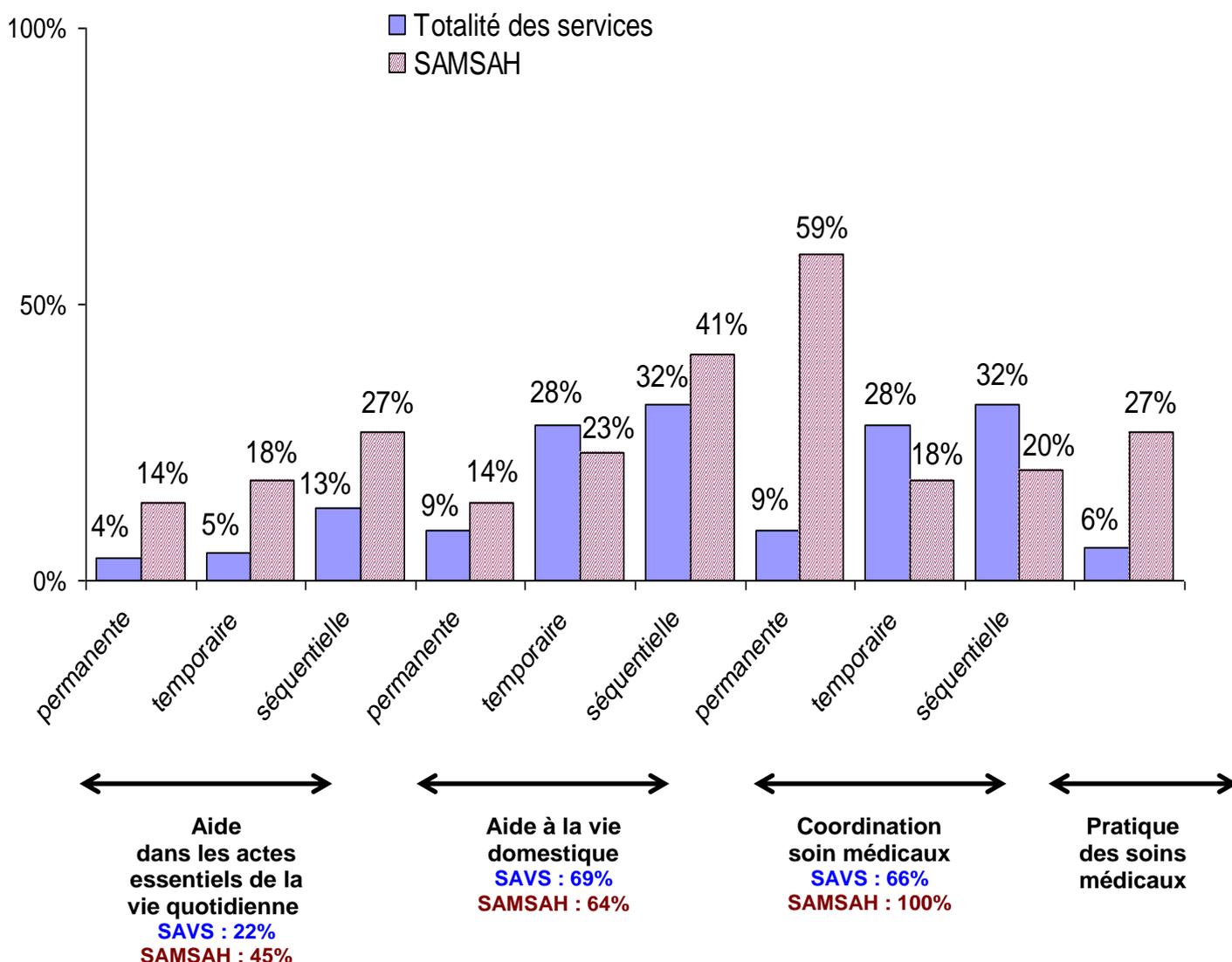
Ce graphique présente **les domaines d'accompagnement** où interviennent les différents services. Chaque service intervient ordinairement dans plusieurs de ces domaines.

- **Analyse et commentaire :**

Si les missions des SAMSAH sont plus spécifiquement orientées par les financeurs vers le soin, **l'accompagnement à la vie sociale demeure cependant préservé et privilégié**, ainsi que la majorité des missions spécifiques des services d'accompagnement liées au travail, à l'habitat, à la culture et aux loisirs.

5. Actes d'accompagnement : différenciation SAVS et SAMSAH

de services



Ce schéma présente certains motifs des actes d'accompagnement pour les différents services impliqués.

Chaque service peut assurer cette aide simultanément de façon permanente, temporaire ou séquentielle.

• Analyse et commentaire :

SAMSAH et SAVS présentent, en pourcentages relativement identiques (supérieurs à 90%), les mêmes motifs d'accompagnement dans les domaines de

- l'accès à l'autonomie (évaluation des besoins et des capacités d'autonomie, identification de l'aide à mettre en œuvre, informations, conseils),
- l'accès à un logement (évaluation du projet d'habitat, accès au logement, aide et maintien dans le logement),
- l'accès aux loisirs,
- la citoyenneté,
- la vie sociale,
- la santé.

Ils exercent le même rôle de coordination des partenaires et des intervenants extérieurs.

Ils se différencient dans le domaine de l'insertion professionnelle (intéressé par seulement 1/3 environ des SAMSAH, par rapport à 54% des SAVS)).

Le schéma ci-dessus met en relief **pour les SAMSAH une prédominance de l'accompagnement dans les domaines relatifs aux actes essentiels de la vie quotidienne et au soin médical**, ainsi que dans **la coordination des personnels de soins médicaux**.

Par ailleurs l'enquête fait apparaître **la prévalence des SAMSAH dans le rôle de coordination auprès des aidants familiaux et des personnels de services d'aide à la personne : 77%**.(SAVS : 51%) et de **la mise en œuvre du plan de compensation du handicap (PCH) : 59%** (SAVS : 44%)

Une analyse plus complète des actes d'accompagnement étudiés par l'enquête ne permet pas d'établir de liens entre les motifs de ces actes d'accompagnement et la nature des handicaps pris en charge.

6. Effectif en personnel d'encadrement – Comparaison des SAMSAH à l'ensemble des services

- **Etude quantitative : taux d'encadrement**

Effectif	Enquête totale Totalité des services	Etude SAMSAH
Capacité moyenne agréée par service Ecart (minimum-maximum places)	61 places 6 ↔ 300	38 places 9 ↔ 105
TOTAL Taux d'encadrement total moyen	1 ETP pour 9,1 places	1 ETP pour 4,5 places
Personnel administratif et de services généraux Taux d'encadrement moyen	1 ETP pour 38,1 places	1 ETP pour 24,3 places
Personnel socio-éducatif Taux d'encadrement moyen	1 ETP pour 13,6 places	1 ETP pour 10,5 places
Personnel médical et paramédical Taux d'encadrement moyen	1 ETP pour 101,6 places	1 ETP pour 11.6 places

*ETP : poste équivalent temps-plein

- **Analyse et commentaire :**

La capacité moyenne des SAMSAH est moins importante que celle de l'ensemble des services d'accompagnement, mais cela peut être lié à la mise en place récente de ces services.

Certains de ces services sont dans leur phase d'ouverture et toutes les places agréées ne sont pas encore occupées ; d'autres sont par contre en sureffectif.

Il n'apparaît pas de relation entre la capacité d'accueil des SAMSAH et la complexité pathologique des situations accueillies.

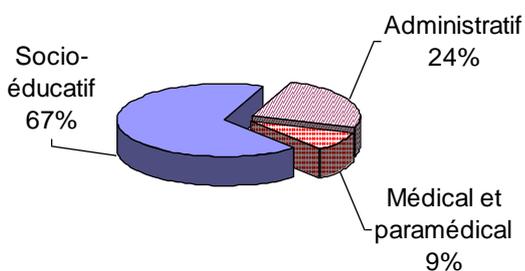
Par rapport à l'ensemble des services enquêtés, l'effectif total et le taux d'encadrement total sont doublés en SAMSAH. L'effectif médical et paramédical est multiplié par 9 environ.

Le taux d'encadrement total des SAMSAH (1 ETP pour 4,5 places) présente des écarts importants de 1 ETP pour 1 place à 1 ETP pour 14 places. Ces écarts sont encore plus grands pour le taux d'encadrement socio-éducatif (1 ETP pour 1 place à 1 ETP pour 35 places), et pour le taux d'encadrement médical et paramédical (1 ETP pour 1,2 place à 1 ETP pour 33,3 places).

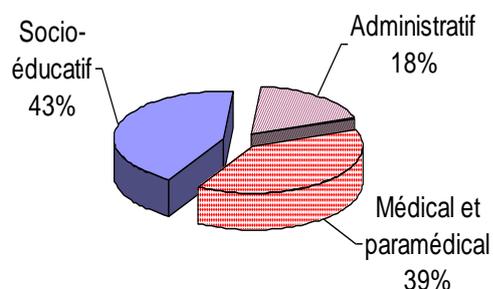
Ces variations des taux d'encadrement ne présentent pas de corrélation avec la nature et la pluralité des handicaps pris en charge, et elles rendent compte de l'extrême diversité des SAMSAH dans leurs moyens professionnels.

- Etude qualitative : effectifs administratif, socio-éducatif et médical

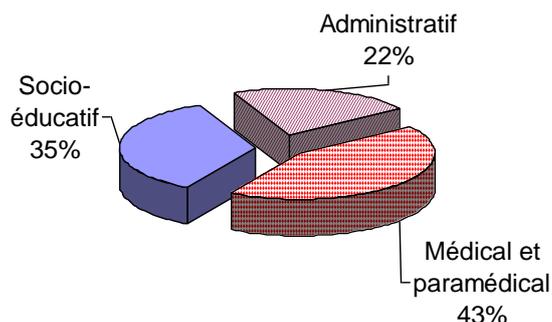
Totalité des services MAIS 2010



SAMSAH MAIS 2010



SAMSAH DREES 2006



Ce schéma présente, en comparatif, les résultats de l'enquête réalisée par la Direction de la Recherche, de l'Etude, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en 2006 auprès de 58 SAMSAH.

- Etude de la composition des équipes professionnelles : différenciation SAVS/SAMSAH

Qualification Direction-administration services généraux	Totalité des services (% moyen de l'effectif total)	Etude SAMSAH (% moyen de l'effectif total)
• Directeur :	6,0	3,2
• Chef de service :	7,5	5,1
• Secrétaire	6,0	6,2
• Comptable	1,5	1,5
• Agent de service	1,5	1,0
• Autres	1,5	1,4
% moyen de l'effectif total :	24,0%	18,4%

Qualification socio-éducative	Totalité des services (% moyen de l'effectif total)	Etude SAMSAH (% moyen de l'effectif total)
• Educateur spécialisé :	37,3	15,6
• Moniteur éducateur :	6,0	0,5
• CESF :	10,5	4,0
• Assistant social :	3,0	5,1
• animateur socioculturel	1,5	0
• AMP	4,5	12,2
• Auxiliaire de vie :	0	3,2
• Autres emplois qualifiés	4,5	0
• Emplois non qualifiés	0	2,1
% moyen de l'effectif total :	67,3%	42,7%

Qualification médicale et paramédicale	Totalité des services (% moyen de l'effectif total)	Etude SAMSAH (% moyen de l'effectif total)
• Médecin psychiatre ou généraliste	0	2,3
• Infirmier :	1,5	11,9
• Psychologue	2,5	6,4
:		
• Emploi paramédical	4,7	5,5
- Ergothérapeute	non étudié	4,5
- Kinésithérapeute	ld.	0,2
- Orthophoniste	ld.	0,2
- Psychomotricien	ld.	0,3
- Art-thérapeute	ld.	0,3
• Aide soignant	0	12,5
• Coordinatrice de soins	0	0,3
% moyen de l'effectif total :	8,7%	38,9%

- **Analyse et commentaire :**

Le pourcentage de postes de direction est moins important pour les SAMSAH que pour l'ensemble des services enquêtés. Cela correspond au fait que 41% des SAMSAH sont rattachés à un SAVS et partagent leur direction avec celle des autres services.

Les postes éducatifs qualifiés (niveau éducateur spécialisé, moniteur éducateur, CESF, assistant social...) représentent 58,3% de l'effectif pour l'ensemble des services enquêtés et s'abaissent à 25,2% pour les SAMSAH. Alors que les postes moins qualifiés (AMP, auxiliaires de vie) ou non qualifiés, en proportion minima pour l'ensemble des services (4,5%), s'élèvent à 17,5% pour les SAMSAH.

Si le taux d'encadrement socio-éducatif est maintenu dans les SAMSAH (1 ETP pour 10,5 places), ces chiffres témoignent d'une baisse de qualification de ces emplois éducatifs.

Les postes médicaux et paramédicaux hautement qualifiés (médecin, psychologue, infirmier, ergothérapeutes...) des SAMSAH représentent 26,4% de l'effectif total. Et ils constituent environ les 2/3 de cet effectif médical et paramédical par rapport aux postes de faible qualification (aides soignants).

- **Comparaison avec l'enquête de la Direction de la Recherche, de l'Etude, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)**

Ce tableau présente, en comparatif, les résultats de l'enquête réalisée par la DREES en 2006 auprès de 58 SAMSAH.

QUALIFICATION des personnels	MAIS 2010 Etude SAMSAH (% moyen de l'effectif total)	DREES 2006 Etude SAMSAH (% moyen de l'effectif total)
Nombre de services Nombre total de places agréées Capacité moyenne agréée par service	22 830 38 places	58 1675 29 places
Effectif total moyen par service	8,4 ETP 1 ETP pour 4,5 places	6,45 ETP 1 ETP pour 4,5 places
Direction, gestion et services administratifs	12,4%	14,6%
Services généraux (entretien....)	1,0%	1,5%
Encadrement sanitaire et social (cadre éducatif, cadre infirmier...)	5,0%	5,7%
Personnel éducatif, pédagogique et social	42,7%	33,7%
Personnel médical (médecin, psychiatre...)	2,3%	1,6%
Psychologue et personnel paramédical (ergothérapeute, infirmier, aide-soignant....)	36,6%	41,4%
Candidats élèves sélectionnés	non étudié	1,5%

- **Analyse et commentaire :**

La composition des équipes est très proche dans les SAMSAH étudiés par les deux enquêtes. Cette référence à l'enquête de la DREES conforte les chiffres donnés l'étude du MAIS.

- **Intervention des bénévoles**

L'intervention des bénévoles intervient dans **5% des SAMSAH**.

Il reste à préciser sous quelle forme se réalise ce bénévolat.

7. Convention collective

	Totalité des services enquêtés	SAMSAH
- Convention de 1966 :	72%	41%
- Convention de 1951 :	16%	41%
- Fonction publique territoriale	-	4%
- Autre :	10%	-
- Non précisé	2%	14%

Par rapport à l'ensemble des services, les SAMSAH semblent être soumis préférentiellement à la convention collective de 1951,

Les motifs de ce choix sont à préciser : cette convention est-elle plus adaptée à leur fonctionnement ?

8. Nombre de jours d'ouverture par année

Nombre de jours d'ouverture	Etude SAMSAH % de services
250 à 260 j/an (5j/semaine)	41%
300 à 312 j/an (6j/semaine)	27%
365 j/an (7j/semaine)	27%
non précisé	5%

9. Type de financement

Mode de financement	Totalité des services % de services	Etude SAMSAH % de services
Dotation globale	71%	72%
Accompagnement financé à l'acte	0	0
Accompagnement financé au temps	0	0
Prix de journée globalisé	12%	10%
Prix de journée indépendant	16%	10%
Subvention	2%	0
Autre ou non précisé	1%	8%

- **Analyse et commentaire :**

Le financement est assuré par le Conseil Général, de façon prédominante en dotation globale, conjointement au subventionnement par la CRAM de la majorité des postes médicaux (93%) (les 7% restants sont pris en charge par le Département).

Le financement à l'acte ou au temps d'accompagnement n'a pas lieu dans ces services.

- **Participation des usagers**

La participation des usagers à leurs frais d'accompagnement est constatée dans **9% des SAMSAH**. La prestation de compensation du handicap (PCH) est utilisée à cet effet dans 5% des SAMSAH.

10. Application de la loi de Rénovation Sociale 2002-02 par les SAMSAH

Mise en œuvre des documents requis pour la promotion des droits des usagers	Etude SAMSAH % de services concernés			
	Oui	en cours	non	non précisé
Au niveau du Service :				
• Charte	81%	5%	14%	-
• Projet de Service	64%	27%	-	9%
• Livret d'accueil	82%	18%	-	-
• Règlement de fonctionnement	95%	5%	-	-
En faveur des personnes accompagnées				
Document individuel de prise en charge ou d'accompagnement	91%	9%		
Instance de concertation	<u>100%</u>			
- Conseil de la vie sociale	41%			
- Enquête de satisfaction	41%			
- Association ou Conseil d'usagers	9%			
- Autre instance	5%			
- Non précisé	4%			
Actions de formation à l'intention des usagers pour l'accès à leurs droits	9%			

- **Analyse et commentaire :**

Les SAMSAH sont en phase avec les obligations de la loi 2002-02. Seule la mise en place des projets de service accuse un léger retard, probablement en raison de la date récente de création de ces services...

- **Evaluation interne et externe des SAMSAH**

- Démarches d'évaluation interne réalisée ou en cours : 50%
- Appel à un prestataire extérieur : 27%

III - Conclusion et perspectives

Cette étude rend compte de l'extrême diversité des SAMSAH enquêtés quant à leur capacité d'accueil, aux populations en situation de handicap accueillies et à la composition des équipes d'encadrement...

Comme les SAVS, ils semblent donc écartier l'écueil de la modélisation et de l'uniformisation.

Cependant cette diversité présente aussi le risque de la prolifération de services « fourre-tout » où le médical serait bradé au dépend d'un accompagnement social de qualité.

En complément de leur mission d'accompagnement médical, les SAMSAH restent orientés prioritairement vers la vie sociale avec les mêmes prérogatives que les SAVS dans les domaines du travail, de l'habitat, des loisirs, de la vie citoyenne. Leur rôle de coordination et de renforcement des liens sociaux est largement affirmé et même renforcé : coordination des soins médicaux, en premier lieu, aide dans les relations de la vie familiale et sociale, coordination des partenaires et intervenants extérieurs, coordination de la mise en œuvre du plan de compensation du handicap, coordination des aidants familiaux et des personnels de services d'aide à la personne...

Rattachés aux SAVS, ils peuvent bénéficier des moyens professionnels de ces services ou bien mutualiser leurs postes administratifs et socio-éducatifs. Cette dépendance ou cette filiation (14% des SAMSAH proviennent de la transformation de SAVS) semble leur garantir le maintien d'une pratique d'accompagnement social. Mais il n'apparaît pas de lien entre le caractère « autonome » ou « rattaché » de ces services et les moyens professionnels octroyés.

L'encadrement médical, psychologique et paramédical qualifié est important dans la plupart des SAMSAH enquêtés. Les postes de faible qualification (aide-soignant) ne suppléent pas en général cet encadrement qualifié dans les services accueillant des populations poly ou pluri-handicapées ou avec un handicap moteur, mais le complètent.

Le financement majoritaire par dotation globale ou prix de journées globalisées permet à ces services une certaine souplesse de fonctionnement. Par contre la double tarification présente une contrainte et une complexification, impliquant des enjeux concurrentiels entre financeurs.

Nous constatons avec regret que la mise à contribution de l'usager n'a pas disparu avec la mise en place récente des SAMSAH... Mais le nombre très limité de services concernés ici ne permet pas de connaître le mode de participation.

Ces services tendent à exercer leur action à une échelle départementale, risquant de perdre leur caractère de services de proximité et de devenir des services prestataires.

Dans plusieurs départements les autorités de tutelles imposent en effet les regroupements de coopération médico-sociale et la mutualisation des moyens humains et matériels entre plusieurs établissements et services relevant du même gestionnaire associatif, ou d'autres...

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

QUELQUES LIGNES-FORCES pour la mise en place des SAMSAH valorisées par le MAIS

Soutenir, privilégier, préserver :

- l'autonomie et la spécificité des services au niveau de leur projet et de leur fonctionnement budgétaire et administratif (être vigilant sur le risque de perte d'identité encourue par l'imposition des regroupements de coopération médico-social),
- la grande diversité des services de proximité, avec une exigence de qualité et de moyens permettant de répondre à la complexité des situations,
- la mission d'accompagnement à la vie sociale des personnes accueillies avec la mise en place d'un projet personnalisé global, faisant place à la vie sociale et citoyenne en articulation avec le soin,
- un équilibre entre encadrement socio-éducatif et encadrement médical et psychologique, avec la reconnaissance des rôles et des places respectives de chaque professionnel,
- le rôle de coordination avec les partenaires et intervenants extérieurs (éviter l'écueil du « tout-prestataire » et la confusion avec les services d'aide à la personne),
- le mode de financement du service permettant une souplesse de fonctionnement et une liberté de circulation des personnes accueillies (proscrire la marchandisation liée au paiement à l'acte ou au temps d'accompagnement),
- la non-participation des usagers au financement de leur accompagnement avec l'utilisation de la PCH ou de leurs allocations, et la défense de leur droit à un accompagnement médico-social de qualité avec la mise en jeu de la solidarité nationale.