



Etude régionale sur les SAMSAH

A la demande de l'Agence Régionale de Santé Bretagne



Février 2014

Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations
En faveur des personnes en situation de vulnérabilité

2 B, rue du Pâtis Tatelin – Immeuble Antipolis - 35700 RENNES Tél. 02.99.38.04.14 - Fax. 02.99.63.41.87

E-Mail : secretariat.direction@creai-bretagne.org Site : www.creai-bretagne.org

Sommaire

I - Contexte de l'étude	5
I.1 - Contextes locaux et précautions de lecture.....	5
I.2 - Des éléments de planification de l'offre et périmètre de l'étude régionale	6
I.3 - Le cadre réglementaire des SAMSAH	8
I.4 - Les missions	9
II – Analyse régionale	11
II.1 - Identification des SAMSAH de Bretagne	11
II.2 - Le Public accompagné	13
II.3 - L'activité des SAMSAH	17
↳ Ouverture et Amplitude horaire	19
↳ Zone d'intervention.....	20
II.4 - Missions et prestations	21
II.5 - Ressources Humaines	36
II.6 - Financement	38
II.7 – Spécificité de l'accompagnement du handicap psychique.....	41
III – Points d'attention complémentaires	45
III.1 – Le processus d'orientation	45
III.2 – De la coordination à la coopération	46
Annexe	49
Annexe 1- Zoom sur SAMSAH autisme/TED.....	49

I.1 - Contextes locaux et précautions de lecture

Les SAMSAH de Bretagne n'échappent pas à la logique de création et de structuration inhérente aux services sociaux et médico-sociaux. Initiés sur le même principe de l'émergence locale de besoins dont l'expression rencontre une volonté citoyenne et politique, les SAMSAH offrent une diversité et une hétérogénéité de configurations dans leur organisation et leur fonctionnement.

Cette diversité est constituée de deux origines :

- **La première tient au caractère innovant de ces services**, récents dans l'histoire médico-sociale – en Bretagne, le plus ancien, le SAMSAH de Perharidy, date de 2004 – d'autres se sont constitués à partir d'expérimentations de l'accompagnement à la vie sociale ou de « sites pour la vie autonome ».

Pour les promoteurs, il fallait satisfaire à l'absence de réponses pour le maintien ou le retour à domicile, pour des patients ou des usagers, dont l'état de leurs difficultés personnelles et matérielles ne permettait pas de vivre de façon suffisamment autonome. S'il ne s'agissait pas immédiatement des situations médicalement les plus graves, il semblait qu'un accompagnement médico-social favorisait la poursuite de soins indispensables, sans que la logistique d'un établissement leur soit nécessaire en permanence. Comme ailleurs en France, c'est donc pour des personnes cérébro-lésées, déficientes motrices ou handicapées psychiques que ces services se sont d'abord développés.

En lien avec des structures qui connaissaient ces personnes pour les accueillir régulièrement ou en permanence, ces services sont d'abord l'émanation de cette volonté de faire vivre le projet de personnes pour lesquelles l'établissement n'est ni un choix, ni une solution. Ainsi, sans planification régionale, la création a d'abord été la concrétisation de projets locaux avant même de devenir, pour la plupart, départementaux.

- **La deuxième origine de cette diversité en revient paradoxalement au cadre légal**, qui s'est volontairement construit sur des bases souples, tenant à garantir le caractère innovant des initiatives locales, leur permettant de se développer en garantissant leurs spécificités, liées aux publics accueillis, aux expériences professionnelles développées et aux potentiels de mobilisation des ressources territoriales. C'est dans la droite ligne des loi 2002-2 (rénovant l'action sociale), 2005-102 (Handicap) et 2009-879 (Hôpital, patients, santé et territoires) que les décrets ont été produits, soutenant l'ouverture sur l'environnement, favorisant le libre choix et la participation des usagers et assurant la continuité des soins par des actions coordonnées, sanitaires, sociales et médico-sociales sur les territoires de vie des personnes.

Le cadre légal et les deux décrets qui fondent l'organisation et le fonctionnement des SAMSAH placent ces services sur un spectre large de capacités d'interventions qui ne facilite pas la consolidation de leur positionnement dans l'offre globale médico-sociale.

D'une part, le décret n°2005-223 les regroupe avec les SAVS, leur enjoignant de répondre, s'ils ne sont pas associés à des SAVS, aux missions de ceux-ci, accueillant généralement des publics ayant une autonomie domestique plus forte.

D'autre part le décret n° 2009-322 les intègre avec les établissements accueillant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, sans

distinguer pour chaque établissement ou service les nombreuses exigences, en particulier concernant la diversité des métiers qui devraient être impérativement présents.

Selon que l'on soit prudent ou optimiste, on regardera avec circonspection ou satisfaction cette particularité qui place les SAMSAH dans une capacité à accompagner les personnes les plus autonomes mais aussi celles qui le sont beaucoup moins. Cette position « oblige » les SAMSAH à toutes les compétences, alors même qu'à cela s'ajoute la définition des publics, dépendante des expertises des différentes MDPH et que les taux de financement, historiquement basés sur des distinctions expérimentales, montrent au niveau national et régional de grandes disparités.

Cette diversité à double entrée – des plus autonomes aux situations les plus difficiles voire atypiques – complétée par une disparité des allocations budgétaires, dresse une disponibilité de l'offre qui ne garantit pas a priori, une juste équité territoriale. Le besoin de mieux comprendre la variété des modalités de prise en charge, la définition même de « l'accompagnement », de la coordination et de l'intervention, et la caractérisation des publics « n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie » complètent la difficulté à percevoir les spécificités de fonctionnement des SAMSAH. Si ces particularités permettent de poursuivre l'élan d'imagination et de création, elles peuvent aussi conduire à dessiner une cartographie de l'offre qui serait de moins en moins lisible, à commencer par les usagers eux-mêmes, leurs proches, mais aussi ceux qui ont pour mission de produire des orientations ajustées aux besoins des personnes.

Ces remarques préliminaires doivent soutenir la lecture des résultats de cette enquête. Son objet n'est pas de produire des éléments de comparaison ni de produire des normes, le nombre et la diversité des caractéristiques des 9 SAMSAH bretons ne permettant pas de dégager un « modèle-type » d'organisation et de fonctionnement. Mais en soulevant le voile sur des caractéristiques communes et des distinctions, il apparaît des points d'attention qui pourraient faciliter le développement des Services d'accompagnement médico-social pour adultes en Bretagne.

I.2 - Des éléments de planification de l'offre et périmètre de l'étude régionale

Contexte de l'enquête

Dans le cadre de la nouvelle programmation 2012/2016 des ESMS pour personnes handicapées, 142 places de SAMSAH vont être créées sur les 4 départements bretons. Au regard des premiers éléments disponibles sur les SAMSAH, l'ARS et les Conseils Généraux partagent le constat d'une grande hétérogénéité qui semble exister pour ces services, tant dans les modalités de fonctionnement qu'en ce qui concerne les coûts à la place.

L'objectif de l'étude consiste à disposer, pour l'ARS et les Conseils Généraux, d'une analyse des SAMSAH bretons ciblée sur quelques questions clés indiquées dans les objectifs.

Cette analyse constituant un appui à la réflexion sur l'organisation territoriale des SAMSAH ainsi qu'au pilotage des appels à projets à venir.

Objectifs de l'étude

Avoir des éléments permettant à l'ARS, en lien avec les conseils généraux, de définir les modalités de fonctionnement efficient des SAMSAH (type de public, pluralité des missions, place dans l'offre territoriale par rapport aux SAVS, composition de l'équipe, périmètre

d'interventions, coût à la place...). Les finalités consistent à analyser principalement les points suivants :

- **En ce qui concerne la composante "soin" des SAMSAH, certains assurent une coordination aux soins tandis que d'autres assurent également des prestations de soins auprès des personnes handicapées :** quelle organisation est aujourd'hui choisie par les SAMSAH bretons ; quels sont alors les prestations délivrées et les intérêts et limites de ces deux modes organisationnels ?
- **Public spécifique ou accompagnement polyvalent :** la plupart des SAMSAH bretons sont spécialisés dans l'accompagnement d'un type de handicap (ou plusieurs présentant les mêmes caractéristiques en termes de besoins) ; quels sont les SAMSAH ayant spécialisé leur accompagnement sur un (ou quelques) type(s) de handicap et ceux qui sont polyvalents ? Quels sont les degrés de spécialisation ? Quels sont les intérêts et limites de ces deux modes d'organisation ? Ce point devra être analysé au regard de l'organisation territoriale des SAMSAH et de celle des SAVS ; le périmètre géographique est-il fixé ? Le cas échéant, comment sa délimitation a-t-elle été déterminée (territoire de référence) ?
- **Quelle est la plus-value d'un accompagnement SAMSAH au regard des services de type SAVS.** Certains SAMSAH ont aussi un SAVS : quelle différence réellement faite entre les 2 publics accompagnés ? Quelles sont les complémentarités possibles ?
- **Quelles sont les spécificités de l'accompagnement du handicap psychique** par un SAMSAH pour les questions précédentes (composante soin, spécialisation ou non, différences et complémentarité SAVS et SAMSAH) ?
- **L'hétérogénéité des financements :** en Bretagne, on observe une très grande hétérogénéité des financements (Assurance maladie mais aussi part des Conseils Généraux). Dans ce cadre, quelles sont exactement les parts de financement du CG et celles de l'Assurance maladie et éventuellement d'autres financements ? Quels sont les financements nécessaires au regard des deux missions possibles (coordination ou intervention) ?

Méthodologie de l'étude

Pour répondre à ces objectifs, l'étude a reposé sur différentes phases :

- **Phase 1 : analyse documentaire**

Une première analyse documentaire a été réalisée notamment à partir des études réalisées à ce jour sur les SAMSAH (enquête CNSA, enquête de CREAMI sur les SAMSAH à la demande d'ARS, travaux du Cédias/CREMI Ile de France sur les SAVS/SAMSAH handicap psychique, ...). De plus, des enseignements de l'étude « *L'Habitat des personnes avec TED. Du chez soi au vivre ensemble* », commanditée par la DGCS à l'ANCREMI (septembre 2011), ont été pris en compte (en annexe 1) pour quelques éclairage à prendre en compte pour l'accompagnement des publics avec autisme/TED vivant à domicile

- **Phase 2 : investigation par questionnaire auprès des SAMSAH de la région**

Pour dresser la photographie du fonctionnement, de l'organisation et des activités des SAMSAH bretons, il a été proposé de collecter les données quantitatives et qualitatives par questionnaire adressé à chaque SAMSAH de Bretagne.

Ces questionnaires ont été exploités et analysés par le CREAM de Bretagne.

- **Phase 3 : approche qualitative via des entretiens semi-directifs auprès d'un panel de SAMSAH**

Sur la base des enseignements de ces premières phases, ont été identifiés des fonctionnements de SAMSAH à approfondir. Les entretiens semi-directifs visaient à repérer les facteurs explicatifs de ces divergences de fonctionnement. Pour cela, un panel de 4 SAMSAH a été retenu avec l'ARS de Bretagne. Le SAMSAH APF 22 s'est joint à l'entretien prévu avec l'APF 35, 5 SAMSAH ont donc été rencontrés :

- Le SAMSAH du Moulin Vert (56)
- Le SAMSAH de la Mutualité 29-56 (56)
- Le SAMSAH de LADAPT (35)
- Le SAMSAH APF 22
- Le SAMSAH APF 35

- **Phase 4 : Analyse partagée**

Pour approfondir les enseignements issus des phases précédentes, un groupe d'analyse partagée réunissant un représentant de chaque SAMSAH a été constitué. Ce groupe avait pour vocation de consolider les principaux constats et préconisations formulées.

I.3 - Le cadre réglementaire des SAMSAH

Selon le **décret n°2005-223 du 11 mars 2005**, les SAMSAH ont pour vocation « *dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité* ».

Ainsi, les SAMSAH s'adressent sur notification CDAPH, à « *des adultes handicapés dont les déficiences et incapacités nécessitent, en sus des interventions mentionnées à l'article D. 312-155-6 (interventions SAVS), et dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager, des soins réguliers et coordonnés ainsi qu'un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert* ».

Les SAMSAH, par rapport aux SAVS, complètent l'accompagnement social par une intervention dans le domaine du soin : l'équipe du SAMSAH comprend des professionnels du registre thérapeutique et coordonne des interventions de professionnels du soin extérieur au service. Précisons que **les SAMSAH ne sont pas réservés aux situations de handicap les plus « lourdes » mais s'adressent à un public nécessitant des soins et/ou une coordination des soins**, en particulier lorsque **la continuité des soins** s'avère délicate ou impossible du fait des difficultés de la personne accompagnée.

Concrètement, les interventions de registre thérapeutique des SAMSAH se traduisent par :

- l'élaboration et la mise en place d'un plan d'aide (aide humaine et technique),
- la coordination du parcours de soins,
- la mise en œuvre de soins à visée éducative et préventive,
- la préparation, la délivrance et la surveillance du traitement médicamenteux pour certaines personnes en situation de handicap mental n'ayant pas toujours la faculté cognitive et intellectuelle de prendre leur traitement seules. Cet acte n'est inscrit dans la nomenclature des actes infirmiers libéraux que pour des personnes qui présenteraient des troubles psychiques. Un infirmier diplômé d'Etat libéral peut d'autre part, assurer cet acte mais pour une durée maximum de 15 jours (dans le cadre d'une initiation ou d'un changement de traitement).
- Ces interventions peuvent être réalisées « *de façon permanente, temporaire ou selon un mode séquentiel* » (Art. 312-155-13).

Par ailleurs, le **décret n°2009-322 du 20 mars 2009** vient préciser les obligations et modalités d'accueil (ressources humaines notamment) des SAMSAH lorsque ceux-ci accompagnent des personnes handicapées adultes « n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie ». **Toutefois cette population reste à définir plus précisément.**

Les SAMSAH sont quant à eux financés à la fois par le département et par l'assurance maladie (comme pour les foyers d'accueil médicalisés).

I.4 - Les missions

Les Samsah, lorsqu'ils ne sont pas attachés à un SAVS, doivent répondre, selon le décret 205-223, « *dans des proportions adaptées* », aux missions dévolues aux SAVS :

- a) Une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence ;
- b) Un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie.
Et mettre en œuvre tout ou partie des prestations suivantes :
 - a) L'évaluation des besoins et des capacités d'autonomie ;
 - b) L'identification de l'aide à mettre en œuvre et la délivrance à cet effet d'informations et de conseils personnalisés ;
 - c) Le suivi et la coordination des actions des différents intervenants ;
 - d) Une assistance, un accompagnement ou une aide dans la réalisation des actes quotidiens de la vie et dans l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale ;
 - e) Le soutien des relations avec l'environnement familial et social ;
 - f) Un appui et un accompagnement contribuant à l'insertion scolaire, universitaire et professionnelle ou favorisant le maintien de cette insertion ;
 - g) Le suivi éducatif et psychologique.

En complément de ces missions, les Samsah doivent proposer « *dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager* » :

- a) Des soins réguliers et coordonnés ;
- b) Un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.

Le décret n°2009-322 complète la définition des missions attendues :

- Favoriser, quelle que soit la restriction de l'autonomie des personnes accueillies ou accompagnées, leur relation aux autres et l'expression de leurs choix et de leur consentement en développant toutes leurs possibilités de communication verbale, motrice ou sensorielle, avec le recours à une aide humaine et, si besoin, à une aide technique ;
- Développer les potentialités des personnes accueillies ou accompagnées par une stimulation adaptée tout au long de leur existence, maintenir leurs acquis et favoriser leur apprentissage et leur autonomie par des actions socio-éducatives adaptées en les accompagnant dans l'accomplissement de tous les actes de la vie quotidienne ;
- Favoriser la participation des personnes accueillies ou accompagnées à une vie sociale, culturelle et sportive par des activités adaptées ;
- Porter une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique des personnes accueillies ou accompagnées ;
- Veiller au développement de la vie affective des personnes accueillies ou accompagnées et au maintien du lien avec leur famille ou leurs proches ;
- Garantir l'intimité des personnes accueillies ou accompagnées en leur préservant un espace de vie privatif ;
- Assurer un accompagnement médical coordonné des personnes accueillies ou accompagnées qui leur garantisse la qualité des soins.

II – Analyse régionale

II.1 - Identification des SAMSAH de Bretagne



En Bretagne, au 31 décembre 2012, 9 SAMSAH proposaient 487 places autorisées pour un total de 525 personnes accompagnées par les SAMSAH à la même date :

- **Côtes-d'Armor** : 73 places portées par 3 SAMSAH (SAMSAH Adapei 22, SAMSAH APF et SAMSAH Ker Dihun),
- **Finistère** : 129 places portées par 2 SAMSAH (SAMSAH An Treiz et SAMSAH Perharidy de la Fondation du Centre hélio-marin) avec tous les deux, 3 sites (Brest, Morlaix et Quimper),
- **Ille-et-Vilaine** : 200 places portées par 2 SAMSAH en Ille-et-Vilaine (SAMSAH APF et SAMSAH de l'ADAPT)
- **Morbihan** : 85 places portées par 2 SAMSAH dans le Morbihan (SAMSAH Mutualité 29-56 et SAMSAH du Moulin vert)

Nom	Organisme Gestionnaire	Ouverture	Places autorisées au 31-12-12	Personnes accompagnées au 31-12-12
SAMSAH Ker Dihun	Ass. Hospitalière de Bretagne	2006	25	40
SAMSAH Adapei 22	Adapei 22	2009	23	24
SAMSAH APF 22	APF	2007	25	38
Total Côtes d'Armor			73	102
SAMSAH An Treiz	Asso. Les Genêts d'Or	2009	50	50
SAMSAH Perharidy	Fondation Centre Hélio-Marin	2004	79	103
Total Finistère			129	153
SAMSAH APF 35 :	APF	2007	100	76
SAMSAH LADAPT :	Asso. LADAPT	2006	100	107
Total Ille et Vilaine			200	183
SAMSAH Mutualité 56	Mutualité Française 29-56	2010	50	50
SAMSAH Le Moulin Vert	Asso. Le Moulin Vert	2008	35	37
Total Morbihan			85	87
TOTAL GENERAL			487	525

L'organisation des 9 SAMSAH peut être distinguée en 4 catégories :

- **Les SAMSAH proches d'un autre type d'ESMS**

- Le SAMSAH de Ker Dihun (22) intégré à la **MAS** de Ker Dihun et qui propose également un accueil de jour.
- Le SAMSAH de Perharidy (29) qui associe également les missions d'un **SAVS** en forte proximité avec le CHM de Perharidy
- Le SAMSAH du Moulin Vert (56), également constitué d'un **SAVS** et proche de l'ESAT géré par la même association.
- Le SAMSAH de l'Adapt (35) en proximité avec l'**UEROS** de Betton.

- **Les SAMSAH intégrés à un ensemble de services d'intervention à domicile**

- Le **SESVAD** de l'APF 22 (service spécialisé pour une vie autonome à domicile) qui regroupe les missions d'un SAMSAH, d'un **SAVS** et d'un **SAAD**.
- Le SAMSAH de la Mutualité (56), qui comprend également un SAVS et un **CICAT** (Centre d'interventions et de conseils en aides techniques).

- **Les SAMSAH intégrés à une activité « Plateforme de coordination » et « Pôle ressources » :**

- Le SAMSAH de l'Adapei 22 intégré à une plateforme de coordination (financé par le CG 22) : coordination de 6 SAVS, du SAMSAH et d'un pôle ressources (Assistante de service sociale et ergothérapeute pouvant intervenir à domicile).
- Le **SAMS** (Service d'accueil médico-social) de l'APF 35 qui regroupe les missions d'un SAMSAH et d'un **SAVS**, mais également un pôle ressources qui permet le suivi des situations de sortie sur un mode séquentiel (financement par le CG 35).

- **Le SAMSAH proposant un accompagnement vers l'emploi :**

- Le SAMSAH An Treiz (29) « Handicap psychique », récemment intégré à l'association Les Genêts d'or, en cours de constitution d'une coopération avec le SAVS des Genêts d'Or.

Au total, 4 SAMSAH sont associés à un SAVS (APF 22 ; Perharidy (29) ; Le Moulin Vert (56) ; APF 35. Le modèle proposé par l'Adapei 22 étant en phase de construction sur les coopérations inter SAVS-SAMSAH et sur la constitution d'une équipe de « plateforme de coordination ».

Nombre de places au 01.01.11

	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
SAVS et SAMSAH	851	797	850	642	3140
SAMSAH seuls	73	129	200	85	487
SAVS (Différence SAVS-SAMSAH)	778	668	650	557	2653
% SAMSAH//SAVS	8,57%	16,18%	23,52%	13,23%	15,50%

Source pour SAVS et SAMSAH : DREES/FINESS/STATISS 2011

👉 La distinction quantitative des places autorisées des SAVS et des SAMSAH est à prendre avec précaution dans la mesure où les données (ES 2010) agrègent les SAVS et les SAMSAH. Le tableau du nombre de places de SAVS par département est une extrapolation par la différence du nombre de places de SAMSAH autorisées.

Sur l'ensemble de l'offre SAVS-SAMSAH par département la différence va de 8,57% pour les Côtes-d'Armor à 23,52% pour l'Ille-et-Vilaine. Autrement dit, dans l'offre total de service SAVS-SAMSAH, les SAMSAH se distinguent en proportion différente, sans que les caractéristiques des publics accueillis ne permettent de dégager une explication, hormis des initiatives locales d'opérateurs.

II.2 - Le Public accompagné

Selon l'enquête nationale ES 06, les places des SAMSAH au niveau national s'adressent à des personnes ayant un **traumatisme crânien** (33,6 % des places au 31.12.06), une **déficiência intellectuelle et/ou psychique** (32,8 %) ou une **déficiência motrice** (21,9 %).

Selon l'étude qualitative de la CNSA (1), au niveau national, **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**. Quelques SAMSAH sont spécialisés en direction des **déficiencies sensorielles** (visuelles, auditives). Les **SAMSAH « non spécialisés »** accompagnent en pratique le plus souvent des personnes en situation de **handicap mental**.

En Bretagne, aucun SAMSAH n'est polyvalent. **Les 9 SAMSAH bretons sont spécialisés**, c'est-à-dire avec un public cible précisé dans leur autorisation. Si la plupart sont spécialisés sur **une « famille de handicap »** (handicap psychique, déficiência motrice avec ou sans troubles associés, lésions cérébrales), **deux SAMSAH sont autorisés pour plusieurs « familles de handicap »**, ces derniers étant définis : il s'agit du SAMSAH ADAPEI 22 (déficiência intellectuelle, handicap psychique avec problématique somatique, polyhandicap) et le SAMSAH Mutualité 56 (déficiência motrice, handicap psychique, déficiência sensorielle). Toutefois, si à l'origine, il s'agissait de créer une « plateforme commune d'intervention » entre les 4 organismes fondateurs en direction des personnes en situation de handicap sensoriel, psychique ou moteur, aujourd'hui le public accueilli s'est stabilisé en lien avec les spécialisations des 2 médecins du SAMSAH qui exercent également à l'hôpital psychiatrique pour l'un, au CRF de Kerpape pour l'autre. Les personnes déficientes sensorielles ne sont pas accompagnées par le SAMSAH 56.

	Le public du SAMSAH défini par l'autorisation	Autres profils « type » (au 31/12/2012)
SAMSAH Ker Dihun	Lésions cérébrales acquises à la suite d'un Traumatisme crânien, AVC	non
SAMSAH Adapei 22	Déficiência intellectuelle + personne en situation de handicap psychique présentant des problèmes de santé autres que la pathologie mentale. Personnes polyhandicapées	Déficiência intellectuelle Difficultés psychologiques Déficiência motrice Déficiência polyhandicap
SAMSAH APF 22	Déficiencies motrices avec ou sans troubles associés	Polyhandicap Pathologies rares, déficiencies complexes avec troubles neuropsychologiques
SAMSAH An Treiz	Handicap psychique	
SAMSAH Perharidy	Traumatisés crâniens, autres cérébro-lésés et porteurs de sclérose en plaques avec troubles neurocognitifs	Sclérose en plaques

SAMSAH APF 35	Déficiences motrices avec ou sans troubles associés.	Déficiences intellectuelles Difficultés psychologiques Déficiences motrices Déficiences polyhandicap Déficiences auditives graves Déficiences visuelles graves ou cécité
SAMSAH LADAPT	Lésions cérébrales acquises à la suite d'un TC, AVC, Anoxie cérébrale.	Difficultés psychologiques Déficiences motrices Déficiences graves ou cécité « Et toujours avec des troubles neuropsychologiques »
SAMSAH Mutualité 56	Déficiences motrices avec ou sans troubles associés, déficiences sensorielles, handicaps psychiques	Déficiences intellectuelles
SAMSAH Le Moulin Vert	Handicap psychique	

↳ **Les situations de personnes atteintes de pathologies lourdes ou nécessitant des plans de compensation importants**

7 SAMSAH sur 9 déclarent être amenés à intervenir auprès de personnes atteintes de pathologies lourdes/ ou nécessitant des plans de compensation importants (> 6 h d'aide humaine journalière, 24/24, ...). Seuls les deux SAMSAH dédiés au handicap psychique, le SAMSAH An Treiz et le SAMSAH Le Moulin Vert, ne sont pas concernés par ces publics.

▪ **Parmi les personnes accompagnées par votre SAMSAH au 31.12.2012 combien bénéficient :**

	d'une PCH aide humaine ?	de l'intervention d'un service d'aide à domicile/ d'aide à la personne ?	de l'intervention d'un SSIAD ?
SAMSAH Ker Dihun	8	9	
SAMSAH Adapei 22	15	20	0
SAMSAH APF 22	38 (tous)	38 (tous)	2
SAMSAH An Treiz	0	0	0
SAMSAH Perharidy	40	30	0
SAMSAH APF 35	53	56	31
SAMSAH LADAPT	40 *	45	5
SAMSAH Mutualité 56	25	25	0
SAMSAH Le Moulin Vert		3	

* Plus une dizaine en attente de réponses.

Nous réalisons maintenant des dossiers grille GEVA spécialisé TC avec la MDPH et nous arrivons à obtenir des dossiers PCH aide humaine au titre de la surveillance.

Nous sommes dans le cadre du handicap invisible et il est important de repérer les dangers que cela peut engendrer au quotidien (par exemple : des difficultés de mémoire pouvant amener à oublier d'éteindre le gaz; des difficultés de raisonnement conduisant à ne pas mettre un manteau à son enfant en plein hiver) Nous participons à l'EPE à la MDPH pour expliciter ces dossiers

Nous constituons aussi de plus en plus de dossiers "aide à la vie sociale et d'aidant familial".

Les situations atypiques

Le développement des SAMSAH a aussi fait émerger des demandes nouvelles. Certains SAMSAH sont restés sur leur agrément initial, d'autres ont étendu le profil des personnes accueillies, d'abord parce que les « troubles associés » prenaient plus de place, puis parce que les situations qui leurs étaient présentées nécessitaient d'imaginer des modes de prises en charges nouvelles pour des situations atypiques.

7 SAMSAH sur 9 déclarent accompagner des personnes avec un « profil atypique », ce qui se traduit :

- soit par l'intensité des soins (très grande dépendance nécessitant aide d'un tiers 24h/24),
- soit par la technicité des soins (ex : aspirations endo trachéales),
- soit par des problématiques de santé qui s'ajoutent au handicap (ex : diabète, problème cardiaque, troubles psychiatriques),
- soit par la dimension évolutive de la pathologie pouvant évoluer vers la fin de vie

Même si tous ne sont pas confrontés à ces **situations atypiques**, complexes et urgentes qui peuvent aller jusqu'à mettre en place des actions de soins palliatifs pour de courtes durées, les SAMSAH utilisent le cadre légal qui leur donne des possibilités d'adaptation aux situations complexes. Ces situations « intriquées » (terme utilisé par le SAMSAH de la Mutualité) associent des déficiences qui se combinent pour produire un manque d'autonomie alors que la situation somatique n'est pas nécessairement la plus « handicapante ».

Quoiqu'il en soit, tous les SAMSAH évoquent au fil du temps la découverte de situations qui n'étaient pas prises en compte et laissaient les personnes dans des situations dramatiques. Dans le domaine du handicap psychique cela peut correspondre à des situations de personnes vivant à la rue avec des séjours réguliers en hôpital psychiatrique (l'intervention du SAMSAH ayant permis d'y mettre fin). Pour d'autres, en particulier dans le domaine de la déficience motrice et du polyhandicap, l'intervention du SAMSAH soutient le maintien à domicile de personnes dont les proches ne sont plus en mesure d'assurer la prise en charge ou la recherche de solutions. D'autres situations concernent des personnes qui seraient maintenues en établissement faute d'organisation et de coordination des intervenants à domicile.

Enfin, ce que le questionnement sur les situations atypiques révèle, c'est l'absence de pratique - reconnue par certains ou non évoquée lors des témoignages - qui prendrait en compte des situations de personnes avec autisme ou troubles envahissants du développement.

 **Le choix de la spécialisation** est principalement le résultat d'une évolution des projets des gestionnaires à partir de constats de besoins faits par des familles ou des professionnels. C'est aussi l'évolution du cadre légal qui a permis à des services expérimentaux de trouver une base légale (ex : sites pour la vie autonome, « services de suite » dans le champ du handicap mental, redéploiement de moyens de l'UEROS...).

La spécialisation est donc en premier lieu la construction d'un projet basé sur une longue expérience que la jeunesse des dates d'ouverture des services ne devait pas masquer. Ce peut être aussi la volonté d'étendre le périmètre de ses interventions. Ainsi le SAMSAH de l'Adapei 22 exprime une volonté associative de « s'ouvrir à d'autres pathologies : le handicap psychique, TED et autisme, polyhandicap ». Mais, même ici, c'est avant tout la revendication d'une connaissance des publics et de leurs besoins qui a indiqué une relative extension vers le handicap psychique « pour des personnes présentant des problèmes de santé autres que la pathologie mentale ».

👉 **Les avantages de la spécialisation** énoncés lors de l'enquête sont principalement de deux ordres : l'**expertise (citée par 6 SAMSAH sur 9)** et la **reconnaissance (4 SAMSAH sur 9)**. Tout d'abord, la spécialisation, c'est la garantie de poursuivre l'expertise initiale qui a conduit à la création du service en développant les compétences des professionnels par des formations spécifiques (en neuropsychologie, en rééducation fonctionnelle, gestes techniques, etc.). La spécialisation s'accompagne pour 6 SAMSAH sur 9 de compétences acquises ou développées, de formations spécifiques, de qualification, connaissance, expérience éprouvée.

Sur un second plan, cette expertise va permettre de légitimer la place des intervenants du SAMSAH auprès des aidants et des partenaires, quand bien même le SAMSAH ne serait positionné « que » sur la coordination. La spécialisation serait donc aussi la garantie, pour des services encore largement méconnus, de construire une reconnaissance, en premier lieu auprès des professionnels du soin. Mais à moyen terme, cette spécialisation comporte le risque de faire passer au second plan la nécessité de l'approche globale que les SAMSAH revendiquent et leur mission de coordination qui, en soit, peut très bien être produite par un SAMSAH polyvalent.

Cette polyvalence n'est revendiquée par personne dans la mesure où la polyvalence d'un SAMSAH risque de se traduire par une expertise moindre (citée par 3 SAMSAH sur 9), des réponses moins adaptées et partielles (citée par 3 services) ou demanderait une **forte augmentation de moyens** en formation (citée par 3 SAMSAH sur 9) pour les SAMSAH qui se sont constitués sur leur connaissance d'une famille de handicap.

Les quelques avantages, mais pas des moindres qui sont évoqués, concernent essentiellement **l'équité de traitement** (citée par 3 SAMSAH sur 9) et la centration sur les postures professionnelles d'accompagnement, mobilisables quelques soient les pathologies : soutien à l'expression des personnes et des aidants, négociation des interventions à domicile, médiation entre les professionnels et les intervenants du soin, etc.

Positionné sur une forte spécialisation, voire fortement revendiquée lorsqu'il s'agit par exemple du « handicap invisible » produit par les lésions cérébrales (et ses conséquences cognitives, comportementales et psychoaffectives), la **spécialisation trouve ses limites** lorsque **les troubles associés** prennent de l'importance (6 SAMSAH sur 9). Toutefois, ce n'est pas tant la spécialisation que la complexité de la situation qui détermine les limites de l'intervention. Un service polyvalent ne ferait pas mieux Incapable d'être spécialiste « de tout », et lorsque les ressources territoriales font défaut ou sont difficiles à mobiliser, le SAMSAH reconnaît alors que la spécialisation peut conduire à une inégalité de traitement par une forme de sélection selon la gravité de ces troubles.

Par la disponibilité interne ou externe au SAMSAH des compétences nécessaires à leur compréhension ou traitement, les troubles associés seraient donc la variable d'ajustement qui déterminerait le degré de spécialisation d'un SAMSAH. Ce sont eux aussi qui déterminent la capacité des services à prendre en compte les situations atypiques.

II.3 - L'activité des SAMSAH

- **File active annuelle sur les 3 dernières années :**

	File active 2012	File active 2011	File active 2010
SAMSAH Ker Dihun	40	37	38
SAMSAH Adapei 22	31	27	8
SAMSAH APF 22	38	44	42
SAMSAH An Treiz	64	67	69
SAMSAH Perharidy	103	100	97
SAMSAH APF 35	76	80	67
SAMSAH LADAPT	107	109	103
SAMSAH Mutualité 56	54	36	0 (ouverture en 2011)
SAMSAH Le Moulin Vert	37	26	20

- **Nombre de personnes actuellement inscrites sur les listes d'attente :**

SAMSAH Ker Dihun	7
SAMSAH Adapei 22	0
SAMSAH APF 22	14
SAMSAH An Treiz	29
SAMSAH Perharidy	13
SAMSAH APF 35	0
SAMSAH LADAPT	23
SAMSAH Mutualité 56	15
SAMSAH Le Moulin Vert	2

👉 **La file active et le nombre de personnes inscrites sur listes d'attentes** illustrent en moyenne une progression des services qui atteignent voire dépassent le nombre de places autorisées. C'est pour le handicap psychique que la montée a été la plus lente, essentiellement dans la période d'ajustement des caractéristiques des orientations proposées par la MDPH. Le temps de mieux comprendre les caractéristiques du service par les équipes d'évaluation, les orientations seraient devenues plus pertinentes.

Les 2 SAMSAH qui annoncent n'avoir personne en liste d'attente sont des SAMSAH essentiellement de coordination, intégrant un modèle de plateforme, ou de « Pôle ressources ». Le terme « Centre ressources » n'étant pas utilisé puisque le SAMSAH « n'a pas fait l'objet d'une autorisation » au sens de l'article L 312-1 du CASF : « *Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services* ».

▪ **Durée moyenne de prise en charge sur les trois dernières années :**

	Déclaratif	Traduction en nb mois
SAMSAH Ker Dihun	3 ans et 8 mois	44
SAMSAH Adapei 22	1 an	12
SAMSAH APF 22	1 an et 8 mois	20
SAMSAH An Treiz	18,5 mois	18
SAMSAH Perharidy	3 ans et 8 mois	44
SAMSAH APF 35	2 ans *	24
SAMSAH LADAPT	3 ans (correspond à la notification MDPH) renouvellement de la notification possible.	36
SAMSAH Mutualité 56	13 mois	13
SAMSAH Le Moulin Vert	4 ans	48

* hors accompagnement séquentiel proposé par le pôle ressource

👉 **Les durées de prise en charge** sont aussi à prendre avec précaution puisque la création des services est somme toute très récente. Pour avoir une idée plus précise, il faudrait étudier des parcours d'usagers en lien avec leurs difficultés. Tous les SAMSAH qui intègrent un SAVS évoquent l'intérêt du passage possible d'une prise en charge par le SAVS lorsque le besoin de coordination ou de continuité des soins est résolu ou que des relais ont été trouvés. Les délais de changement de notification par la MDPH sont parfois un frein à l'engagement dans cette souplesse de fonctionnement. Ainsi des prises en charges en SAMSAH seraient maintenues par défaut d'orientation vers une prise en charge en SAVS, considérant le délai de traitement de la demande comme inappropriée avec la réalité d'une situation qui aurait évolué. Ce serait ainsi le cas lorsqu'une situation s'étant stabilisée sur la prise autonome de traitement, celle-ci n'étant jamais complètement acquise - en particulier dans le domaine des troubles mentaux - le maintien en SAMSAH se ferait par précaution d'une éventuelle « rechute ».

La durée de prise en charge évolue également en fonction des publics accueillis. Repérés pour prendre en charge des situations plus complexes, les SAMSAH se retrouvent aussi avec des personnes nécessitant un accompagnement plus long dans le temps ou avec un manque de solutions alternatives sur le territoire de vie de la personne. Ainsi le SAMSAH de l'Adapei 22 qui annonçait une durée moyenne de prise en charge d'un an sur les 3 dernières années passerait à 2,5 ans en 2013.

▪ **Fréquence moyenne d'intervention du service auprès d'un usager (toutes interventions confondues sur 1 mois)**

Service	Déclaratif	Moyenne
SAMSAH Ker Dihun	4 interventions mensuelles, soit une intervention par semaine	4 / mois
SAMSAH Adapei 22	2 visites par semaine auprès de l'utilisateur auxquels s'ajoutent les contacts téléphoniques et les nombreuses rencontres avec les partenaires.	8/mois
SAMSAH APF 22	3 fois/semaine en moyenne (6 personnes > 20 interventions/mois - pour 3 personnes interventions 7 jours /7)	12 / mois
SAMSAH An Treiz	4,5 fois par mois, soit plus d'une fois par semaine et par personne	4,5 / mois

SAMSAH Perharidy	2,5 par mois	2,5 / mois
SAMSAH APF 35	1 à 2 par mois	1,5 / mois
SAMSAH LADAPT	Il peut y avoir plusieurs RDV par semaine pendant la phase d'accueil mais sur une prise en charge stabilisée le référent peut faire un point une fois par mois. De plus pour une sortie d'accompagnement, les rendez-vous sont moindres pour vérifier comment la personne prend son autonomie.	pl fois /semaine lors de l'accueil puis 1 / mois
SAMSAH Mutualité 56	8 (interventions directes)	8 /mois
SAMSAH Le Moulin Vert	6	6 / mois

↳ La **fréquence d'intervention** du service auprès d'un usager varie d'une à deux interventions par mois (SAMSAH APF 35) à une dizaine d'intervention par mois (SAMSAH APF 22).

Le nombre moyen d'interventions est difficile à déterminer pour la part « coordination des soins » dans la mesure où la plupart des SAMSAH/SAVS ne distinguent pas dans leur activité une moyenne pour les interventions SAMSAH ou les interventions SAVS. La caractéristique commune du rythme des interventions est la variabilité en fonction des besoins de la personne, en particulier pour les personnes avec troubles neuropsychologiques, la déficience intellectuelle ou le handicap psychique. On peut noter que les personnes avec des troubles somatiques les plus graves ne demandent pas systématiquement un rythme plus soutenu si des relais de prise en charge ont pu être installés.

🔗 Ouverture et Amplitude horaire

Seuls 2 SAMSAH déclarent être ouverts toute l'année. Le SAMSAH APF 22 parce qu'il propose des interventions de soin à domicile et le SAMSAH du Moulin Vert parce qu'il assure une permanence téléphonique, en lien avec l'établissement de rattachement (astreinte des cadres).

Les autres, qui aimeraient pouvoir ouvrir plus largement en particulier pour favoriser des interventions collectives le week-end, sont limités par les moyens à leur disposition.

	En 2012, nombre de jours d'ouverture du SAMSAH	Horaires d'intervention	Les astreintes du personnel pendant les périodes de fermeture (nocturne, hebdomadaire, annuelle)
SAMSAH Ker Dihun	253	9h - 16h30 en règle générale et jusqu'à 18h certains jours de la semaine. De plus, les horaires peuvent être modulables en fonction des besoins des usagers.	non
SAMSAH Adapei 22	261	9h - 17h30.	Non
SAMSAH APF 22	365	7h - 22H pour les intervenants aides-soignants et AMP et les astreintes infirmières. 8h30 - 18h pour les autres professionnels.	Astreintes infirmières en dehors heures ouverture de bureau : 7h - 8h30 et 18h - 22h, 7h - 22h week-end et fériés.

SAMSAH An Treiz	240	9h – 12h30 / 13h30 – 17h30 sur rendez-vous qui peuvent avoir lieu avant ou après ces horaires selon les besoins	Non
SAMSAH Perharidy	229	9h - 12h30 / 13h30 - 17h30	Non
SAMSAH APF 35	253	Horaires de bureau : 9h - 12h30 / 14h - 17h30. Intervenants : 8 h - 24h (en fonction des besoins. Quelques interventions possible le week-end selon le planning des activités).	Non
SAMSAH LADAPT	230	De 9h à 18h mais elles sont adaptables pour certaines circonstances en soirée ou le samedi.	Non. Pendant la fermeture annuelle, des périodes d'astreintes sont mises en place sur l'été. Le budget ne permet pas de mettre en place des astreintes le soir et le week-end.
SAMSAH Mutualité 56	250	En moyenne de 8h à 18h.	Non
SAMSAH Le Moulin Vert	365	9h -1 2h : 1 intervenant médico-social. 13h - 20h du lundi au samedi : toute l'équipe. Permanence téléphonique les soirs, les nuits, les week-ends et les jours fériés. Astreinte des cadres en cas d'urgence.	Pas de fermeture du service.

Sauf pour le SAMSAH du Moulin Vert, la permanence téléphonique n'est pas jugée utile dans la mesure où les recours en cas de problème ont été envisagés avec la personne et les intervenants d'autres services à domicile.

Le SAMSAH du Moulin Vert considère la **permanence téléphonique comme indispensable** pour les personnes présentant des troubles psychiques, dans la mesure où cette disponibilité suffit souvent à apaiser et limiter les interventions directes.

L'ensemble des SAMSAH interviennent et sont accessibles du lundi au vendredi selon des horaires variables en fonction de la nature des interventions (le soin le matin et en soirée). La plupart disent ajuster leurs horaires occasionnellement en fonction des besoins des usagers.

Zone d'intervention

Les agréments ont défini des périmètres d'intervention départementaux sauf pour le Morbihan qui a déterminé des zones infra-départementales pour chacun des 2 SAMSAH. Le périmètre défini, bien que départemental, peut tout de même masquer quelques difficultés. Certains évoquent les temps de trajets pour les intervenants et l'accessibilité pour les personnes lorsque des rencontres se font dans les locaux du service (premier entretien, rencontre avec le médecin, ...). Les 2 SAMSAH finistériens ont créé des antennes, à Brest et Quimper pour le SAMSAH An Treiz et Morlaix et Ergué-Gabéric (près de Quimper) pour LE SAMSAH Perharidy.

▪ La zone d'intervention des SAMSAH :

	Zone définie dans votre agrément	Zone réelle d'intervention
SAMSAH Ker Dihun	Périmètre départemental	Périmètre départemental
SAMSAH Adapei 22	Périmètre départemental	Périmètre départemental
SAMSAH APF 22	Périmètre départemental	Périmètre départemental
SAMSAH An Treiz	Périmètre départemental	Sans réponse
SAMSAH Perharidy	Périmètre départemental	Périmètre départemental
SAMSAH APF 35	Périmètre départemental	Périmètre départemental
SAMSAH LADAPT	Périmètre départemental	Périmètre départemental
SAMSAH Mutualité 56	Périmètre infra-départemental : 32 km autour de Lorient	35 km
SAMSAH Le Moulin Vert	Périmètre infra-départemental : agglomération de Vannes et Presqu'île de Rhuys	

II.4 - Missions et prestations

Les principales missions assurées par les SAMSAH en termes de temps de personnel mobilisé sont :

- 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.

🔗 **La coordination des interventions** auprès de la personne a été ajoutée parmi les principales missions. Les SAMSAH ont une fonction de coordination de la mise en oeuvre du plan de compensation : coordonner les interventions des professionnels auprès de la personne pour assurer la continuité du soin et de l'accompagnement, mais aussi coordination relative aux aides techniques ou aux adaptations du logement.

SAMSAH d'intervention ou SAMSAH de coordination ? L'étude CNSA avait mis en évidence l'existence de 2 types de SAMSAH : d'une part, des SAMSAH d'intervention et d'autre part des SAMSAH de coordination. Ces derniers délèguent à d'autres acteurs (SAAD, SSIAD, praticiens libéraux, ...) des interventions que les premiers réalisent en interne. Concernant les interventions, les CPAM s'interrogent sur le risque d'une double prise en charge : les frais de soins relèveraient-ils du SAMSAH ou des soins de ville ?

🔗 **La distinction coordination/intervention** et leurs définitions pourraient être précisées en Bretagne car les points de vue diffèrent. Si tous s'entendent à considérer la mission de coordination comme étant la meilleure façon de décrire l'action principale d'un SAMSAH, la notion d'« intervention » n'emporte pas une définition unanime.

Certains définissent les « interventions » au domicile en lien avec un geste technique d'aide ou d'assistance à la vie quotidienne et aux prestations de soin, alors que d'autres considèrent la définition de l'intervention comme étant du domaine du pilotage des actions coordonnées, pourvu qu'il s'effectue avec la personne ou ses proches à partir de son domicile.

L'intervention regrouperait donc l'ensemble des missions prévues dans les décrets 205-223 (SAVS-SAMSAH) et 2009-322 (MAS-FAM-SAMSAH) selon des variations propres aux compétences des professionnels composant l'équipe et au positionnement du projet de service (sans distinction qu'il s'agisse d'un SAMSAH seul ou d'un SAMSAH-SAVS).

👉 **L'évaluation des besoins et des capacités d'autonomie** est proposée par l'ensemble des SAMSAH par l'intermédiaire de la construction du plan d'aide. Elle comporte des volets plus ou moins spécialisés selon le type de trouble ou de déficience, pouvant aller jusqu'à une contribution au diagnostic pour les personnes cérébro-lésés concernant leurs difficultés neuropsychologiques, les effets sur la vie quotidienne et la proposition ciblée des apprentissages. Le « diagnostic médical de la situation handicapante » vaut aussi pour les autres déficiences en particulier pour la déficience motrice, mais ce qui caractérise cette évaluation, c'est qu'elle concerne des personnes pour lesquelles les réponses classiques ne sont pas satisfaisantes ; soit parce qu'elles sont incomplètes, soit parce qu'elles échappent aux dispositifs habituels. Ainsi, l'évaluation de la capacité d'autonomie portera sur l'ensemble des niveaux somatiques et psychiques pour des situations complexes avec des problématiques multiples ou sur un seul aspect de l'accompagnement vers la prise de traitement, en particulier pour des personnes avec troubles psychiques.

👉 **Une aide aux aidants familiaux et un soutien des relations avec l'environnement familial.**

C'est une prestation que tous les SAMSAH bretons disent effectuer, en particulier pour l'accompagnement psychologique, des actions d'éducation thérapeutique et de conseils de prévention, la facilitation du dialogue, mais aussi l'apprentissage des aides techniques et des postures pour les déficiences motrices. La limite étant celle de situations dans le domaine du handicap psychique lorsque l'entourage familial est absent ou que la personne ne souhaite pas entretenir de lien avec sa famille.

👉 Selon l'étude CNSA, **l'accompagnement à l'insertion professionnelle** est assuré par deux tiers des SAMSAH en France, 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. Ce constat s'explique pour partie par les autres acteurs mobilisés en matière d'insertion professionnelle (Cap Emploi, ...).

En Bretagne le SAMSAH An treiz est particulièrement positionné sur cette mission du fait de son histoire, les autres considèrent cette mission comme moins prioritaire. Le SAMSAH du Moulin Vert n'intervient qu'auprès de personnes sans emploi. Les personnes ayant un emploi à l'ESAT étant suivies par le SAVS. Le SAMSAH de l'ADAPT est en forte proximité avec l'UEROS (même chef de service) qui peut venir en appui sur l'accompagnement à l'insertion professionnelle.

▪ **Intervention et/ou coordination :**

	SAMSAH d'intervention	SAMSAH de coordination	
Ker Dihun		Oui	L'équipe du SAMSAH ne comprend ni infirmier, ni aide-soignante, ni auxiliaire de vie sociale qui assurent les soins directs à la personne. L'équipe du SAMSAH s'attache à favoriser la coordination de l'accompagnement de l'utilisateur par des services d'aide à domicile et autres partenaires.
Adapei 22		Oui	Le SAMSAH réalise des évaluations des besoins et attentes de la personne en situation de handicap, met en synergie opérationnelle les différents acteurs pouvant répondre en tout ou partie à ces besoins et coordonne leurs actions.
APF 22	Oui	Oui	Les aides-soignants et AMP n'interviennent pas de manière systématique. Leurs interventions sont adaptées aux besoins et aux objectifs d'accompagnement tels que définis dans le projet personnalisé.
An Treiz	Oui	Oui	Intervention auprès des personnes accompagnées et coordination entre les intervenants des secteurs sanitaire, social et professionnel dans le cadre d'un projet socio-professionnel.
Perharidy		Oui	Pas d'intervention quotidienne intervenant dans le parcours de soins de l'utilisateur. Coordination des intervenants à domicile choisis par l'utilisateur.
APF 35	Oui	Oui	Un SAMSAH de coordination et d'intervention, mais qui ne propose pas les soins quotidiens.
LADAPT	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - Accès aux soins - Démarches administratives - Evaluation neuropsychologiques - Réentraînement neuropsychologique - Soutien psychologique aux usagers et à leurs familles - Insertion professionnelle - Activités de loisirs
Mutualité 56		Oui	Le SAMSAH est majoritairement dans la coordination en s'appuyant sur le réseau mais il propose également des actions d'intervention en fonction des besoins de la personne accompagnée.
Moulin Vert	Oui	Oui	

La médicalisation du service

La médicalisation du service est la principale différence entre SAMSAH et SAVS, même si les SAMSAH sans SAVS doivent aussi répondre à l'ensemble des missions SAVS.

Outre cette distinction liée à la médicalisation et aux interventions directes de soin, ce qui distingue les SAMSAH des SAVS est la **complexité des situations** et par conséquent la **plus grande disponibilité des professionnels** en temps passé auprès des personnes et des partenaires, eux-mêmes beaucoup plus diversifiés en comparaison des situations suivies par les SAVS.

Si l'on considère **les missions complémentaires** aux SAVS définies par le décret 205-223 pour les SAMSAH :

- a) Des soins réguliers et coordonnés ;
- b) Un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.

Les SAMSAH bretons identifient les différences entre SAMSAH et SAVS de la façon suivantes :

- **En termes de publics :**

Les problématiques de santé sont plus importantes chez les publics orientées vers les SAMSAH : situation évolutive de handicap, troubles associés, ... « *Les aidants familiaux sont généralement plus mis à l'épreuve et donc plus épuisés* », nécessitant un relais pour assurer notamment la coordination des différentes interventions.

Les publics orientés vers le SAMSAH sont plus éloignés de l'emploi qu'en SAVS, notamment pour les publics avec handicap psychique.

L'accompagnement médical est à réaliser avant de pouvoir travailler sur d'autres domaines de la vie quotidienne. Les publics relevant d'un SAMSAH sont pour certains dans l'incapacité de gérer leur santé et c'est le SAMSAH qui va contribuer à cet accès aux soins et à leur effectivité.

- **En termes de ressources humaines :**

La médicalisation du service se traduit notamment en termes de ressources médicales (7 SAMSAH sur 9) et para-médicales avec la présence d'infirmier (8 SAMSAH sur 9), de psychologues (9 sur 9), d'ergothérapeute (6 sur 9), d'orthophoniste (2 sur 9), d'aide-soignant (2 sur 9) ou de psychomotricien (1 sur 9).

Dans certains SAMSAH, les professionnels du service exercent également un temps partiel dans d'autres structures « médicales » (USLD, centre de post-cure, centre de rééducation, hôpital psychiatrique).

Cette médicalisation du service permet de disposer au sein des équipes de « *compétences pour évaluer les retentissements des troubles* » sur la vie quotidiennes et de fait d'adapter les compensations à mettre en place.

- **En termes de prestations :**

Les situations de personnes orientées vers les SAMSAH nécessitent davantage de coordination et les partenaires à mobiliser seraient plus nombreux. La nécessité d'une coordination du parcours de soin justifie l'orientation vers un SAMSAH plutôt que vers un SAVS. La médicalisation du service facilite et légitime son rôle de coordination des différents intervenants.

L'organisation d'une permanence téléphonique pour prévenir les angoisses est considérée comme indispensable à l'organisation d'un SAMSAH handicap psychique.

- **En termes de partenariats :**

La médicalisation des services porte par ailleurs sur leurs liens avec le secteur sanitaire : (« collaboration étroite avec le secteur sanitaire », « partenaires relèvent en premier lieu du secteur médical »).

Si les SAVS sont également amenés à travailler avec le secteur sanitaire, la différence va porter sur le rôle de coordination porté par le SAMSAH, des temps de coordinations plus fréquents avec les acteurs du soin et une plus grande diversité de partenaires relevant du champ sanitaire.

- **En termes de parcours d'accompagnement :**

7 SAMSAH font état de publics issus d'un SAVS ou ayant été réorientés vers un SAVS. Ces situations sont plus ou moins fréquentes selon les services.

C'est le besoin d'un accompagnement vers le soin qui va justifier le passage de relais d'un SAVS vers le SAMSAH : dégradation de la santé, perte d'appui dans l'environnement familial pour assurer les démarches vers le soin (épuisement des aidants). Les usagers de SAMSAH ne sont pas majoritairement issus de SAVS.

A l'inverse, lorsque la personne n'a plus besoin d'un accompagnement spécifique dans le domaine du soin (situation stabilisée, étayage sur le plan médical et paramédical bien organisé, ...), le SAMSAH peut passer le relais vers un SAVS.

Les médecins des services (hormis Adapei 22 qui ne comprend aucun médecin dans l'équipe) contribuent à l'évaluation des situations et à l'accompagnement du parcours de soin selon des degrés variables en fonction des situations et de la spécialisation. Le SAMSAH An Treiz ne fait pas état de la présence de médecin dans le tableau des ressources humaines, mais évoque « le fait de disposer d'un temps de médecin psychiatre » dans la réponse au questionnaire.

La coordination médicale du parcours de soin est plus aisée lorsque les médecins sont également praticiens hospitaliers (c'est le cas du SAMSAH Mutualité 56 – Médecin psychiatre; Médecin de rééducation fonctionnelle).

Tous les SAMSAH pratiquent « un **accompagnement médical et paramédical** » en concertation avec le médecin généraliste référent et les intervenants paramédicaux libéraux qu'ils conseillent le cas échéant.

Les SAMSAH vont se différencier les uns des autres dans la mise en œuvre de leurs missions, notamment dans celle relative à la santé. Ainsi, si des actes relatifs aux soins sont assurés par l'ensemble des SAMSAH (soutien psychologique, accompagnement aux consultations et aux soins somatiques et psychiques), d'autres sont mis en œuvre par une partie des SAMSAH seulement :

- Dispensation d'actes médicaux (2 SAMSAH)
- Dispensation d'actes paramédicaux (6 SAMSAH) : à titre d'exemple, le SAMSAH APF 22 propose des actions de soin direct par l'intermédiaire d'actes infirmiers (non systématique) et d'interventions d'aides-soignants pour quelques situations ; le SAMSAH LADAPT propose du réentraînement neuropsychologique. Toutefois, ce type de prestations reste à préciser pour les SAMSAH.
- Aide à l'observance du traitement (surveillance du traitement) (6 SAMSAH dont les 4 autorisés pour publics avec handicap psychique)
- Aide à l'hygiène personnelle (4 SAMSAH) : cependant, cette terminologie peut recouvrir des réalités d'intervention très diverses, de la simple incitation / stimulation (notamment pour

le handicap psychique) à la réalisation d'actes, via l'intervention d'aide-soignant par exemple.

Dans la liste ci-dessous, quels sont les actes relatifs aux soins réalisés par les salariés du SAMSAH ?

	Ker Dihun	Adapei 22	APF 22	An Treiz	Perharidy	APF 35	LADAPT	Mutualité 56	Moulin Vert
Coordination des partenaires concernant le soin	<input checked="" type="checkbox"/>								
Elaboration et mise en place d'un plan d'aide (aide humaine et technique)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dispensation d'actes médicaux	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>				
Dispensation d'actes paramédicaux	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Accompagnement aux consultations et aux soins somatiques et psychiques	<input checked="" type="checkbox"/>								
Aide à l'observance du traitement (surveillance du traitement)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Préparation et délivrance du traitement médicamenteux			<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>
Aide à l'hygiène personnelle			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Prévention de l'addiction		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Soutien psychologique	<input checked="" type="checkbox"/>								
Accompagnement éducatif et social	<input checked="" type="checkbox"/>							<input checked="" type="checkbox"/>	

Les **actions paramédicales** plus spécifiques sont proposées par les neupsychologues (Ker Dihun (22) et l'ADAPT-35) permettant d'affiner l'évaluation des troubles neuropsychologiques pour les cérébro-lésés. Les ergothérapeutes sont absents des équipes SAMSAH :

- Adapei 22, mais le pôle ressource propose ce type d'intervention
- An Treiz (Handicap psychique)
- Moulin Vert (Handicap Psychique)

Seul le SAMSAH APF 22 propose des actions de soin direct par l'intermédiaire d'actes infirmiers et d'interventions d'aides soignants pour quelques situations. Le SAMSAH APF propose des séances de « toucher/massage », tous proposent un accompagnement psychologique.

 **La coordination du projet de soin**

La coordination est liée à la méconnaissance initiale que les partenaires et prestataires de soins et d'aide à domicile ont de cette fonction de coordination dévolue aux SAMSAH. La majorité des SAMSAH témoignent de leur difficulté à installer dans un premier temps leur rôle auprès des autres intervenants. Certains – en particulier les professionnels du soin, infirmiers libéraux et médecins généralistes – s'attendent à ce que le service médico-social propose, ou bien un plateau technique complet, ou bien une spécialisation sur une prestation spécifique. Le temps de calage est plus ou moins long, mais surtout, il est à renouveler à chaque situation pour laquelle un nouvel intervenant libéral est rencontré.

La fonction du SAMSAH se révèle peu à peu lorsqu'il permet d'apaiser des tensions entre le professionnel du soin et son patient ou alors lorsque le médecin généraliste peut prendre le recul suffisant pour intégrer l'ensemble des prestations d'accompagnement au projet de soin.

Pour autant, tous les médecins de famille référents n'intègrent pas la fonction transversale et le travail pluridisciplinaire inhérents au SAMSAH. Ainsi, le médecin du SAMSAH, lorsqu'il existe, n'est pas toujours reconnu par ses confrères comme un membre associé à la situation et quand bien même la personne accompagnée le souhaite, l'information médicale lui est rarement transmise par ses confrères.

La situation la plus claire sur la place du médecin est concomitante de l'évolution du SAMSAH Mutualité 56, considéré selon l'agrément comme SAMSAH « Polyvalent » (pour des déficiences d'origine psychique, physique et sensorielles), mais qui a rapidement évolué vers une spécialisation « Physique et /ou psychique ». Les deux médecins du service sont eux-mêmes spécialisés dans chacun de ces domaines et praticiens hospitaliers, l'un à l'EPSM Charcot et l'autre au centre de rééducation de Kerpape. Cette place particulière est considérée comme efficace pour l'accompagnement du parcours des personnes, mais elle soulève aussi quelques interrogations.

En effet, le SAMSAH n'est plus positionné sur la déficience sensorielle, et cette proximité avec deux établissements – d'importance – risque de fermer la possibilité d'ouverture vers d'autres prises en charges qui ne seraient pas suivies par les médecins du SAMSAH ayant cette double appartenance.

Les relations entre les SAMSAH et les intervenants médicaux ou paramédicaux ne font l'objet d'une convention que pour l'ADAPT 35 avec un podologue dans le cadre des soins palliatifs. L'Adapei 22 dit vouloir travailler une trame de convention, mais la majorité pense qu'il est difficile de conventionner avec les libéraux sous le prétexte de la diversité des pratiques. Pour autant, cette absence de formalisation contribue à ne pas fixer la fonction des différents intervenants et la nécessaire connaissance des spécificités des interventions de chacun.

↳ **Recours aux partenaires pour réaliser certains actes**

7 SAMSAH sur 9 déclarent avoir recours à des **intervenants libéraux**, médecins (généralistes, spécialistes dont psychiatre) ou paramédicaux (kiné, orthophoniste, infirmier, diététicien, podologue, dentiste, gynécologue, ...). Deux SAMSAH évoquent l'existence d'une convention partenariale « occasionnellement ». L'action de ces intervenants est coordonnée par la participation de ces acteurs aux réunions de synthèse dans ces 7 services. Pour un de ces services, la participation aux réunions de synthèse des intervenants libéraux est rémunérée.

Seuls 3 SAMSAH déclarent faire appel à des professionnels **de SSIAD** : APF 22, APF 35 et LADAPT) notamment pour des soins techniques infirmiers et des soins de nursing (toilette, mise aux toilettes, prévention d'escarre, ...). Les SSIAD participent alors aux synthèses organisées par le SAMSAH.

Faute de disponibilité dans les SSIAD, un SAMSAH n'a pu solliciter leur intervention.

Seul un SAMSAH déclare ne pas solliciter de **services d'aide à domicile ou services à la personne** pour ses usagers. Les autres SAMSAH sollicitent ces services pour l'intervention d'Auxiliaire de la vie sociale, d'aide-ménagère, de TISF, d'AMP ou aide-soignant, ... pour réaliser des soins quotidiens, pour les actes de la vie quotidienne, pour les sorties à l'extérieure. Ces interventions sont alors financées par la personne elle-même via une aide financière (ACTP, PCH, CESU, heures mutuelles, indemnisation, MTP, aide sociale). Trois services signent systématiquement une convention avec ces services d'aide à domicile. Ces services participent aux réunions de synthèse organisées par les SAMSAH (à l'exception d'un SAMSAH).

Lorsque plusieurs acteurs autres que le SAMSAH sont mobilisés autour d'une situation (SSIAD, SAAD, praticiens libéraux, HAD, tutelles, ...) et/ou que cette personne fréquente des structures de type accueil de jour ou hébergement temporaire, 8 SAMSAH sur 9 assurent alors la coordination des interventions.

Les différentes situations qui suivent illustrent l'articulation des SAMSAH avec les autres intervenants (SSIAD, SAAD, service à la personne, HAD, libéraux, ...) autour d'une même situation, le rôle des SAMSAH dans l'évaluation des besoins et l'élaboration du plan de compensation, la coordination des divers intervenants ainsi que la réalisation de certaines prestations.

**Illustrations de situations
mettant en évidence les différents intervenants autour de situations de personnes atteintes de
pathologies lourdes ou nécessitant des plans de compensation importants**

- **Situation 1 Ker Dihun**

Troubles neuropsychologiques et comportementaux - actuellement en période d'évaluation - collaboration existante avec le **service d'aide à domicile**

- **Situation 2 Ker Dihun**

Troubles neuropsychologiques et comportementaux - collaboration existante avec le **service d'aide à domicile et partenaires "privés" employés par l'utilisateur**

- **Situation 3 Ker Dihun**

Troubles moteurs et neuropsychologiques - travail en collaboration avec **l'équipe service à domicile et avec un paramédical libéral**.

- **situation 1 Adapei 22**

Plusieurs personnes (souvent vieillissantes) en situation de handicap mental lourd ou polyhandicap, vivent chez leurs parents eux-mêmes âgés et présentant des problèmes de santé. Ces personnes nécessitent une surveillance 24h/24 assurées par la famille (en dédommagement familial) et par le biais d'un service d'aide à domicile (en général, en prestataire).

Le SAMSAH évalue les besoins, constitue le dossier MDPH (en argumentant la demande en aides humaines et aides techniques), aide à mettre en œuvre le plan d'aide à domicile (mise en place des intervenants extérieurs / transmissions des informations utiles par le biais de différents outils (temps de concertation/ livret d'accompagnement / fiches d'évaluation).

L'équipe du SAMSAH se situe **en complémentarité des partenaires (SAAD, IDE, kiné, CMP...)**, les interventions sont à visées éducatives et préventives. Les premières interventions des partenaires peuvent être réalisées ensemble.

L'équipe du SAMSAH se situe **en soutien et dans la co-construction avec les partenaires** (échanges sur les habitudes de vie, les pratiques et les compétences de chacun (ex: les spécificités du handicap pour le SAMSAH, l'accompagnement des personnes âgées pour un SAAD).

Des **temps de coordination** sont réguliers entre les services (à domicile ou en dehors) **pour construire des outils, apporter un éclairage clinique, etc.**

Missions du SAMSAH :

- Centre ressource (Évaluation /diagnostic)
- Cellule de soutien:
 - Mise en place du plan d'aide (humaine et technique)
 - Soins d'éducation et de prévention à la santé /soins ponctuels (dans le cadre des évaluations)
 - Cellule de « veille »
- Cellule de coordination: Lien entre les intervenants (partage des informations)

Proposition de temps de concertation (Définit « qui fait quoi? », le SAMSAH se situe en complémentarité, construction du projet personnalisé)

• Transmission d'une philosophie d'accompagnement: Savoir-faire et savoir-être (spécificités du handicap)
Le SAMSAH passe d'un « savoir - faire » à un "faire avec" puis d'un "faire-faire"

- **Situation 2 Adapei 22**

Nous accompagnons 3 adultes ayant une orientation MAS qui vivent en **co-location dans un habitat partagé**. Une partie de la **PCH aide humaine est mutualisée** afin d'assurer une **permanence du service d'aide à domicile 24h/24**.

Le SAMSAH co-construit avec le CIAS, les parents et les partenaires (professionnels médicaux et paramédicaux) le projet d'accompagnement de chaque adulte d'une façon personnalisée.

Les outils sont construits avec l'équipe du CIAS (ex: sur la communication), utilisés dans le quotidien par les auxiliaires de vie, les parents (quand ces adultes reviennent en WE).

Le SAMSAH intervient de la même manière que précédemment avec des **temps de coordination, du soutien clinique avec l'équipe du CIAS pour co-construire les projets**.

- **Situation 1 APF 22**

Pathologie neuromusculaire évolutive: atteinte des 4 membres, trachéotomie, GPE, fauteuil roulant pour les déplacements; **intervention d'aide humaine 24h/24h avec binôme pour la toilette**.

Interventions SAMSAH:

Préparation et organisation d'une sortie d'hospitalisation avec service neuro du C.H.

Au domicile, **coordination médicale avec médicaux et paramédicaux, avec prestataires de matériels**.

Présence aux consultations médicales avec la personne (inf. ou ergo selon l'objet), échange avec équipe médicale hospitalière à chaque hospitalisation pour changement de canule.

Surveillance de l'état de santé général, de l'état cutané (inf. aides-soignants)

Information droits des malades: soutien à la rédaction de directives anticipées.

Organisation de l'intervention des AVS: synthèse échanges fréquents, coordination importante avec le SAAD.

Soutien aux aidants professionnels: formation des AVS aux aspirations endotrachéales, réponses aux AVS concernant des questions techniques liées à l'utilisation d'appareils liés à la respiration, à l'alimentation, conseils à la manutention, à l'utilisation de matériel améliorant le confort: lève personne, coussin de positionnement au lit; manutention à la toilette avec gestion de la trachéo, fauteuil douche.

Mise en place de matériel à la demande de la personne pour acquérir plus d'indépendance: acquisition de fauteuil roulant électrique, contrôle d'environnement, véhicule aménagé (bilans, essais, aide au choix par l'ergo, appropriation de l'aide technique par la personne avec appui aides-soignants et AVS)

Accès aux droits PCH pour la rémunération des AVS et le financement des aides techniques (assistante sociale en lien avec curatrice familiale).

Aide à la participation à la vie sociale pour des sorties (animatrice en lien avec AVS et AMP).

Modalité de co-intervention avec partenaires: binôme d'intervention **aides-soignants /AVS** sur une durée définie avec la personne; synthèse avec l'ensemble des professionnels du SAMSAH ou avec une partie selon l'objet: accompagnement globale, nécessité de faire le point sur un aspect technique; démarches téléphoniques ou courriels fréquents pour assurer la cohérence des interventions au quotidien.

Les modalités d'accompagnement sont toujours négociées avec la personne qui au final décide de ce qu'elle souhaite mettre en œuvre. Un projet personnalisé d'accompagnement est rédigé où apparaissent les liens avec les partenaires.

- **Situation 2 APF 22**

Pathologie: AVC avec séquelles d'hémiplégie gauche, troubles neuropsychologiques associés; fauteuil roulant pour les déplacements; intervention **d'aide humaine 6h par jour**.

Intervention du SAMSAH:

coordination médicale avec médicaux et paramédicaux (inf.)

Présence avec la personne aux consultations médicales (médecin traitant, neurologue, dentiste, ophtalmo...)

Aide à la planification des RDV médicaux, à la mise en place du transport sanitaire si besoin (inf.)

Soutien dans la gestion des médicaments: préparation du semainier, renouvellement des traitements, gestion des stocks (inf.)

Accompagnement à l'arrêt du tabac (inf.)

Accompagnement autour de l'alimentation (troubles du comportement alimentaire): intervention aide-soignant en lien avec l'infirmière sur l'équilibre alimentaire)

Echanges avec équipe médicale hospitalière à chaque hospitalisation: synthèse si nécessaire (inf.)

Surveillance de l'état de santé général (inf. aide-soignant)

Mise en place de matériels à la demande de la personne: guidon de transfert, coussin et oreiller ergonomique, chaise de douche, aides techniques pour la préparation des repas (bilans, essais, aide aux choix par l'ergo, appropriation de l'aide technique avec appui aide-soignant et AVS).

Adaptation du logement (ergo en lien avec Pact Arim et curatrice).

Evaluation des besoins en aide humaine (ergo et assistante sociale en lien avec le SAAD).

Accompagnement pour les **démarches administratives et l'accès aux droits: dossier PCH** recherche de financements pour les aides techniques et l'adaptation du logement (assistante sociale en lien avec la curatrice)

Modalités de co-intervention avec les partenaires: **synthèses avec SAAD, services hospitaliers, médicaux et paramédicaux intervenant au domicile, curatrice;** démarches téléphoniques et courriels fréquents, rencontres sur un aspect technique ou sur l'accompagnement global pour assurer la cohérence de l'intervention au quotidien. Le projet personnalisé d'accompagnement est élaboré avec la personne et, dans sa rédaction, apparaissent les liens avec les partenaires.

- **Situation 1 Perharidy**

Jeune homme né en 1991, traumatisme crânien par accident de la voie publique en 2010. Séquelles : tétraplégie, déficit du tronc, troubles dysexécutifs, fauteuil roulant électrique avec verticalisateur, dépendant pour les actes de la vie quotidienne. Vit en logement adapté au domicile de ses parents.

Intervenants à domicile: **IDE 7j/7, AVS 8h/j 7j/j + famille la nuit, kiné 3xsemaine, orthophoniste 2x semaine.**

Intervenants samsah: ergothérapeute, éducateur, psychologue, orthophoniste en collectif.

Objectifs samsah: **coordination des intervenants extérieurs, liens intervenants extérieurs / famille, information aux AVS sur les troubles liés au traumatisme crânien, conseil et soutien à la mère (tutrice) pour le choix des prestataires et les démarches administratives (MDPH, PCH, fournisseur de matériel.....)**

- **Situation 2 Perharidy**

Jeune homme né en 1981, traumatisme crânien par accident de la voie publique en 2006, polytraumatisme + polyneuropathie de réanimation.

Séquelles : syndrome dysexécutif, tétraplégie, fauteuil roulant électrique, dépendant pour les actes de la vie quotidienne.

Vit seul dans une maison adaptée à son handicap.

Intervenants à domicile: **IDE 7j/7, AVS 20/24h7j/7, kiné 2x semaine.**

Intervenants samsah: assistante sociale, éducateur, infirmière, ergothérapeute.

Objectifs samsah: **coordination des intervenants à domicile, médiation entre les AVS et le jeune homme quand trouble du comportement lié au traumatisme crânien, soutien en conseil à la mère (tutrice) pour les démarches administratives.**

- **Situation 1 APF 35**

Mme G - grabataire, sourde, aveugle, grande dépendance, vit à domicile avec son époux et son fils pré-ado, dans le pays de Vitré dans une petite commune rurale.. Nous intervenons **en lien avec l'HAD, l'ADMR, Droit de Cité ponctuellement.**

Intervention du SAMSAH :

- **coordination médico-sociale en lien avec l'EMSAP,**
- **mise en place de l'HAD,**
- **entretiens psychologiques, soutien de Mme dans l'évolution de la maladie,**
- **aide à l'élaboration de ses choix de fin de vie,**
- **réévaluation du plan d'aide,**
- **mise en place ou renouvellement des aides techniques,**
- **régulation avec les auxiliaires de vie 2 à 3 fois/an,**
- **soutien administratif, demandes d'aide financières,**
- **accompagnement vie sociale**

- **Situation 2 APF 35**

Mme F, atteinte d'un spina bifida, domiciliée dans une commune de Rennes métropole, **8 h d'aide humaine par jour, intervention d'un SSIAD**, personne très vulnérable, mise en place récente d'une **curatelle renforcée**.

Intervention du SAMSAH :

- conseils pour l'installation au fauteuil roulant électrique
- soutien psychologique,
- suivi administratif,
- accompagnement dans la recherche d'activités de loisirs,
- accompagnement santé (accompagnement aux consultations, aide à l'affirmation de soi dans les décisions de santé)
- coordination médico-sociale

- **Situation 3 APF 35**

Mme L, domiciliée dans le pays de Redon, atteinte de SLA (Sclérose Latérale amyotrophique) - **SAAD, SSIAD, kiné, orthophoniste, thérapeute corporel**.

Intervention du SAMSAH :

- soutien psychologique,
- soutien administratif,
- régulation des interventions d'aide humaine,
- mise en place d'aide technique et adaptation du domicile,
- accompagnement aux consultations médicales,
- aide à la compréhension et respect des préconisations thérapeutiques,
- coordination des interventions de soins et d'aide humaine,
- séances toucher massage

- **Situation 1 Mutualité 56**

Mr X, âgé de 40 ans présente un haDE L'ESTOURBEILLONndicap motuer de naissance qui entraîne une paralysie des 4 membres, des déformations importantes, une difficulté dans le contrôle des gestes volontaires qui sont restreints et une difficulté importante au niveau de la communication (en termes d'articulation). Mr X est dépendant d'une tierce personne pour l'ensemble des actes de sa prise en charge personnelle: toilette, habillage, transferts, prise de repas. Il vit seul dans un appartement HLM dans le centre ville. Il bénéficie de **9h d'auxiliaire de vie en journée et 4h la nuit qui sont mutualisées avec d'autres personnes en situation de handicap**. Mr X est installé dans une coquille en mousse sur un fauteuil roulant électrique qu'il conduit avec difficultés à l'aide d'un joystick et de 2 contacteurs. Il bénéficie de l'accompagnement de **l'infirmière, l'éducateur spécialisé, l'ergothérapeute et l'assistante sociale du SAMSAH**. Le partenariat est articulé autour du **service d'auxiliaires de vie, le centre de Kerpape** (pour des questions de positionnement) **et les différents intervenants (comme le médecin traitant)**. Il s'effectue au travers **de réunions, de RDV communs et d'échanges téléphoniques**

- **Situation 2 Mutualité 56**

Mr Y, âgé de 33 ans a été victime il y a 12 ans d'un accident vasculaire cérébral qui a entraîné un Locked In Syndrom sévère. Il se traduit par une paralysie complète (tout mouvement est impossible, excepté le clignement des paupières), une incapacité à parler, un état de conscience, des facultés intellectuelles intactes. Mr Y voit, entend et comprend tout mais ne peut plus ni bouger ni parler. Il est dépendant pour tous les actes de la vie quotidienne et bénéficie d'**auxiliaires de vie à domicile de façon quasi constante de jour comme de nuit**. Il se déplace en fauteuil roulant électrique et communique soit avec un alphabet ou par l'intermédiaire de son ordinateur. Il bénéficie de l'accompagnement du SAMSAH à travers les **interventions de l'infirmière, l'ergothérapeute, l'assistante sociale, la psychologue et l'éducateur spécialisé**. Le service travaille en lien avec **le service d'aide à domicile, les intervenants médicaux et paramédicaux à travers des échanges, des appels téléphoniques**

- **Situation 3 Mutualité 56**

Mr Z, âgé de 41 ans présente une myopathie. Il est trachéotomisé. Il a vécu en FAM jusqu'à l'âge de 38 ans avant de s'installer à domicile en colocation avec une autre personne en situation de handicap. La demande de SAMSAH a été faite pour accompagner la vie à domicile au moment de l'entrée dans ce logement. Mr Z est totalement dépendant pour tous les actes de vie quotidienne et a un besoin permanent de surveillance en lien avec la trachéotomie. Il bénéficie de la **présence d'auxiliaires de vie 24h/24**. Le SAMSAH intervient à travers **l'infirmière pour une coordination médicale, l'assistante sociale pour un suivi dans les démarches relatives au plan d'aide humaine et la MDA, l'éducateur spécialisé pour un accompagnement dans un projet de vacances et l'ergothérapeute pour le suivi des aides techniques**. La coordination s'effectue avec l'ensemble des partenaires (**services d'aides humaine, intervenants médicaux et paramédicaux, MDA, AFM, société de matériel médicalisé**) en fonction des besoins de M Z. Plusieurs rencontres ont été organisées avec les **services d'aide humaine de l'AFM** et la personne concernant des difficultés d'organisation du plan d'aide humaine

- **Situation 1 LADAPT**

Coordination de soins, , coordination des services **SSIAD, SAAD, Accueil de jour, hébergement temporaire, lien avec le médecin traitant, médiation avec le tuteur, accompagnement de l'entourage familial**, aménagement des droits de visite pour les enfants...

Améliorer la cohérence, continuité et complémentarité de chaque partenaire présent autour de la situation..

- **Situation 2 LADAPT**

Réévaluation du plan d'aide, évaluation pour le maintien à domicile, grille GEVA spécifique TC, prise en charge en service de réadaptation, **organisation de la sortie d'hospitalisation, coordination SAAD et famille** , synthèse et lien avec les prises en charge hospitalières, signalement pour maltraitance de la part du conjoint, demande de sauvegarde de justice....

- **Situation 3 LADAPT**

Plusieurs modes de prises en charge sont possibles; conseil, orientation pour des besoins ponctuels, une évaluation des séquelles et des potentialités fondée sur un bilan neuropsychologique, ergothérapeutique, social et médical....Permettre l'accès aux soins et leur maintien, **Coordination CHGR, centre de cure, réseau ville hospital, CMP, accompagnement de l'entourage familial...**

Les demandes peuvent concerner la décohabitation. Elle émane des personnes qui vivent avec leurs parents depuis le problème de santé non par choix mais parce qu'il n'ont pas d'autres alternatives à cause de leurs séquelles.

Les demandes portent aussi sur l'aide à l'indépendance. Elles concernent toutes les personnes qu'elles vivent avec leurs parents ou en couple: de pouvoir vivre son quotidien, se déplacer en toute indépendance et que le parent ou le conjoint ne soit pas le seul moyen de compensation.

La demande de répit émane aussi bien des personnes que leurs familles.

Enfin il y a **l'aide à la parentalité**; c'est un point important pour tous ceux qui ont des enfants, qu'il vivent avec eux ou non (souhait d'organiser l'accueil régulier des enfants et de faire vivre le lien de la façon la plus simple possible malgré les troubles de planification, les troubles du langage, de mémoire, les troubles de comportement, la fatigabilité).

Enfin, au-delà de la collaboration entre services autour d'une même situation, des SAMSAH ont développé leur partenariat sur d'autres dimensions notamment celle de la formation et assurent un rôle de coordination de ce réseau d'acteurs. Le réseau Inter-service 35 est présenté ci-dessous comme exemple.

Présentation du réseau Inter service 35

Dès 2002-2003, les services d'aide et d'accompagnement intervenant auprès de personnes handicapées en Ille-et-Vilaine ont constaté **des besoins communs** et se sont réunis pour mettre en place ensemble des **formations à destination** de leurs salariés.

En 2006, la création des SAMSAH a permis la **formalisation de rencontres entre les SAAD, SSIAD et SAMSAH afin de coordonner les interventions réalisées auprès de personnes lourdement handicapées**. Les réunions avaient lieu initialement autour de certaines prises en charge communes particulièrement importantes autour desquelles une **harmonisation des pratiques** était indispensable pour l'utilisateur et les salariés.

Le réseau est composé de professionnels de services gérés par des structures associatives loi 1901, portant les valeurs de l'Economie Sociale et Solidaire, implantés sur Rennes Métropole :

- ✓ **L'ADAPT**, association nationale, gestionnaire d'établissements et de services sanitaires et médico-sociaux, implantée dans 12 régions, a pour objectif la réinsertion sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap. Les activités de l'ADAPT Bretagne s'inscrivent dans les domaines suivants : accompagner, former, insérer. Elle regroupe un centre de pré-orientation de 30 places, un centre de pré-orientation spécifique de 10 places, un centre de formation professionnelle de 25 places, une UEROS¹ de 10 places, un SAMSAH de 100 places, un ESAT de 17 places et un ESAT "hors les murs" de 13 places.
- ✓ **L'ASSIA réseau UNA²** propose des services à domicile (aide et accompagnement à domicile, soins infirmiers, télé assistance, accueil familial, entretien du logement), gère des établissements (hébergement temporaire & EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) avec accueil de jour) et intervient auprès de toute personne ayant besoin d'aide et/ou de soins à domicile (personnes âgées, personnes en situation de handicap, familles, particuliers).
- ✓ La **Fédération Départementale ADMR d'Ille-et-Vilaine**, fédère sur l'ensemble du département des associations locales du service à domicile. Les services proposés sont de différentes natures : Services d'aide aux familles (accueil et éveil de la petite enfance, aide au domicile, actions éducatives, insertion sociale ou parentalité, service de répit pour les familles avec enfants handicapés) ; Services santé (Centres de santé, SSIAD, Gardes malades, Actions de prévention tous publics) et Services d'aide aux personnes handicapées et personnes âgées (accueil et garde à domicile, accueil familial, accueil collectif temporaires de personnes, handicapées, portage de repas, télé-assistance, aide aux aidants, animations collectives, transport...).
- ✓ **Handicap services 35**, adhérent à Adessadomicile³, est gestionnaire d'un SPASAD⁴ ;
- ✓ Le **SADAPH**, Service d'Aide à Domicile pour l'Autonomie des Personnes Handicapées, adhère à l'UNA, gère deux activités principales à destination de personnes handicapées : Un SAAD et un SSIAD pour Personnes Adultes Handicapées.

¹ UEROS : Unité d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Socioprofessionnelle5

² L'ASSIA réseau UNA est née le 21 juin 2012 de la fusion de Rennes Santé avec L'ASSAD, Aide Soins Services Aux Domiciles du pays de Rennes, adhérent à l'UNA

³ Fédération Adessa Domicile : <http://adessadomicile.org/>

⁴ Le SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile) regroupe un SAAD qui propose des modes d'interventions atypiques : accès à la vie sociale, accompagnement à la vie universitaire, loisirs, vacances, séjours, aide à la mobilité (véhicules adaptés) et un SSIAD.

- ✓ Le **SAMS APF 35**, Service d'Accompagnement Médico-Social d'Ille-et-Vilaine est géré par l'APF et propose trois types de services : un SAVS, un SAMSAH et un pôle ressource.
- ✓ L'**UNA Ille-et-Vilaine** fédère une union de 25 structures qui proposent des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide à domicile, des services mandataires, des services d'auxiliaires de vie, des services de TISF (techniciennes de l'intervention sociale et familiale).



Source : présentation du réseau Inter service 35 lors de la journée régionale SAVS SAMSAH SSIAD SAAD à Morlaix le 6 juin 2013 (<http://www.creai-bretagne.org/journeeSAD2013.php>)

Finalité et objectifs du réseau :

- ▶ Favoriser le libre choix de mode de vie des personnes aux domiciles par une coopération des acteurs
- ▶ Optimiser la qualité de vie des personnes handicapées à domicile
 - ▶ Améliorer la cohérence des réponses aux domiciles
 - ▶ Mutualiser nos expertises dans les situations complexes
 - ▶ Mettre en place de nouvelles formes de coopération/coordination entre les acteurs
 - ▶ Favoriser le retour à domicile après une hospitalisation.
 - ▶ Soutenir la relation aidant professionnel/aidé
- ▶ Permettre une identification des services d'aide, de soins et d'accompagnement à domicile du secteur associatif.

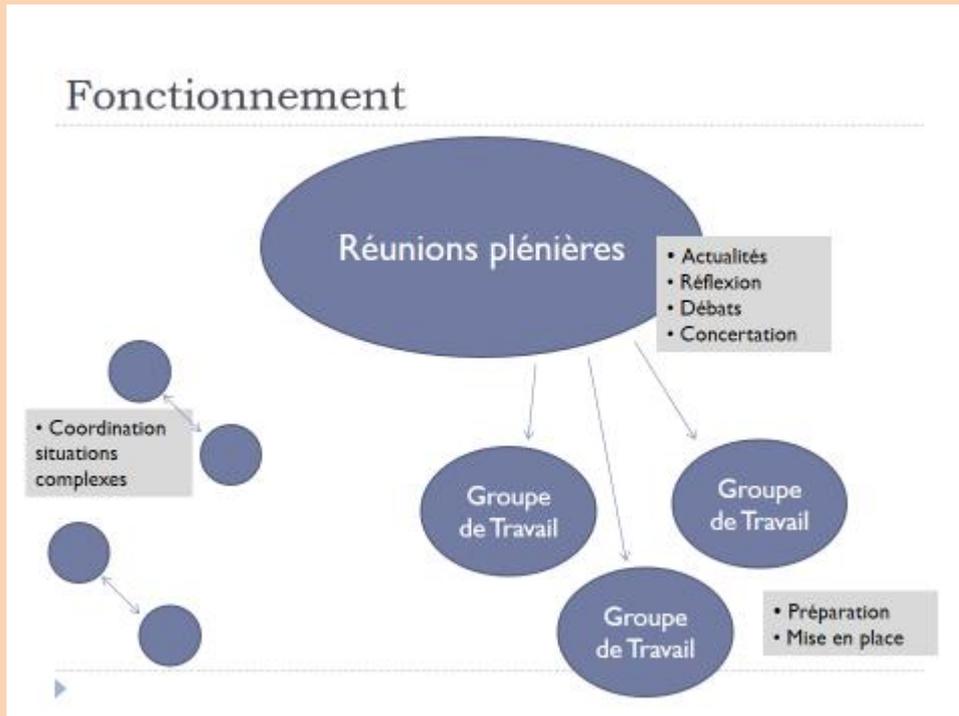
Les différentes rencontres organisées depuis 2006 sont l'occasion d'échanger sur l'actualité et les projets des services et également d'aborder certaines thématiques techniques telles que :

- Les limites des gestes techniques entre Aide-soignant et Auxiliaire de Vie Sociale
- Les soins techniques infirmiers : délégation, réglementation
- Les formations à mutualiser entre services...

Un des objectifs du réseau est également de permettre un **décloisonnement entre le secteur social, sanitaire et médico-social**. Dans ce cadre, une rencontre sur le thème du retour d'hospitalisation a été organisée avec les professionnels du secteur sanitaire afin d'impulser une collaboration entre les établissements et les services du domicile.

Ce réseau propose deux niveaux de rencontres :

- 3 à 4 fois par an, des réunions au niveau cadre (cadrage et définition des axes),
- et des réunions de groupes de travail mis en place chaque année autour de divers thèmes.



II.5 - Ressources Humaines

L'analyse des réponses aux questionnaires de l'étude montre là encore une distinction dans la diversité des métiers présents et la proportionnalité des temps de travail disponibles, sans qu'une logique apparaisse en fonction de la famille de handicap ni du département d'appartenance.

Ces différences, qu'expliquent en partie les objectifs des initiateurs de projets, leur antériorité, leur attachement à d'autres services et le projet de l'organisme gestionnaire, donnent une photographie contrastée de la répartition des postes.

Les fonctions de direction, de chef de service et de coordinatrice sont partagées avec d'autres services de l'organisme gestionnaire, hormis pour le SAMSAH de Ker Dihun pour lequel la fonction de direction est assurée par la MAS sans financement particulier pour le SAMSAH et les SAMSAH de Perharidy, et de la Mutualité 56 qui compensent l'absence de poste de direction par des temps de chef de service (1 ETP pour Perharidy ; 0,75 ETP pour la Mutualité 56). Il faudrait connaître l'ensemble des répartitions budgétaires, en particulier pour les SAMSAH attachés ou intégrés à d'autres services pour pouvoir comprendre les choix et vérifier les disponibilités en ressources humaines.

Par catégories de champ d'intervention, les ressources humaines se répartissent de la façon suivante :

	Nb ETP	%	
Intervenants Sociaux	18,5 ETP	26,56%	AMP ; ASS ; Educateur spécialisé ; Moniteur-éducateur ; CESF ; animateur social ; Chargé d'accompagnement social
Fonctions support	13,22 ETP	18,97 %	Direction, chef de service ; coordinatrice ; secrétaire ; comptable ; RH ; ouvrier d'entretien
Infirmières	12 ETP	17,23 %	La coordinatrice de l'Adapei 22 est également infirmière mais notée en fonction support.
Autres paramédicaux	9,01 ETP	12,94 %	Ergothérapeute (7,61 ETP) ; Psychomotricien (0,5 ETP) ; Orthophoniste (0,9 ETP)
Psychologues et neuropsychologues	8,20 ETP	11,77 %	1 ETP neuropsychologue à LADAPT 35 0,20 ETP neuropsychologue à Ker Dihun (22)
Aides soignants	6,77 ETP	9,72 %	Dont 4,77 ETP à l'APF 22
Médecins	1,95	2,80 %	Médecin généraliste 0,30 ETP APF 22 ; Médecins psychiatres 0,20 ETP Mutualité 56 et 0,20 ETP Moulin Vert 56.

Concernant les médecins, le décret 2005-223 stipule que « l'équipe pluridisciplinaire comprend ou associe dans tous les cas un médecin » et ajoute que s'ils ne sont pas salariés de la structure, les professionnels libéraux « concluent avec la personne morale gestionnaire une convention précisant notamment l'engagement du professionnel libéral à respecter le règlement de fonctionnement et le projet de service, ainsi que les modalités d'exercice du professionnel au sein du service visant à garantir la qualité des prestations ». Or, les SAMSAH qui ne font état d'aucun médecin salarié dans leur organigramme n'évoquent pas non plus

de conventions passées avec des médecins libéraux ou alors jugent ces conventions insatisfaisantes. La pratique la plus courante étant de considérer le médecin généraliste comme le principal interlocuteur mais sans que celui-ci ne soit intégré, au sens du décret, au projet de service. Cette absence de lien formel pourrait être compensé par une bonne coordination par le médecin du service, mais hormis pour le SAMSAH de la Mutualité 56 qui se caractérise par une fonction claire de coordination dépendante de leur attachement à des structures hospitalières, la place des autres médecins se situe surtout en amont dans la phase d'évaluation.

Le nombre d'intervenants paramédicaux au sein du SAMSAH est également à prendre en compte :

- la présence de psychologue dans chacun des services
- la présence d'infirmier dans 8 SAMSAH sur 9
- les autres intervenants para-médicaux étant plus rares et sur des temps plus restreint

L'existence et l'importance en ETP des emplois relatifs aux soins quotidiens à la personne (aide-soignant, AMP, TISF) au sein des équipes de SAMSAH permettent d'appréhender le positionnement en termes d'intervention du SAMSAH. Ainsi, 5 SAMSAH disposent de ce type de professionnels et le SAMSAH APF 22 se distingue nettement des autres services avec près de 7 ETP de ces professions, soit près de la moitié de ses ressources humaines.

A ces professions s'ajoutent les professions éducatives et sociales, sans qu'il soit possible de distinguer les fonctions et tâches particulières de chaque métier liées à l'accompagnement au quotidien, à la fonction de coordination ni même à la famille de handicap.

▪ Les temps de travail en ETP pour chacun des professionnels salariés du SAMSAH en 2012 :

	Ker Dihun	Adapei 22	APF 22	An Treiz	Perharidy	APF 35	LADAPT	Mutualité 56	Moulin Vert
Directeur		0,10	0,25	0,15		0,50	0,12		0,12
Secrétaire / accueil	0,25	0,70	0,60	0,10	1,00	0,85	0,60	0,80	0,10
Chef de service	0,20		0,50		1,00		0,60	0,75	0,33
Coordinatrice	0,20	1,00		0,30					
RH			0,20						
Comptable			0,20	0,15		0,20	1,19		
Aide-soignant		2,00	4,77						
AMP	0,85		2,00			1,00			1,00
TISF	0,50								
Sous-total professionnel soins quotidiens à la personne	1,35	2	6,77	0	0	1	0	0	1
Médecin généraliste			0,30						
Médecin psychiatre								0,20	0,20
Autre médecin spécialiste	0,10				0,25	0,30	0,40	0,20	
Sous-total médecin	0,1	0	0,3	0	0,25	0,3	0,4	0,4	0,2
Neuropsychologue	0,20						1,00		
Psychologue	0,50	0,30	0,50	1,00	2,41	0,50	0,60	0,70	0,50
Infirmière		2,00	2,50	0,60	0,60	1,80	0,50	2,00	2,00
Ergothérapeute	0,50		1,00		2,14	1,97	1,00	1,00	
Psychomotricien		0,50							
Sous-total paramédical	1,2	2,8	4	1,6	5,55	2,47	3,1	4,2	2
Orthophoniste					0,40			0,50	
Assistant de service social	0,25		0,60		0,50	1,05	0,85	0,50	0,25

Educateur spécialisé					2,15				1,00	
Moniteur-éducateur										1,00
CESF						0,25	1,35	1,00		
Animateur social			0,20			0,50	1,00			
Chargé d'accomp. social				0,70						
Agent d'entretien			0,16							
TOTAL - 69,66 ETP	3,55	6,60	13,78	3,00	10,45	8,92	9,21	8,65	5,5	

▪ **Distinction des financements des personnes sur le budget (en %)- Assurance Maladie/ Conseil Général**

	Ker Dihun		Adapei 22		APF 22		An Treiz		Perharidy		APF 35		LADAPT		Mutualité 56		Moulin Vert		
	AM	CG	AM	CG	AM	CG	AM	CG	AM	CG	AM	CG	AM	CG	AM	CG	AM	CG	
Directeur				0,10		0,25	26	74				100							100
Secrétaire		0,25		0,70		0,60	26	74	39,50	60,50		100				43	37		100
Chef de service		0,20				0,50			39,50	60,50						42	33		100
Coordinatrice		0,70	1,00				26	74											
RH						0,20													
Comptable						0,20	26	74				100							
Aide-soignant			2,00			4,77													
AMP	0,85					2,00						100							100
TISF																			
Infirmière			2,00		2,50		100		39,50	60,50	100		0,50		100				100

II.6 - Financement

Les SAMSAH sont financés via :

- un tarif journalier « accompagnement à la vie sociale » (tarification PCG)
- un forfait annuel global de soins (tarification Préfet)

*En région PACA Corse, les prix de journée moyens estimés des SAMSAH **varieraient du simple au double**. Selon cette enquête, le prix de journée estimé à la place n'est absolument pas corrélé avec le total d'activités réalisées sur un trimestre auprès d'un usager. Dans les cinq départements de PACA Corse, la moyenne atteint 25 222 euros à la place (médiane : 24 176 euros). L'enquête CNSA avait observé en France en 2008, sur un échantillon de 30 SAMSAH, des coûts à la place compris entre 13 000 et 24 000 euros (moyenne : 17 535 euros).*

En Bretagne, le coût à la place varie de **2 059 euros** (SAMSAH AN Treiz – Handicap Psychique) à **30 729 euros** pour le SAMSAH APF 22 (déficience motrice avec ou sans troubles associés), suivi de 21 739 euro (SAMSAH ADAPEI 22). Les deux services avec les coûts à la place les plus éloignés ayant des caractéristiques d'accueil très différents, c'est à l'intérieur de chaque spécialisation qu'il faudrait effectuer un calcul de l'écart-type. Entre ces bornes, les coûts à la place s'échelonnent de 4 925 euro (SAMSAH APF 35) à 11 154 euro (SAMSAH Mutualité 56).

L'enquête CNSA avait observé en France en 2008, sur un échantillon de 30 SAMSAH, des coûts à la place compris entre 13 000 et 24 000 euro (moyenne : 17 535 euro).

Une enquête réalisée auprès des SAMSAH de la région PACA Corse révélait une moyenne de 25 222 euro à la place (médiane : 24 176 euro).

▪ **Montant du financement alloué en 2012 :**

	Par le CG	Par l'Assurance maladie	Par d'éventuels autres financements	Part de l'assurance maladie (%)
Ker Dihun	59 719,13	159 660,53		72,78%
Adapei 22	140 000,00	360 000,00		72,00%
APF 22	334 939,00	433 263,00	NC - SAVS + SAAD	56,40%
An Treiz	48 991,00	53 946,00		52,41%
Perharidy	346 674,00	328 269,00	125 375,00 partie SAVS	48,64%
APF 35	225 878,00	266 589,48	NC - SAVS + Pôle ressources (CG)	54,13%
LADAPT	336 887,00	295 067,00		46,69%
Mutualité 56	221 594,00	336 098,00		60,27%
Moulin Vert	Enveloppe globale SAMSAH/SAVS	166 075,00 <i>(base forfait soin 13 € par personne et par jour)</i>	NC - Enveloppe globale SAMSAH/SAVS	ND

▪ **Coût à la place 2012 :**

	Par le CG	Par l'Assurance maladie	Coût à la place Total	Nb de Places autorisées	personnes accompagnées au 31 12 12 / ETP
Ker Dihun	2 389	6 386	8 775	25	11,3
Adapei 22	6 087	15 652	21 739	23	3,6
APF 22	13 398	17 331	30 729	25	2,8
An Treiz	980	1 079	2 059	50	16,7
Perharidy	4 388	4 155	8 543	79	9,9
APF 35	2 259	2 666	4 925	100	8,5
LADAPT	3 369	2 951	6 320	100	11,6
Mutualité 56	4 432	6 722	11 154	50	5,8
Moulin Vert	NC (<i>Enveloppe globale SAMSAH/SAVS</i>)	4 745	NC	35	6,7

▪ **Montant du financement alloué en 2012 / file active 2012 :**

Nom	Par le CG	Par l'Assurance maladie	Total financement	File active 2012	Total financement/ file active 2012
SAMSAH Ker Dihun	59 719,13	159 660,53	219 379,66	40	5484,49
SAMSAH Adapei 22	140 000,00	360 000,00	500 000,00	31	16129,03
SAMSAH APF 22	334 939,00	433 263,00	768 202,00	38	20215,84
SAMSAH An Treiz	48 991,00	53 946,00	102 937,00	64	1608,39
SAMSAH Perharidy	346 674,00	328 269,00	674 943,00	103	6552,84
SAMSAH APF 35	225 878,00	266 589,48	492 467,48	76	6479,84
SAMSAH LADAPT	336 887,00	295 067,00	631 954,00	107	5906,11
SAMSAH Mutualité 56	221 594,00	336 098,00	557 692,00	54	10327,63
SAMSAH Le Moulin Vert	NC	4 745	NC	37	

Il pourrait tout de même être utile de proposer une comparaison par type de spécialisation, mais pour cela il faudrait pouvoir distinguer la part « Handicap psychique » et « polyhandicap » dans l'activité du SAMSAH Adapei 22 et faire de même pour le SAMSAH Mutualité 56 (Handicap psychique et Handicap moteur). L'absence de communication du montant accordé par le CG 56 au SAMSAH du Moulin Vert ne permet pas non plus d'obtenir un calcul de moyenne régionale pour le handicap psychique.

Le nombre restreint de services, la diversité des besoins des publics accueillis et des compétences professionnelles requises, réduisent l'intérêt d'un coût à la place moyen.

Toutefois, en ne considérant que les 8 SAMSAH qui ont renseignés complètement le questionnaire sur les financements (soit 3 947 575 euros pour 452 places autorisées, exclusion faite du SAMSAH Moulin vert), la moyenne est de **8 736 euros à la place** (médiane **8 659 euros**).

Seul le coût à la place moyen régional pour les cérébro-lésés est possible (Ker Dihun (22) ; Perharidy (29) ; L'ADAPT-35). Il est de **7 482 euros**.

La part d'assurance maladie dans le financement alloué en 2012 varie de 47 % (SAMSAH LADAPT) à 73 % (SAMSAH Ker Dihun). L'assurance maladie contribue pour moitié ou moins de la moitié du financement de 4 SAMSAH et pour plus de 70 % pour 2 SAMSAH.

Les SAMSAH ayant les ratios « personnes accompagnées/ETP » les moins élevés sont ceux ayant les coûts à la place les plus importants. A l'inverse, le SAMSAH An Treiz ayant le ratio le plus élevé est également celui avec le coût à la place le plus faible. De même, les SAMSAH Ker Dihun, Perharidy et LADAPT ont des ratios proches et des coûts à la place relativement proches. Toutefois, cette mise en perspective est à prendre avec prudence.

II.7 – Spécificité de l'accompagnement du handicap psychique

→ SAMSAH concernés (spécialisation ou non)

Parmi les 9 SAMSAH bretons, 4 sont aujourd'hui agréés pour accompagner des public avec handicap psychique :

- Deux sont dédiés à ces publics : SAMSAH An Treiz (29) et le SAMSAH du Moulin Vert (56)
- Deux s'adressent à ces publics parmi d'autres publics : SAMSAH ADAPEI 22 et SAMSAH Mutualité 56

Signalons par ailleurs que bien que non concernés par leur agrément, deux autres SAMSAH déclarent accompagner, au titre de profil atypique, des personnes avec problématiques psychique : SAMSAH APF 35 et SAMSAH LADAPT.

→ Composante soin des 4 SAMSAH avec agrément handicap psychique

En termes de ressources humaines :

Le décret du 11 mars 2005 dresse une liste étendue des professionnels susceptibles d'être mobilisés. Souvent les équipes sont diversifiées en termes de diplômes et d'expériences. La capacité à travailler en équipe est essentielle.

Parmi les 4 SAMSAH :

- deux ont des médecins psychiatre (SAMSAH Mutualité 56 et SAMSAH Moulin Vert) au sein de leur équipe
- les 4 disposent d'infirmiers (de 0,60 ETP pour le SAMSAH An Treiz à 2 ETP pour les 3 autres SAMSAH)
- les 4 SAMSAH disposent de psychologues, comme l'ensemble des SAMSAH bretons.

Enseignements de l'étude Cédias⁵ :

A la différence des SAVS où les accompagnateurs sociaux - le plus souvent de formation ES, assistant social, CESF ou psychologue- sont au cœur de l'équipe, au sein des SAMSAH, ils sont une composante de l'équipe, mobilisable selon la demande de la personne et le sens de l'accompagnement, ils n'occupent pas une place pivot : c'est l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire du SAMSAH qui sont mobilisables autant que de besoin. L'équipe du SAMSAH n'est pas une équipe de SAVS enrichie de personnels médicaux et paramédicaux : chaque professionnel intervient auprès de la personne comme accompagnateur. Les professionnels plus médicaux apportent une lecture clinique sur les situations.

En termes de prestations :

Enseignements de l'étude Cédias⁶

Pour les services du panel, la Santé apparaît comme un domaine central

- besoins de soins (psychiques et somatiques) manifestés par le public concerné*

■ *Critère d'admission : Suivi psy comme pré-requis*

- articulation de l'action des SAMSAH/SAVS avec les acteurs du soin.*

⁵ Recherche du Cédias/ CREAI Ile de France sur les SAVS/SAMSAH handicap psychique : <http://www.creai-idf.org/dossier/laccompagnement-personnes-situation-handicap-dorigine-psychique-par-savs-samsah>

⁶ Recherche du Cédias/ CREAI Ile de France sur les SAVS/SAMSAH handicap psychique : <http://www.creai-idf.org/dossier/laccompagnement-personnes-situation-handicap-dorigine-psychique-par-savs-samsah>

Mais des différences entre SAVS et SAMSAH :

- Seuls les SAMSAH font état d'actions relatives aux soins, majoritairement en assurant une veille médicale et une coordination des soins*
 - *Seul le SAMSAH Adgesti déclare dispenser des soins en interne « dans la perspective d'un accès durable aux soins par les équipes soignantes des secteurs ou par le secteur sanitaire libéral »*

Rôle des SAVS et SAMSAH du panel

- *Participer à l'**émergence d'une demande** de soins et d'accompagnement*
- ***Veiller à la continuité** et régularité des soins*
- observance des traitements médicamenteux*
- Régularité du suivi psychiatrique*
- Evaluer les risques, réagir pour limiter les décompensations*
 - *Effets thérapeutiques de l'accompagnement médico-social*
 - *Permettre la prise en compte de la **santé somatique** et l'accès aux soins, accompagner l'utilisateur dans l'attention à prêter à son corps*
 - *Prendre en compte les **addictions** dans le projet personnalisé (alcoolisme souvent intriqué aux difficultés psychiques)*

➔ **Composante vie sociale et accompagnement au quotidien des 4 SAMSAH avec agrément handicap psychique**

Enseignement de l'étude cédiias

L'accompagnement médico-social vise à retrouver des habilités sociales pour insérer la personne de « manière plausible » dans un milieu de vie ordinaire dans une perspective citoyenne.

Il vise à encourager les relations sociales « médiatisées » pour créer une ouverture sur la Cité : service, GEM, activités thérapeutiques en CATTP, lien social avec les intervenants à domicile (AVS, aide-ménagère...).

L'accompagnement repose toujours sur une « négociation » entre

- *des besoins repérés / des possibilités offertes par les services*
- *des choix exprimés par les personnes.*

Les solutions proposées ne sont pas standardisées, les modalités pas figées, les équipes ne fixent pas une norme dans les objectifs visés

Prise en compte du cadre de vie dans les interventions des services

- *Attention portée à soi et à son logement, révélatrice de l'état de santé psychique. Le cadre de vie (habitat, vie quotidienne, gestion budgétaire...) est déterminant pour accéder à une meilleure qualité de vie.*
- *Le logement, point de départ d'un accompagnement :*
 - *Entretenir son logement, s'investir dans son logement... risque d'incurie, d'insalubrité, de conflits de voisinage*
 - *Etre attentif à son hygiène personnelle, son apparence... risque de rejet pouvant accentuer l'isolement*
 - *Savoir se protéger : vulnérabilité des usagers/« proies faciles » pour des racketteurs/squatteurs, etc.*
 - *Accompagner la prise de repas, les courses : déséquilibre alimentaire, choix irraisonné, risque des carences*

- Apporter une aide à la gestion budgétaire (ressources limitées) et administrative (risque de perte de droits, de non-recours...)

Pour réponse aux besoins, les services disposent :

- de ressources internes dont des AMP ou auxiliaire de vie sociale et d'agent technique de maintenance,
- de divers supports (visite à domicile, activités de groupe (cuisine), logements d'apprentissage pour tester les capacités)

Apports de services pour leurs partenaires

- Service d'aide à domicile** : appui et conseil du SAVS ou SAMSAH aux professionnels du SAAD (parfois intervention en binôme)
- Bailleurs sociaux** : disponibilité, réactifs, interface en cas de conflits
- Services mandataires judiciaires** : action complémentaire, appui à la coordination des interventions, rôle de médiation

→ Différences et complémentarité SAVS/SAMSAH

Enseignements de l'étude Cédias⁷

Plusieurs grands profils de population (« profils-type ») se distinguent parmi les publics accompagnés

- *Personnes avec limitation de l'efficacité intellectuelle (difficultés cognitives et/ou psychiques), trajectoire socio-familiale chaotique, capables d'autonomie dans la vie quotidienne mais besoin d'un étayage pour organiser/articuler vie quotidienne, sociale et professionnelle (majoritairement en ESAT).*
- *Personnes suivies par des services de psychiatrie (ayant connu des hospitalisations longues ou répétées), n'ayant plus de troubles du comportement, reconnaissant leur maladie, autonomes dans la vie quotidienne, des capacités intellectuelles souvent intactes, des difficultés dans la relation avec l'autre → grand isolement social, parcours professionnel difficile, difficulté à entreprendre des tâches au quotidien et sur la durée.*
- *Personnes adressées par secteur psychiatrique (sortie d'hospitalisation...) avec pathologie psychiatrique grave, répercussions importantes sur perception de réalité, représentation de soi, rapport aux autres et limitations conséquentes (et souvent fluctuantes) dans le quotidien.
Non-reconnaissance de leur maladie qui compromet la continuité des soins.
Problèmes somatiques fréquents, accès au système de soins limité → morbidité plus importante.*
- *Personnes en situation de grande précarité, parfois sans reconnaissance administrative de leur handicap, sans soins ou en rupture de de soins, ayant une maladie psychique fréquemment associée à une addiction*

Les caractéristiques de ces différents profils peuvent se mêler et aucun service ne reçoit un type de profil à l'exclusion de l'autre. Toutefois :

- Le 1^{er} profil est plutôt représentatif des SAVS généralistes
- Le 2^e profil est plus fréquent dans les SAVS spécialisé
- Le 3^e profil est plus fréquent dans les SAMSAH handicap psychique

⁷ Recherche du Cédias/ CREA Ile de France sur les SAVS/SAMSAH handicap psychique : <http://www.creai-idf.org/dossier/laccompagnement-personnes-situation-handicap-dorigine-psychique-par-savs-samsah>

- *Le 4^e profil est surtout caractéristique du SAMSAH Adgesti*

La spécialisation du service

- *Répondre aux besoins des personnes en situation de handicap psychique → « modalités d'accompagnement à même d'établir **un lien de confiance** avec les personnes, de maintenir les conditions d'une possible rencontre et de les rendre actrices de leur propre vie, y compris dans le milieu de vie ordinaire »*
- ***Cadre solide et permanent** pour rassurer les personnes et construire un projet sur le long terme. Besoin de sentir que le service est présent et réactif (ex : rdv réguliers, permanence téléphonique, multi-référence)*
- ***Souplesse des modes d'intervention** pour s'adapter à la fluctuation de l'état de santé, à l'imprévisibilité des comportements.*
 - ***Différentes phases d'accompagnement +/- intenses***
 - *Le processus d'admission : phase « d'appropriation mutuel »*
 - *Durée d'accompagnement : mise en confiance et mobilisation des habiletés sociales souvent un processus long progressif.*
 - *Fonction de « veille sociale » au-delà de la phase soutenue du suivi.*

Médicalisation et articulation avec le sanitaire

- *La présence d'un handicap d'origine psychique n'implique pas d'emblée la nécessité de « médicaliser » le service*
- *Soins et accompagnement médico-social sont 2 démarches complémentaires.*
- *La mise en place de SAVS/SAMSAH nécessite le maintien/développement des structures sanitaires ambulatoires : leur intervention diminue le recours à l'hospitalisation (moins fréquente, moins longue) mais mobilise davantage les CMP*
- *Les SAMSAH ont des psychiatres/psychologues/infirmiers avec connaissances cliniques dans le champ santé mentale : ils sont mieux « outillés » que les SAVS pour un public en rupture de soins psychiatriques / jamais diagnostiqué / qui refuse tout contact avec le secteur psychiatrique*
- *Les SAMSAH plus appropriés dans suivi/coordination des soins des personnes atteintes de maladies graves/chroniques (VIH, cancer, hépatite, maladie cardiaque ou respiratoire, etc.) ou des aménagements de vie particuliers*

III.1 – Le processus d'orientation

La contribution des SAMSAH au processus d'évaluation et d'admission est variable selon le département et parfois le type de public accueilli.

Les SAMSAH ne sont pas sollicités pour procéder à **des évaluations de situations** à domicile, comme il peut arriver dans d'autres régions. Le SAMSAH de l'ADAPT 35 peut être sollicité en amont sur une évaluation des spécificités neuropsychologiques. L'absence de financement sur cet axe de l'évaluation est la raison invoquée par les SAMSAH malgré l'intérêt que chacun y trouverait.

Le SAMSAH APF 22 et l'ADAPT 35 participent aux réunions de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH. Les autres évoquent de rares sollicitations.

Les notifications d'orientation vers un SAMSAH sont toujours fléchées en Finistère et Morbihan, elles le sont en Ille-et-Vilaine si la personne ou le médecin le demandent, en Côtes-d'Armor il n'y a pas de fléchage vers un SAMSAH défini. Assez logiquement, les Côtes d'Armor n'envoient donc pas de notification aux SAMSAH (bien que leur spécialisation pourrait sans risque les y conduire, sauf à considérer une certaine polyvalence dans l'activité du SAMSAH/Pôle ressources de l'Adapei 22). La MDPH du Morbihan, par contre, envoie systématiquement les notifications vers les services. Il n'y a pas de pratique régulière de transmission des notifications en Finistère, quant à l'Ille-et-Vilaine, cela dépendrait de la demande faite par la personne sur le dossier Cerfa instruit à la MDPH.

Les durées des **premières notifications** sont variables selon les départements, elles seraient de 3 ans pour le Finistère ; de 2 ans pour le Morbihan et de 2 à 5 ans, selon les situations, pour les Côtes-d'Armor et l'Ille-et-Vilaine.

Le renouvellement des notifications ne présente pas non plus une pratique identique. Il est proposé pour une durée de 5 ans dans le Morbihan et l'Ille-et-Vilaine, de 1 à 5 ans dans les Côtes-d'Armor et de 2 ans dans le Finistère, voire moins si le service le préconise.

Une convention a été passée en Ille-et-Vilaine entre les SAMSAH de l'APF et de l'ADAPT. Elle permet d'éviter de repasser par une nouvelle notification, si celle-ci a été fléchée, pour ajuster la réponse au parcours de la personne avec plus de réactivité.

L'envoi non systématique des notifications aux services pose le problème de l'inéquité de traitement pour les personnes qui ne sont pas en mesure de se mobiliser, particulièrement dans le secteur du handicap psychique, mais pas seulement.

Il arrive aussi que les SAMSAH interviennent **« sans notification »** (ou en attente de notification) pour des situations lourdes, urgentes et à forte évolutivité, en particulier sous la pression du secteur hospitalier. L'exemple des SLA (Sclérose Latérale Amyotrophique) est plusieurs fois repris pour illustrer l'intérêt d'une forte coordination, de l'aide aux proches, de conseils et de soutien et d'une adaptation rapide et conséquente des aides techniques, souvent hebdomadaire pour les situations les plus graves qui accompagnent la fin de vie. D'autres situations (femmes enceintes, sorties d'hospitalisation avec trachéotomie, ...) sont citées pour évoquer d'une part la nécessaire prise en compte de ces situations en urgence et d'autre part l'intérêt qu'il y aurait à mener une réflexion régionale sur les critères d'urgence. Ces situations présentées sous pression de l'environnement médical et social placent les

services dans des choix (de report de nouvelles prises en charge) qu'ils souhaiteraient pouvoir partager et pour lesquels de nouvelles voies d'orientation ou de financement complémentaires pourraient être proposées (« handicaps rares » par exemple).

La participation des médecins des Conseils Généraux **aux commissions d'admission** fonctionne selon trois modèles différents. En Ille-et-Vilaine, elle est systématique ; en Côtes-d'Armor et Finistère aucun médecin ne participe aux commissions d'admission, considérant semble-t-il que la notification prévaut. Pour le Morbihan, la participation du médecin du Conseil Général est décrite comme particulièrement forte, sa contribution pouvant prendre la forme de transmission de consignes précises faites par téléphone.

III.2 – De la coordination à la coopération

Les SAMSAH ont la possibilité d'intervenir selon des modes différenciés, en continue, avec un rythme très soutenu en début de prise en charge ou pour des situations atypiques nécessitant un nombre important d'intervenants ; avec des interventions plus espacées lorsque la situation est apaisée ou que les relais de soins ont été installés.

Les SAMSAH réunis en séance d'analyse partagée ont identifié quatre types d'accompagnement :

- « **Linéaire** », lorsque l'accompagnement consiste à suivre un rythme régulier, qu'il soit hebdomadaire ou mensuel, pourvu que les tâches de coordination et d'intervention soient identifiées et stabilisées.
- « **Linéaire soutenu** », lorsque l'accompagnement nécessite des interventions rapprochées, et une coordination intensive auprès de tous, les professionnels et l'environnement social de la personne.
- « **Linéaire dégressif** » lorsque les solutions mises en place peuvent trouver des relais réguliers et que peu à peu la coordination devient moins nécessaire.
- **Séquentiel**, si le plan d'aide prévoit des temps particuliers (préparation de séjours ponctuels et programmés hors du domicile ; tentatives de solutions d'accueil alternatifs,...).

L'accompagnement séquentiel est très peu proposé, notamment parce qu'il n'est pas compris de la même façon par tous et qu'il est fréquemment corrélé à des propositions d'hébergement temporaire. L'APF 35, dans le cadre de ses interventions en Pôle Ressources, financé par le Conseil Général, propose une forme d'accompagnement séquentiel essentiellement pour de l'accès aux droits, du conseil technique simple (adaptation du logement, renouvellement de matériels). Cet accompagnement séquentiel est également un moyen de sortir d'une prise en charge SAMSAH en proposant 1 à 4 rencontres par année - sans possibilité de dépasser le nombre de rencontres. Proposé à chaque fin de prise en charge, c'est un « filet de sécurité » qui permet aussi de ne pas conserver des situations pour lesquelles quelques besoins subsistent mais sans qu'un accompagnement linéaire ne soit indispensable.

C'est aussi une **fonction de veille active** que d'autres SAMSAH aimeraient pouvoir utiliser et qui leur éviterait de conserver des suivis de situations par précaution, alors que le passage vers un SAVS par exemple pourrait être suffisant. Les ajustements de temps d'accompagnement se font plus facilement lorsqu'un SAVS complète le dispositif d'accompagnement géré par le même service et le passage du linéaire au linéaire dégressif, voire à la veille, est plus aisé.

Ce souci de veille est particulièrement préoccupant pour l'accompagnement de personnes avec troubles mentaux ou neuropsychologiques. La stabilisation apparente en particulier pour la prise de médicaments ou la sollicitation d'intervenants médicaux peut subir des ruptures. Ce risque peut trouver en réponse un maintien d'une prise en charge SAMSAH alors que la coordination, pas plus que l'intervention, ne mobilisent régulièrement les professionnels. Le manque de réactivité dans le processus de notification est pointé comme un obstacle à la souplesse qui permettrait d'ajuster la dominante de la prise en charge (soin ou social). Il est donc proposé par certains de développer **la possibilité d'une double notification SAVS-SAMSAH** qui permettrait de supprimer les situations de prise en charge SAMSAH qui nécessitent seulement un suivi par un SAVS et inversement, de pouvoir relancer un accompagnement vers le soin sans passer, par exemple, par l'urgence d'une hospitalisation.

Ces modalités de prise en charge plus réactives devraient aussi passer par une formalisation plus effective, sous forme de conventions, des coopérations interservices (dont les SAAD et les SSIAD) et avec les intervenants libéraux.

Le manque de réactivité (pourtant pointée sur des exemples d'intervention sans notification) fait craindre à certains SAMSAH une confusion avec **les « Équipes Mobiles »**, dont plusieurs sont en expérimentation en Bretagne actuellement. La capacité de ces services à intervenir rapidement grâce à la prescription du médecin de l'équipe et leur capacité à traiter partiellement des questions sociales, pourrait venir en concurrence de l'intervention des SAMSAH. Leurs missions diffèrent pourtant et souvent se complètent. Car si l'équipe mobile intervient, comme un SAMSAH peut le faire, à la préparation d'un retour d'hospitalisation, la spécificité de l'accompagnement médico-social tient à la diversité plus grande des intervenants mobilisés et sur un temps beaucoup plus long. Sauf bien sûr à ce que les projets des Équipes Mobiles évoluent.

Les modalités de prise en charge des SAMSAH et leur capacité à intervenir sur des situations apparemment simples (accès aux soins pour les déficients mentaux) ou complexes (prise en charge de situations nouvelles : démences de personnes de moins de 50 ans, maladies orphelines, polyhandicap à domicile, ...) ne facilitent pas la visibilité de leurs interventions et la distinction de leur spécialité. Les situations de plus en plus fréquentes **de handicaps associés** déterminent aussi l'originalité et le périmètre des interventions des SAMSAH, même spécialisés, et leurs capacités à répondre sur l'axe de la coordination ou de l'intervention. Tous témoignent de l'intérêt qu'il y aurait à **mener des actions de communication** en direction des professionnels du soin et de l'action sociale (y compris des autres SAVS) au niveau régional, pour une meilleure connaissance des caractéristiques des SAMSAH en général et des compétences particulières de chacun.

Ces actions pourraient être complétées par un travail de meilleure définition de **la place des intervenants médicaux** des SAMSAH. S'ils sont identifiés, ils sont rarement repérés sur une fonction d'accompagnement du projet de soin ; ou bien parce que le médecin généraliste de la personne assure cette fonction et « oublie » le médecin du SAMSAH, ou bien parce que la fonction du médecin du SAMSAH, également médecin hospitalier, le positionne en intervenant quasi exclusif du parcours de soin.

En définitive, la qualité de la coordination et des interventions devrait sans doute être soutenue par **des conventions de coopération systématiques**. Pour que cette coopération soit effective et favorise de nouvelles modalités de prise en charge, il faudrait installer la coordination pour ce qu'elle est : *coordonner n'est pas piloter*. La coordination n'enlève donc

rien aux prérogatives du médecin référent qui peut conduire le projet de soin en complémentarité et intégré au plan d'accompagnement.

Cette formalisation de la bonne distance de l'action du SAMSAH en regard des autres interventions qu'il coordonne vaut pour tous. La coordination des actions se fait au nom d'une personne et avec son accord, c'est la principale mission des SAMSAH bretons. Pour mieux assurer la coordination, il semble utile de dépasser la simple déclaration de « mission » de coordination pour **proposer un « mandat » de coordination** intégré à la convention, qui ajouterait à la charge et à l'objectif d'accompagnement défini par la mission, une délégation ou une procuration, qui renforcerait cette fonction délégataire du SAMSAH et finalement, sa légitimité à coordonner au nom de la personne en situation de handicap.

Annexe 1 - Zoom sur SAMSAH autisme / TED

Aucun des SAMSAH bretons ne prend en compte les situations de TED.

L'extraction de FINESS des SAMSAH existants révèle l'existence de 4 SAMSAH autorisés pour un public autisme. Il s'agit des services suivants :

- Le SAMSAH de l'ADMR à Salon de Provence
- Un SAMAH à Lourdes
- Le SAMSAH Apoge à Créteil
- et un SAMSAH de l'APAJH à Foix (« tous types de déficiences » et « autisme »)

L'étude « L'Habitat des personnes avec TED. Du chez soi au vivre ensemble », commanditée par la DGCS à l'ANCREAI (septembre 2011), apporte quelques éclairage à prendre en compte pour l'accompagnement des publics avec autisme/TED vivant à domicile.

Ainsi, concernant l'accès aux soins, trois facteurs peuvent freiner l'accès aux soins des personnes handicapées (HAS) :

- stigmatisation sociale et culturelle : absence d'information de la personne, pas de recherche de son consentement, pas de prise en compte de sa parole
- déficit d'identification du besoin de soins
- déficit de connaissances et de savoir-faire des professionnels

Sont identifiées comme pistes d'amélioration :

- Pouvoir accéder au droit commun de proximité (attente des personnes et des familles)
- Renforcer la formation /l'information des professionnels de santé
- Préparer la personne autiste aux examens et aux soins
- Organiser le suivi de santé (SAMSAH ou pôle médical en institution)
- S'appuyer sur des réseaux structurés de santé

L'accompagnement à domicile peut être réalisé par des services d'aide à domicile. Ces services de proximité, généralistes, interviennent au domicile des personnes pour l'aide aux actes de la vie quotidienne : accompagnement aux rythmes de vie, à l'hygiène personnelle et à l'entretien du logement, aux courses et à la réalisation des repas, aux activités de socialisation. Le financement de ces services est assuré soit par la solvabilisation de la personne par l'ACTP ou la PCH (la mutualisation d'heures de PCH de plusieurs habitants de logements accompagnés peut être envisagée), soit par le reste à charge de la personne. Toutefois, l'information et la sensibilisation des services d'aide à domicile aux situations de handicaps restent à conduire.

C'est pour cela que les **SAMSAH et SAVS sont** plébiscités, avec une équipe s'adressant spécifiquement aux personnes avec TED pour les accompagner sur :

- L'hygiène de vie (alimentation, sommeil, ...)
- La vie autonome dans son logement, l'aide à la gestion du budget
- L'autonomie sociale, habiletés sociales, codes sociaux
- Le suivi de leurs soins
- La gestion de ses activités, des aléas (ex : grève des bus)

Sont préconisés en termes d'organisation des services :

- Un service pouvant être appelé la nuit ou le WE
- Un adossement des SAMSAH ou SAVS à un foyer occupationnel, FAM ou MAS « pour un accompagnement plus soutenu ou un repli en cas de besoin de la personne ».

→ Eviter de laisser une personne s'isoler, ne pas intervenir trop tard quand la personne est en souffrance, pouvoir moduler l'accompagnement en fonction de l'évolution des besoins

Cette étude recommande notamment **des réponses diversifiées et innovantes** :

- Organiser un continuum d'offres : *une palette de solutions pour répondre à la diversité des situations.*
- Soutenir les projets d'habitat en logement de droit commun impliquant la mobilisation de plusieurs types d'acteurs : logement, aide à domicile, accompagnement social et médico-social autour du projet de la personne.
- Spécialiser des services d'accompagnement de type SAVS ou SAMSAH en les dédiant aux personnes avec TED.
- Favoriser la mise en place de dispositifs ou structures multiservices (ex : proposant habitat résidentiel, médicalisé ou non, et logement accompagné avec SAMSAH) ou s'appuyer sur la mise en réseau de structures sur un même territoire (pouvant constituer une plateforme de service).
- Expérimenter le modèle des **group homes** (habitat regroupé accompagné)

Illustration : Service d'accompagnement mobile et de soutien aux adultes autistes à domicile (SAMSAAD), géré par l'ADMR 13, ouvert le 1er janvier 2009 et basé à Salon-de-Provence dans les Bouches-du-Rhône. Ce service accompagne 50 adultes de 18 à 50 ans présentant des troubles du spectre autistique vivant au domicile familial.

- Origine du projet : perception par l'équipe du FAM pour personnes autistes (géré par Sésame Autisme, au début co-porteur de ce SAMSAH avec l'ADMR) de la situation de détresse vécue par des familles avec adultes autistes à domicile, et du besoin d'accompagnement de ces personnes à domicile.
- Objectifs : soutenir les familles, aider à la socialisation et accompagner le projet d'habitat des personnes autistes.

Caractéristiques du projet :

- Le projet individualisé s'oriente autour des 4 axes principaux de l'accompagnement (social, éducatif, thérapeutique et médical). L'équipe pluridisciplinaire pour diagnostic de la situation au domicile des adultes autistes ainsi et intervention individualisée
- Des activités de travail, de loisirs, sportives, culturelles, dans la cité ou dans des structures médico-sociales et au domicile.
- Des co-thérapies des usagers sont organisées, permettant aux personnes de se sentir appartenir à un groupe et de dépasser la relation duelle avec leurs accompagnateurs à domicile. Des réunions cliniques et de projets réunissent les AMP du pôle accompagnement et des membres du pôle technique.

Points forts :

- Spécificité de l'accompagnement des adultes avec autisme, aide au répit pour les aidants naturels, accompagnement hebdomadaire régulier en activité individuelle ou de groupe, aide à domicile pour les actes de la vie quotidienne, accompagnement spécifique à la problématique Asperger vers la formation, l'emploi, l'entretien du logement, cuisine, gestion du budget, accompagnements médicaux...

Difficultés :

- Extrême désocialisation des familles.
- Manque de places adaptées en structures d'accueil (FAM, foyer de vie MAS, ESAT...) en cas d'impossibilité de poursuivre l'accompagnement à domicile.

Perspectives :

- La problématique des adultes avec un syndrome d'Asperger met en évidence la nécessité de proposer un service spécialisé pour ce public dans l'accompagnement du logement individualisé.

Autre illustration : SAMSAH PSYCHIQUE pour adultes présentant un syndrome Asperger ou autisme de haut niveau, adossé au Foyer d'hébergement LAS NEOUS. Service géré par l'ADAPEI 65, crée en mai 2008 et localisé dans les Hautes-Pyrénées.

- Public accueilli : 5 personnes Syndrome d'Asperger, autisme de haut niveau, âge moyen 27 ans.
- Caractéristiques : A l'origine du projet il s'agissait de mettre en œuvre et de coordonner un projet d'accompagnement personnalisé favorisant l'insertion sociale, professionnelle, l'autonomie, l'accès à la vie quotidienne et aux soins.
- Un habitat spécifique : Les 5 personnes habitent 5 appartements individuels + 1 appartement collectif (équipe). Il s'agit de logements sociaux mis à disposition (bailleur privé = SEMI) en milieu ordinaire.
- Perspective : Malgré la vacance du poste du médecin coordonnateur et quelques difficultés rencontrées, liées à l'intégration en milieu ordinaire professionnel, une augmentation du nombre de places est envisagée.