

GROUPE

POLYHANDICAP

FRANCE

**Recrutement du personnel dans les établissements médico-sociaux
accueillant des personnes polyhandicapées**

Enquête « Métiers 2011 »

8 février 2013



Contributeurs :

Dr Anne-Marie Boutin, Administrateur CESAP et GPF

Gérard Courtois, Directeur Général de l'association « Les Tout Petits », Administrateur GPF

Claire Faillie, Psychologue, Centre de Ressources Multihandicap

Stéphanie Lecuit Breton, Psychologue, Centre de Ressources Multihandicap

Philippe Rosset, Directeur Centre de Ressources Multihandicap

Élise Tenret, Statisticienne, Maître de conférences en sociologie, Université Paris-Dauphine

Éric Zolla, Ergonome, Directeur Général Adjoint du CESAP, Administrateur GPF

Sommaire

Introduction	3
PREMIERE PARTIE : Une enquête assez bien renseignée	4
1.1 Des disparités géographiques dans les taux de réponse	4
1.2 Une majorité d'IME-IMP-EEAP dans l'échantillon.....	5
DEUXIEME PARTIE : Quelle offre pour quels publics ?	6
2.1 Des établissements anciens, avec un nombre variable de places.....	6
2.2 Une majorité de places en internat.....	7
2.3 La population accueillie a en majorité moins de vingt ans	8
TROISIEME PARTIE : Métiers et besoins en recrutement au niveau des établissements	10
3.1. AMP, le métier toujours le plus représenté ?	10
3.2. Un établissement sur deux a au moins un poste non pourvu.....	15
3.3. Kinésithérapeutes, orthophonistes et AMP : des besoins en recrutement importants	18
QUATRIEME PARTIE : L'externalisation des postes : une pratique de moins en moins exceptionnelle	21
CINQUIEME PARTIE : Le recours à des partenariats hors effectifs alloués	23
SIXIEME PARTIE : Implantation de l'établissement et accès à l'établissement	25
6.1 Implantation	25
6.2. Proximité des transports en commun	25
6.3 Des liens entre la localisation, le bassin d'emploi et les besoins en recrutement ?	26
SEPTIEME PARTIE : Perception des changements dans les recrutements et préoccupations des directions	28
7.1 Évolutions principales depuis l'enquête GPF de 2003 :	28
7.2 Préoccupations majeures des directions :	28
Conclusions	30
Liste des sigles et abréviations	31
Annexes	32
Annexe 1 : Encadré définitions.....	32
Annexe 2 : Encadré historique	33
Annexe 3 : L'amendement Creton	35
Annexe 4 : Tableaux complémentaires	36
Bibliographie	42

Introduction

Ce document présente les principaux résultats de la deuxième édition de l'enquête « Métiers » réalisée par le Groupe Polyhandicap France (GPF), le Comité d'Étude et de Soins aux Polyhandicapés (CESAP), le Centre de Ressources Multihandicap (CRM) et l'association « Les Tout Petits ».

La première vague de l'enquête, réalisée en 2003, avait porté sur un échantillon de 156 établissements et services, dont 86 pour enfants et adolescents. Cette enquête avait révélé des difficultés de recrutements pour les postes soignants ou éducatifs qui variaient selon le type d'établissement. Elle montrait notamment¹, de manière générale, que les postes soignants étaient moins bien pourvus dans les établissements pour adultes que dans les établissements pour enfants et avait permis de repérer des délais de recrutement particulièrement longs pour les médecins – toutes catégories confondues, les infirmières et les kinésithérapeutes. Concernant les postes éducatifs, l'enquête 2003 avait permis de mettre à jour des difficultés de recrutement importantes concernant les éducateurs spécialisés et les aides médico-psychologiques.

L'enquête de 2011, qui fait suite à cette enquête, a été complétée et l'échantillon étendu : 904 questionnaires ont été envoyés et 184 établissements ont répondu à l'enquête. Le questionnaire a été allongé, avec des questions plus précises sur les pratiques d'externalisation des établissements, des questions sur les caractéristiques d'implantation de l'établissement, et des questions sur la perception des difficultés de recrutement de la part des directeurs d'établissements notamment.

La proximité structurelle des échantillons des deux enquêtes permet d'avoir une approche comparative et longitudinale des résultats de la précédente enquête.

Le présent document propose une analyse en sept parties : les deux premières parties présentent les caractéristiques des établissements répondants, que ce soit en termes de type d'établissement ou de région d'implantation (1) qu'en termes de places offertes pour l'accueil des personnes polyhandicapées (2). Les trois parties suivantes s'intéressent aux métiers présents et aux difficultés de recrutement (3), ainsi qu'aux pratiques annexes d'externalisation (4) et aux éventuels recours à des partenariats hors effectifs alloués (5). La sixième partie analyse les caractéristiques de l'implantation des établissements (6), et la dernière partie revient sur la perception, par les directeurs d'établissements, des changements dans les recrutements (7).

¹ Cf. Lecuit, 2004 ainsi que le Bilan de l'enquête 2004 (document interne, GPF)

PREMIERE PARTIE : Une enquête assez bien renseignée

Sur les 904 questionnaires envoyés aux établissements, 200 ont été renvoyés par les établissements contactés et 184 se sont avérés pertinents pour l'analyse. En moyenne, le taux de réponse sur l'ensemble de l'échantillon a été de 20,6%, soit **un peu plus d'un établissement sur cinq contacté a renvoyé le questionnaire complété.**

1.1 Des disparités géographiques dans les taux de réponse

Seules **deux variables de « cadrage »** étaient disponibles pour constater la représentativité de l'échantillon : **l'implantation géographique** (région de l'établissement contacté et répondant) et le **type d'établissement**. La représentativité de l'échantillon sera donc analysée au regard de ces deux critères. Les taux de réponse par région varient de 0 % à 71,4 %. (Tableau 15 en Annexe et Figure 1 ci-dessous)

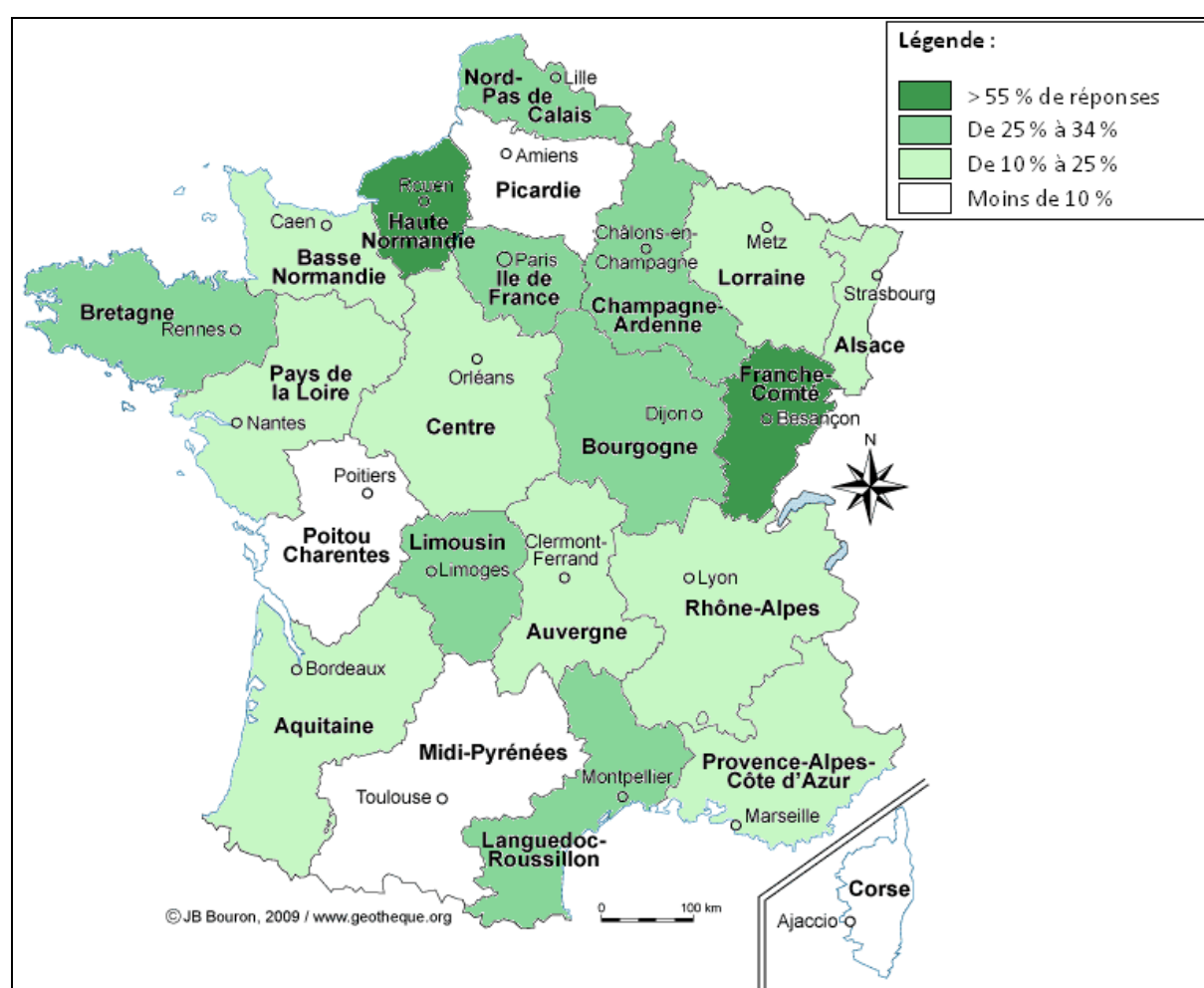


Figure 1 : Répartition des taux de réponses à l'enquête métiers par région

Les taux les plus élevés ont été relevés en Franche-Comté (10 établissements sur 14, soit 71,4 %) et en Haute-Normandie (10 établissements répondants parmi les 18 contactés, soit 55,6 % d'entre eux). Dans toutes les autres régions, un tiers ou moins du tiers des établissements contactés ont renvoyé le questionnaire complété. Parmi les régions les moins bien couvertes par l'enquête se trouvent la

Corse (le seul établissement contacté n'a pas répondu), le Poitou-Charentes (un établissement répondant sur les 24 contactés), ainsi que la Picardie et la région Midi-Pyrénées (Figure 1). En Île-de-France, où l'effectif d'établissements contactés est le plus élevé, le taux de réponse est légèrement supérieur à la moyenne générale (44 établissements répondant sur les 190 contactés, soit un taux de réponse de 23,2 %).

1.2 Une majorité d'IME-IMP-EEAP dans l'échantillon

La majorité des établissements répondants (47,3% du total soit 87 établissements sur 184) appartiennent à la catégorie IME-IMP-EEAP (Figure 2). Viennent ensuite les établissements MAS (26,1%, 48 établissements), les SSAD-SESAD (10,9%, 20 établissements), les FAM (7,1%, 13 établissements) et enfin les SAMSAH (1,6%, 3 établissements). La catégorie « autres » et « mixtes » rassemble des établissements divers (dont la liste détaillée est présentée en annexe, tableaux 16 et 17). Le tableau 2 ci-après présente les taux de réponse en fonction des **types d'établissement**. Les taux de réponse varient selon le type d'établissement (tableau 16 en Annexe). Le taux de réponse est le plus élevé parmi les SAMSAH (3 établissements répondant parmi les 5 contactés). Dans les autres structures, les taux de réponse sont proches de la moyenne, avec une légère sous-représentation des établissements répondant dans les MAS (48 établissements répondant parmi les 312 contactés, soit un taux de réponse de 15,4%). Le graphique ci-dessous (figure 2) révèle aussi la **proximité de l'échantillon de l'enquête de 2003 (pour 352 questionnaires envoyés) avec l'enquête de 2011.**

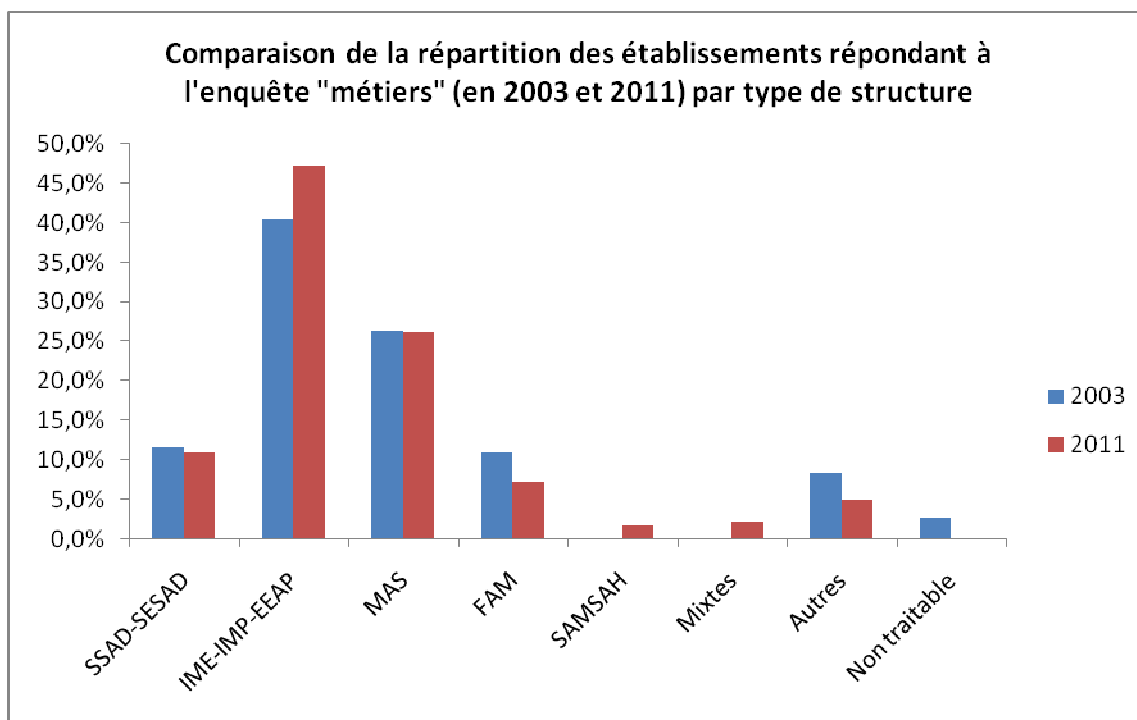


Figure 2 : Répartition des établissements répondants par type de structure dans les enquêtes « métiers » de 2003 et 2011

DEUXIEME PARTIE : Quelle offre pour quels publics ?

Trois points seront abordés dans cette partie : l'ancienneté des établissements ayant répondu à l'enquête, les caractéristiques (nombre et type) des places offertes agréées « polyhandicap ». Enfin, les caractéristiques (tranche d'âge) de la population accueillie.

2.1 Des établissements anciens, avec un nombre variable de places

En **moyenne**, les établissements ont **20 ans d'ancienneté**, avec des anciennetés qui varient de 1 an à 50 ans, les premiers établissements datant des années 1960 (cf encadré 1 en Annexe 1). L'ancienneté varie significativement selon le type des établissements. Les IME-IMP-EEAP sont les établissements les plus anciens en moyenne (25 ans), tandis que les FAM et SAMSAH sont en moyenne les plus récents (9 ans et 3 ans et demi en moyenne respectivement – tableau 1 ci-dessous).

Tableau 1 : Ancienneté déclarée par les établissements interrogés selon leur type.

Type de service ou d'établissement	Effectif d'établissements répondants	Ancienneté minimale observée (en années)	Ancienneté maximale observée (en années)	Ancienneté moyenne (en années)
SSAD-SESAD	15	2	36	16,3
IME-IMP-EEAP	71	1	50	24,9
MAS	39	1	46 ²	15,7
FAM	10	2	24	8,7
SAMSAH	2	2	5	3,5
Mixte ou Autres	9	2	44	26,7
Tous établissements	146	1	50	20,3

Les établissements interrogés ont déclaré au total **4497 places agréées « polyhandicap »**³. Certains établissements ne déclarent qu'une à deux places, d'autres plusieurs dizaines (notamment parmi les IME-IMP-EEAP et parmi les établissements « mixtes ou autres »), et 36 établissements n'ont pas déclaré posséder des places « polyhandicap » (ou réponse non traitable). Les établissements comptant le moins de places agréées « polyhandicap » en moyenne sont les SSAD-SESAD et les SAMSAH, tandis que les MAS ou les FAM déclarent significativement plus de places en moyenne (tableau 2 ci-après).

² Les Maisons d'accueil spécialisées ont été créées à la fin des années 1970, suite à l'article 46 de la Loi d'Orientation de 1975 et la Circulaire 62 AS de juin 1978. Néanmoins, les établissements appartenant à cette catégorie peuvent être plus anciens car ils ont pu être créés sous une autre forme avant cette législation.

³ Cela représente environ le tiers du nombre total de places disponibles en France. « À la fin de l'année 2001 d'après l'enquête ES, près de 7 300 enfants et adolescents et environ 6 500 adultes polyhandicapés étaient accueillis dans une structure médico-sociale » (Dutheil Nathalie, « Les personnes polyhandicapées prises en charge par les établissements et services médico-sociaux », *Études et Résultats*, n°391, 2005)

Tableau 2 : Répartition des places agréées « polyhandicap » selon le type d'établissement

Type de service ou d'établissement	Effectif d'établissements répondants	Nombre de places minimum observé	Nombre de places maximum observé	Nombre de places total	% du nombre de places	Nombre moyen de places par établissement
SSAD-SESAD	16	3	47	258	5,70%	16,1
IME-IMP-EEAP	72	4	135	1996	44,40%	27,7
MAS	39	7	71	1588	35,30%	40,7
FAM	9	12	50	283	6,30%	31,4
SAMSAH	2	7	30	37	0,80%	18,5
Mixte ou Autres	10	11	77	335	7,40%	33,5
Total	148	3	135	4497	100,0 %	30,4

2.2 Une majorité de places en internat

En termes de **type d'hébergement**, ces places sont réparties comme suit (tableau 3) :

- 60,8 % du total des places sont en internat
- 30,0 % des places sont en externat/semi-internat
- 7,3 % des places sont en services
- 1,9 % des places sont en accueil temporaire

Cette répartition révèle un **accueil en internat des personnes polyhandicapées surreprésenté** dans notre échantillon. La thématique de l'enquête (les difficultés de recrutement du personnel dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes polyhandicapées), est plus prégnante dans ce type d'établissements c'est pourquoi ces derniers ont peut-être été davantage sensibilisés au questionnaire. Si l'on considère notre échantillon représentatif, on peut aussi observer que les places proposées aux personnes polyhandicapées sont prioritairement des places en internat.

Tableau 3 : Caractéristiques et répartition par catégorie des places agréées « polyhandicap »

	Effectif des établissements répondants	Nombre de places minimum observé	Nombre de places maximum observé	Nombre de places total	% du nombre total des places	Nombre moyen de places par établissement
Internat	90	2	115	2735	60,8%	30,4
Externat/Semi-internat	102	1	50	1347	30,0%	13,2
Accueil temporaire	31	1	10	85	1,9%	2,7
Services (SESAD, ...)	21	3	47	330	7,3%	15,7
Total	148	3	135	4497	100,0%	30,4

Le type de places agréées « polyhandicap » **varie selon la catégorie de l'établissement** (figure 3 ci-après). Les établissements pour enfants ont une répartition relativement équilibrée des places en internat et en externat (829 places en internat et 1143 places en externat ou semi-internat déclarées pour les établissements IME-IMP-EEAP dans notre échantillon), tandis que les établissements pour adultes ont proportionnellement davantage de places en internat (1417 places en internat et 141 places en externat ou semi-internat déclarées pour les MAS dans notre échantillon ; 241 places en internat et 30 places en externat ou semi-internat déclarées pour les FAM dans notre échantillon) (Figure 3 ci-après).

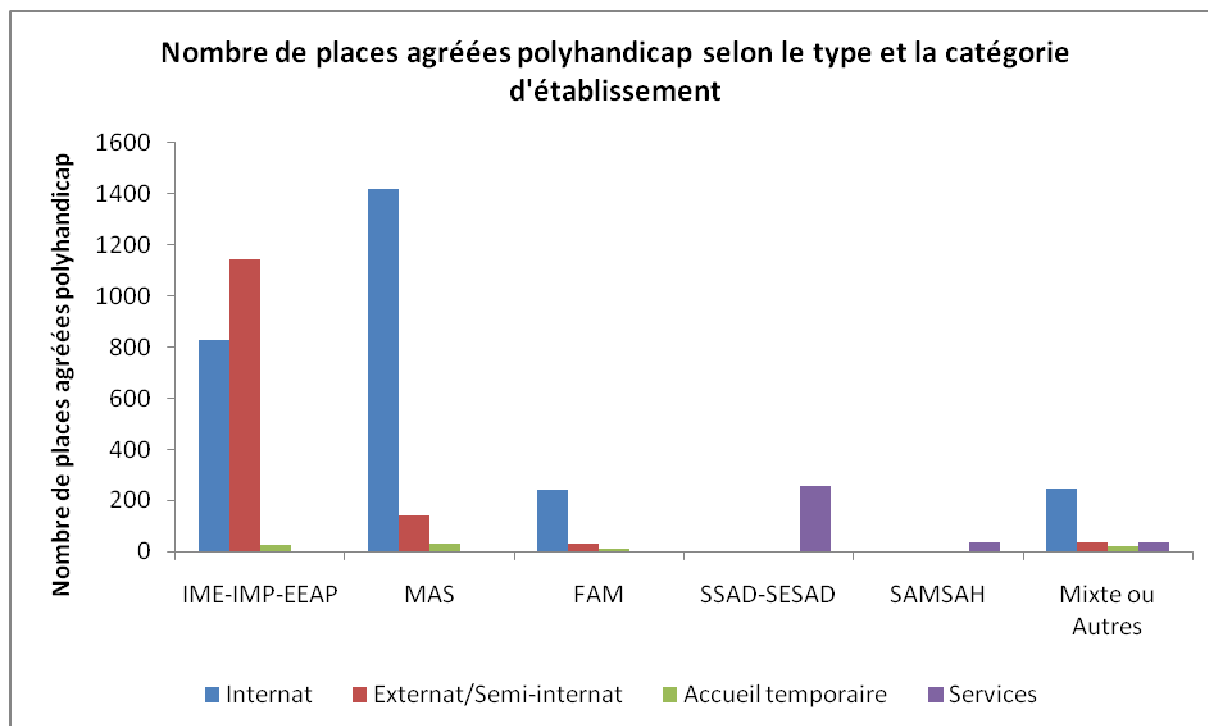


Figure 3 : Nombre et type de places agréées polyhandicap selon la catégorie d'établissement

2.3 La population accueillie a en majorité moins de vingt ans

Interrogés sur la répartition des places par tranches d'âge, les établissements (plus précisément 165 d'entre eux ayant correctement répondu à la question) ont déclaré **entre 1 et 129 places** dans leur établissement (figure 4 ci-après). En tout, 5482 places ont été recensées par ce biais, la **majorité d'entre elles étant allouées pour la tranche d'âge de 0 à 20 ans (58,2% du total des places)**. Parmi les moins de 20 ans, ce sont surtout les 12-20 ans qui concentrent près de la moitié des effectifs. Ce qui laisse présager une accentuation des besoins donc des moyens pour les établissements d'adultes dans les années à venir. La tranche d'âge la moins représentée parmi les enfants est celle des 0 à 3 ans. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les jeunes enfants (0 – 3 ans) sont essentiellement suivis par les CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) qui n'ont pas fait partie de notre échantillon ; par ailleurs, la caractérisation du handicap reste parfois très indéterminée pendant les premières années de vie.

La tranche d'âge la plus représentée ensuite, parmi les adultes, est la tranche d'âge des 20 à 40 ans, la moins nombreuse étant la tranche d'âge des plus de 60 ans (Figure 4). Le nombre de places agréées pour la tranche d'âge des 40-60 ans est un peu moins élevé (autour de 1000 places agréées). Concernant les plus de 60 ans, les données épidémiologiques restent encore très partielles. La question du vieillissement des personnes polyhandicapées reste encore un travail d'étude à mener (cf « *Politiques et pratiques d'accompagnement des personnes multihandicapées vieillissantes : dans les coulisses de la dépendance* », recherche action du Centre de Ressources Multihandicap réalisée en 2010).

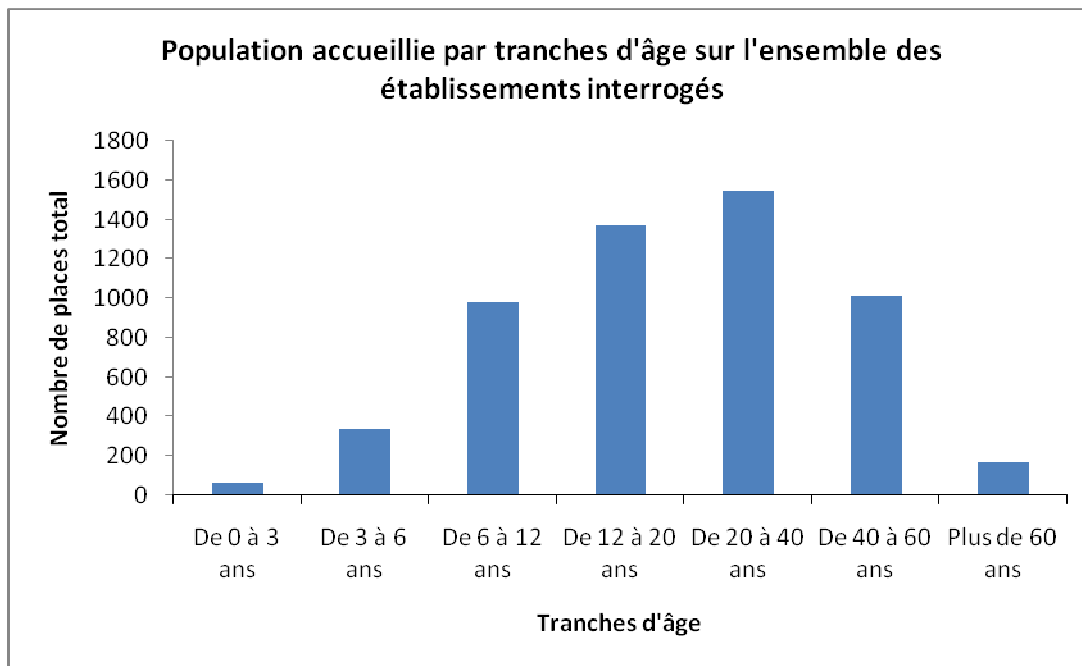


Figure 4 : Population accueillie par tranches d'âge sur l'ensemble des établissements

La figure 5 ci-après présente la répartition des places par tranches d'âge en fonction du type d'établissement.

Pour la tranche d'âge 40-60 ans, nous retrouvons un pourcentage équivalent dans les FAM, MAS et SAMSAH. Dans les établissements pour enfants (IME-IMP-EEAP), un peu plus de 10% ont plus de 20 ans, donc en aménagement Creton. Ce résultat pourrait signifier que ces jeunes adultes ne trouvent pas de solution d'accueil, soit par faute de places, soit parce que la prise en charge ne correspond pas à leur projet de vie. Notons que seulement 5% des enfants suivis en SSAD-SESAD ont plus de 12 ans. L'interprétation de la catégorie « mixte ou autre » demeure plus délicate, étant donné le caractère composite de cette catégorie.

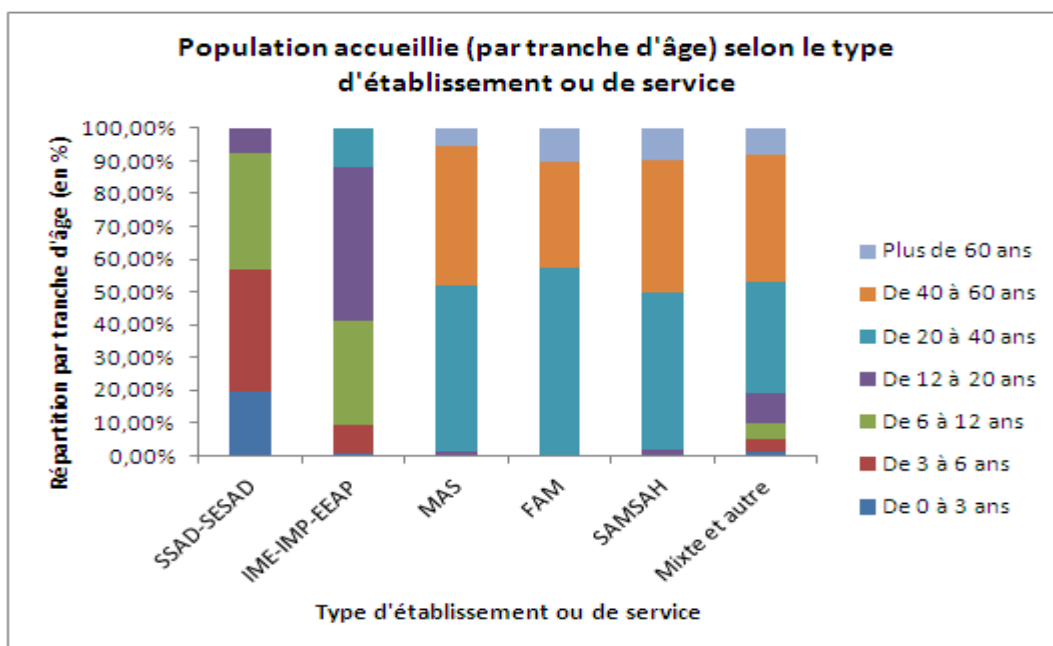


Figure 5 : Répartition de la population par tranche d'âge et selon le type d'établissement ou de service

TROISIEME PARTIE : Métiers et besoins en recrutement au niveau des établissements

3.1. AMP, le métier toujours le plus représenté ?

Interrogés sur l'ensemble de leurs postes budgétés, les 150 établissements répondants (34 valeurs manquantes à cette question) ont déclaré **5 901,5 équivalents temps plein (ETP)**. Le plus petit nombre d'ETP déclarés est de 1,3 (pour un établissement classé SSAD-SESAD) et le maximum d'ETP déclarés au total est de 209,7 postes (pour un établissement classé IME-IMP-EEAP) (tableau 4 ci-dessous).

En moyenne, les établissements ont 39,3 ETP budgétés. Rapporté au nombre de places agréées « polyhandicap » par établissement, cela représente en moyenne un ratio de 1,21 ETP par place.

Le ratio moyen d'encadrement varie significativement⁴ selon le type d'établissement : tandis que les SAMSAH ont en moyenne 0,41 ETP par place agréée et les SSAD-SESAD ont en moyenne 0,81 ETP par place agréée, les valeurs de ce ratio sont comprises entre 1,03 et 1,48 pour les autres types d'établissements, variation en lien avec le type d'accueil.

Tableau 4 : Total des effectifs de l'établissement en ETP au 31 décembre 2010

Statistiques descriptives : total des postes budgétés						
Type de service ou d'établissement	Effectifs d'établissements	Minimum des postes budgétés	Maximum des postes budgétés	Somme des postes budgétés	Moyenne des postes budgétés	
SSAD-SESAD	Total ETP	17	1,31	22,85	122,13	7,18
	<i>Ratio d'encadrement (ETP/places)</i>	16	0,12	6,15		0,81
IME-IMP-EEAP	Total ETP	68	2,26	209,66	2621,53	38,55
	<i>Ratio d'encadrement</i>	68	0,32	3,59		1,25
MAS	Total ETP	42	10,45	98,56	2266,54	53,96
	<i>Ratio d'encadrement</i>	42	0,95	3,69		1,33
FAM	Total ETP	10	22,1	66	443,39	44,34
	<i>Ratio d'encadrement</i>	9	1,28	1,84		1,48
SAMSAH	Total ETP	3	2,75	13,5	21,64	7,21
	<i>Ratio d'encadrement</i>	3	0,31	0,49		0,41
Mixte ou Autres	Total ETP	10	14	90,4	426,28	42,63
	<i>Ratio d'encadrement</i>	10	0,2	1,62		1,03
ENSEMBLE	Total ETP	150	1,31	209,66	5901,52	39,34
	<i>Ratio d'encadrement</i>	148	0,12	6,15		1,21

Note : Ces totaux sont établis en fonction des totaux déclarés par les établissements et non recalculés à partir des différents postes détaillés et mentionnés par les établissements. Les établissements numéro 186 et 187 ont été retirés de l'analyse (pour ce tableau et pour les tableaux suivants) en raison d'une erreur dans le remplissage du questionnaire.

⁴ Différences non significatives cependant (F = 0,851, sig = 0,516)

En termes de **métiers**, le plus grand nombre d'ETP budgétés (au total) sont les aides médico-psychologiques, avec un total de 1662 ETP budgétés sur l'ensemble des établissements (tableau 5 ci-après). Viennent ensuite les aides-soignants (761 ETP budgétés au total) et les postes en services généraux (669 ETP budgétés au total). Appareilleurs et pharmaciens sont en revanche des postes rarement budgétés au sein des établissements. Seuls 7 établissements ont déclaré avoir budgété un poste de pharmacien (1,84 ETP au total), et deux établissements ont déclaré un poste d'appareilleur (0,7 ETP au total).

La même analyse en termes de ratio ETP/nombre de places révèle une autre hiérarchie : les métiers les mieux représentés sont alors les aides médico-psychologiques (0,35 ETP/Place agréée), les aides-soignants (0,21 ETP/Place agréée), les éducateurs spécialisés (0,15 ETP/Place agréée) et les postes en services généraux (0,15 ETP/Place agréée).

Tableau 5 : Les postes budgétés en ETP par types de métiers.

Statistiques descriptives : Postes budgétés				
	Effectif d'établissements	Somme des postes budgétés	Moyenne des postes budgétés	Moyenne des postes budgétés (en ratio ETP/100 places)
Administration – gestion - direction				
Ensemble des postes services généraux	139	669,17	4,81	14,56
Ensemble des postes administration/gestion	154	311,73	2,02	6,55
Chef de service éducatif	100	109,73	1,1	3,61
Directeur	148	106,47	0,72	2,75
Directeur adjoint	68	54,5	0,8	2,63
Chef de service médical ou paramédical	32	32,52	1,02	2,29
Socio-éducatif				
Aide médico-psychologique	142	1662,13	11,71	32,45
Éducateur spécialisé	149	554,38	3,72	15,28
Moniteur - éducateur	93	321,47	3,46	11,19
Surveillant de nuit	58	216,78	3,74	9,29
Candidat élève	30	102,04	3,4	9,48
Maîtresse de maison	27	86,89	3,22	8,29
Éducateur de jeunes enfants	34	57,63	1,7	7,73
Animateur	23	37,22	1,62	6,59
Enseignant	21	34,6	1,65	8,49
Assistante sociale	74	33,85	0,46	1,75
Médical				
Généraliste	92	23,36	0,25	0,75
Psychiatre	104	21,83	0,21	0,75
Rééducation fonctionnelle	85	14,3	0,17	0,77
Pédiatre	33	8,21	0,25	0,99
Autres spécialités médicales	18	5,57	0,31	0,84
Pharmacien	7	1,84	0,26	0,40
Paramédical				
Aide-soignant	99	761,09	7,69	21,31
Infirmier	154	396,29	2,57	7,63
Kinésithérapeute	140	187,95	1,34	5,52
Psychomotricien	133	114,96	0,86	3,50
Ergothérapeute	128	99,16	0,77	3,30
Psychologue	161	85,56	0,53	2,22
Autres spécialités paramédicales	18	57,58	3,2	10,78
Orthophoniste	92	56,43	0,61	2,94
Orthoptiste	10	3,96	0,4	1,07
Appareilleur	2	0,7	0,35	1,05
Autres				
Assistant familiaux	1	4	4	-

La même analyse réalisée par type d'établissement révèle :

- *Au niveau paramédical:*

Les catégories professionnelles sont très différentes selon les types de structures (tableau 6).

Les aides-soignants sont surreprésentés dans les MAS, un peu moins dans les FAM. Les effectifs d'infirmiers sont à peu près équivalents dans les deux types d'établissements.

Tableau 6 : Les postes budgétés en ETP par type d'établissement (domaine paramédical).

Métiers paramédicaux	Type de service ou d'établissement											
	SSAD- SESAD		IME-IMP- EEAP		MAS		FAM		SAMSAH		Mixte ou Autres	
	N	Moyenne	N	Moyenne	N	Moyenne	N	Moyenne	N	Moyenne	N	Moyenne
Infirmier	5	2,74	78	6,68	46	9,93	11	8,55	3	6,39	9	6,07
Aide-soignant	1	1,94	38	15,35	38	31,07	10	19,98	3	5,22	7	12,25
Kinésithérapeute	12	15,65	71	5,9	41	2,52	9	3,23	1	4,55	3	4,2
Ergothérapeute	11	10,7	66	3,03	35	1,68	8	1,83	3	3,67	3	4,46
Orthophoniste	15	6,05	66	2,4	5	1,03	2	0,42	1	0,91	2	5,71
Psychomotricien	17	7,34	73	3,31	32	1,87	5	2,45	1	4,55	3	5,24
Psychologue	17	5,17	78	2,29	43	1,28	10	1,86	3	0,8	7	1,18
Appareilleur	0		1	0,67	1	1,43	0		0		0	
Orthoptiste	1	2,33	8	0,91	0		0		0		0	
Autres spécialités paramédicales	0		8	11,33	5	12,81	2	13,8	0		3	3,9

En revanche, les postes budgétés de kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricien et psychologue sont plus importants en SSAD-SESAD. Ce type de service offre des prestations d'accompagnement à domicile essentiellement au niveau de l'éducation et de la rééducation.

Par contre, les IME-IMP-EEAP ont plus de postes budgétés de paramédicaux que les établissements d'adultes (MAS et FAM). Cette différence est sans doute liée à l'âge du public concerné : les établissements pour enfants semblent concentrer davantage des fonctions de rééducation (kinésithérapeutes, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien, psychologue), tandis que les établissements pour adultes se positionnent davantage, du fait des fonctions représentées, dans de l'accompagnement médical et du « care » (à travers les fonctions d'infirmier et aide-soignant). De plus, cela pourrait être lié au type d'accueil différent proposé par les établissements (avec hébergement ou non). En effet, dans les institutions avec hébergement (plus fréquentes en MAS et FAM qu'en IME-IMP-EEAP – cf tableau 18 en annexe), les tâches d'assistance à la dépendance sont assurées par les AMP et les aides-soignants.

Également, la fonction d'ergothérapeute, apparaît particulièrement présente dans les SSAD-SESAD. Cette fonction tend en effet à se développer et nécessiterait en elle-même une étude plus approfondie sur ce qui est réellement attendu de la part de ces professionnels, qui tendent à prendre une place importante dans le dispositif d'accueil des personnes polyhandicapées, notamment chez les enfants.

Les MAS sont les mieux dotées en poste d'appareilleur (1,43).

- *Au niveau médical:*

Pour la catégorie des médecins, nous observons qu'un peu plus de temps médical est budgété dans les structures pour enfants. Il y a en effet plus d'établissements où ces postes sont budgétés, mais les IME-IMP-EEAP sont aussi plus présents dans l'échantillon. La médecine de rééducation fonctionnelle est en outre particulièrement représentée dans les SSAD-SESAD (en termes de ratio) que pour les autres spécialités (tableau 6bis).

Tableau 6bis : Les postes budgétés en ETP par type d'établissement (domaine médical).

	Type de service ou d'établissement											
	SSAD-SESAD		IME-IMP-EEAP		MAS		FAM		SAMSAH		Mixte ou Autres	
Métiers médicaux	<i>N</i>	<i>Moyenne</i>	<i>N</i>	<i>Moyenne</i>	<i>N</i>	<i>Moyenne</i>	<i>N</i>	<i>Moyenne</i>	<i>N</i>	<i>Moyenne</i>	<i>N</i>	<i>Moyenne</i>
Généraliste	2	1,05	37	0,74	38	0,73	10	0,89	0		4	0,58
Psychiatre	9	0,97	53	0,81	29	0,52	6	0,63	1	2,19	5	0,83
Pédiatre	6	0,77	26	0,95	0		0		0		1	3,33
Rééducation fonctionnelle	6	3,27	51	0,71	21	0,3	4	0,33	1	0,45	0	
Pharmacien	0		3	0,45	4	0,36	0		0		0	
Autres spécialités médicales	0		9	0,45	6	0,53	1	0,65	0		2	3,65

- *Au niveau socio-éducatif:*

Les postes de surveillants de nuit budgétés sont assez équivalents pour les MAS et FAM (tableau 6ter). Les postes d'éducateurs spécialisés budgétés sont très nettement supérieurs dans les structures pour enfants (deux fois plus d'éducateurs en SSAD-SESAD, très peu en MAS) et inversement pour les postes d'aide médico-psychologique. Les postes d'assistantes sociales sont quant à eux peu présents dans les MAS. Cela signifie-t-il qu'une telle fonction serait moins utile dans ce type d'établissements ? En réalité, l'une des fonctions importantes des assistantes sociales dans les structures d'enfant est relative aux réalisations des premiers dossiers administratifs et aux recherches des réorientations. S'il faut reconnaître que ce dernier point est moins vrai en structure pour adultes, la fonction y est cependant tout aussi utile, compte tenu du vieillissement des familles et de leur accompagnement, des questions administratives qui, à tout âge de la vie, restent complexes et qui continuent de se complexifier.

Tableau 6ter : Les postes budgétés en ETP par type d'établissement (domaine socio-éducatif).

	Type de service ou d'établissement											
	SSAD-SESAD		IME-IMP-EEAP		MAS		FAM		SAMSAH		Mixte ou Autres	
Métiers socio-éducatifs	<i>N</i>	<i>Moyenne</i>	<i>N</i>	<i>Moyenne</i>	<i>N</i>	<i>Moyenne</i>	<i>N</i>	<i>Moyenne</i>	<i>N</i>	<i>Moyenne</i>	<i>N</i>	<i>Moyenne</i>
Éducateur spécialisé	14	24,69	76	18,93	37	7,12	9	9,62	2	6,96	8	10,31
Éducateur de jeunes enfants	5	10,7	24	7,02	1	2,17	0		0		4	9,69
Moniteur - éducateur	3	4,81	55	12,99	23	6,69	5	6,74	0		5	20,3
Aide médico-psychologique	1	5	69	25,94	45	43,12	11	41,58	2	11,93	11	26,76
Candidat élève	0		13	10,09	10	8,06	2	14,58	0		3	8,19
Assistante sociale	8	3,37	47	1,72	10	0,72	4	1,14	2	1,46	2	2,56
Animateur	0		10	8,24	11	5,01	1	11,11	0		1	2,86
Enseignant	1	2,5	20	8,79	0		0		0		0	
Maîtresse de maison	0		13	7,61	10	8,97	2	2,9	0		2	14,67
Surveillant de nuit	0		23	8,05	21	9,93	5	9,4	0		7	11,34

- *Au niveau administration-gestion-direction*

Nous observons qu'en moyenne les MAS ont moins de postes budgétés (tableau 6 quater ci-après).

L'équivalent temps plein en poste de directeur adjoint est notamment supérieur pour les MAS, FAM et SAMSAH par rapport au SSAD-SESAD et au IME-IMP-EEAP. En outre, les effectifs des services généraux sont plus importants en établissements qu'en services; les SSAD-SESAD ont un effectif administratif plus important (directeurs et chef de service éducatif), ce qui pourrait être lié à leur effectif moyen de places par structure moins important.

Tableau 6quater : Les postes budgétés en ETP par type d'établissement (domaine socio-éducatif).

Type de poste	Type de service ou d'établissement											
	SSAD-SESAD		IME-IMP-EEAP		MAS		FAM		SAMSAH		Mixte ou Autres	
	N	Moyenne	N	Moyenne	N	Moyenne	N	Moyenne	N	Moyenne	N	Moyenne
Directeur	12	4,15	73	2,87	39	2,19	11	2,62	1	0,36	9	2,73
Directeur adjoint	4	1,51	26	2,36	22	3,06	5	3,47	3	2,15	6	2,53
Chef de service éducatif	6	5,9	53	4,01	26	2,68	8	3,02	1	3,13	5	2,6
Chef de service médical ou paramédical	1	1,82	14	2,58	14	2	1	2	0		2	2,77
Ensemble des postes administration/gestion	12	9,14	72	7,28	43	5,21	11	5,79	3	2,33	10	6,07
Ensemble des postes services généraux	7	2,91	71	16,43	39	13,2	10	14	1	1,82	8	17,14

Commentaire du GPF

On peut observer, de manière générale que les postes les plus qualifiés, comme les médecins, les paramédicaux et les éducateurs spécialisés sont plus représentés (en proportion des effectifs) dans les SSAD-SESAD. Il y a très peu d'AMP et aucun « candidat élève » dans ces structures.

La situation est inversée dans les MAS et les FAM où l'on constate une surreprésentation des AMP et des candidats élèves. Ceci est lié au fait que dans les SSAD-SESAD, l'assistance à la vie quotidienne est exercée par les familles, et dans les structures en internat essentiellement par les professionnels comme les AMP.

Les gestionnaires ne trouvant pas de personnel diplômé recrutent du personnel non-diplômé et non-formé. Les « candidats élèves » ne sont pas diplômés et n'ont donc pas les qualifications requises dans le secteur médico-social. Ce constat est observé surtout dans les internats.

Deux hypothèses pourraient expliquer cette situation :

- Les choix budgétaires des pouvoirs publics amènent les gestionnaires d'établissements à prévoir, pour l'accompagnement du quotidien, des postes moins qualifiés, car moins onéreux (en terme salarial).
- Le personnel diplômé serait moins intéressé pour travailler en internat en raison des conditions de travail ou auprès des adultes en raison d'une image professionnelle moins valorisante que dans les structures pour enfants.

3.2. Un établissement sur deux a au moins un poste non pourvu

Au total, 99 établissements sur les 184 répondants ont déclaré au moins un ETP (ou moins d'un ETP) non pourvu, soit **un peu plus d'un établissement sur deux** (tableau 7 et figure 6 ci-dessous).

La proportion d'établissement ayant déclaré au moins un poste non pourvu est plus importante parmi les MAS, et plus faible parmi les FAM et les SAMSAH (qui n'ont pas déclaré de postes non pourvus⁵).

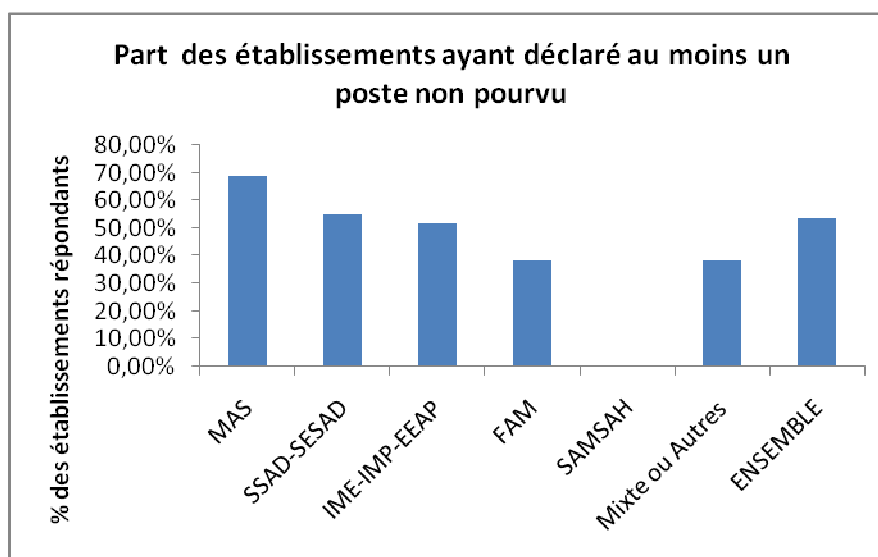


Figure 6 : Part des établissements répondants ayant déclaré au moins un poste non pourvu (par type d'établissement)

En moyenne cependant (c'est-à-dire en termes d'ETP non pourvus pour 100 places agréées par établissement), nous observons que c'est dans les SSAD-SESAD qu'il y a le plus grand ratio moyen d'ETP non pourvus (11,9 ETP non pourvus pour 100 places agréées).

Tableau 7 : Total des postes non pourvus par type d'établissement en ETP et ratios (ETP pour 100 places) au 31 décembre 2010

Statistiques descriptives : Ensemble des postes non pourvus						
Type de service ou d'établissement (recochée)		Effectif d'établissements	Nombre minimum de postes non pourvus	Nombre maximum de postes non pourvus	Somme des postes non pourvus	Moyenne des postes non pourvus
SSAD-SESAD	ETP	11	0,08	2,4	10,15	0,9227
	Ratio d'encadrement (pour 100 places)	10	0,21	80		11,93
IME-IMP-EEAP	ETP	45	0,03	9,25	61,52	1,3672
	Ratio d'encadrement (pour 100 places)	45	0,18	40,22		5,27
MAS	ETP	33	0,07	19,7	83,96	2,5442
	Ratio d'encadrement (pour 100 places)	33	0,19	42,83		6,21
FAM	ETP	5	1	3,45	9,76	1,951
	Ratio d'encadrement (pour 100 places)	5	2,22	11,13		5,42
SAMSAH	ETP	0				
	Ratio d'encadrement (pour 100 places)	0				
Mixte ou Autres	ETP	5	0,54	3,2	9,24	1,848
	Ratio d'encadrement (pour 100 places)	5	2,38	16,67		7,07
ENSEMBLE	Total postes non pourvus (ETP)	99	0,03	19,7	174,63	1,7639
	Ratio d'encadrement (pour 100 places)	98	0,18	80		6,37
	Non réponses	2				

⁵ Ces chiffres restent toutefois à interpréter avec précaution car ces groupes sont moins nombreux en effectifs

Les **postes non pourvus** dans le plus grand nombre d'établissements sont, dans l'ordre et dans le domaine paramédical (figure 8 page suivante et tableau 19 annexes 3) :

- Les kinésithérapeutes (46 établissements concernés ; 34,7 ETP au total ; en moyenne 23 mois de vacances de poste)
- Les orthophonistes (33 établissements concernés, 16,3 ETP au total ; en moyenne 50 mois de vacances de poste)
- Les infirmiers et psychomotriciens (18 établissements ; 20,3 ETP au total pour les infirmiers et 9,4 ETP au total pour les psychomotriciens; en moyenne 8/9 mois de vacances de poste pour les infirmiers et 13 mois pour les psychomotriciens)
- Les ergothérapeutes (16 établissements ; 8 ETP au total ; en moyenne 20 mois de vacances de poste)

Dans le domaine médical, apparaît clairement la difficulté à recruter des psychiatres dont les postes budgétés représentent de faible ETP et les postes restent vacants assez longtemps (plus de 2 ans en moyenne), comme cela apparaît sur la figure 7⁶.

Les postes les plus en tension (psychiatre et orthophoniste) sont aussi ceux dont la durée de vacance est la plus importante.

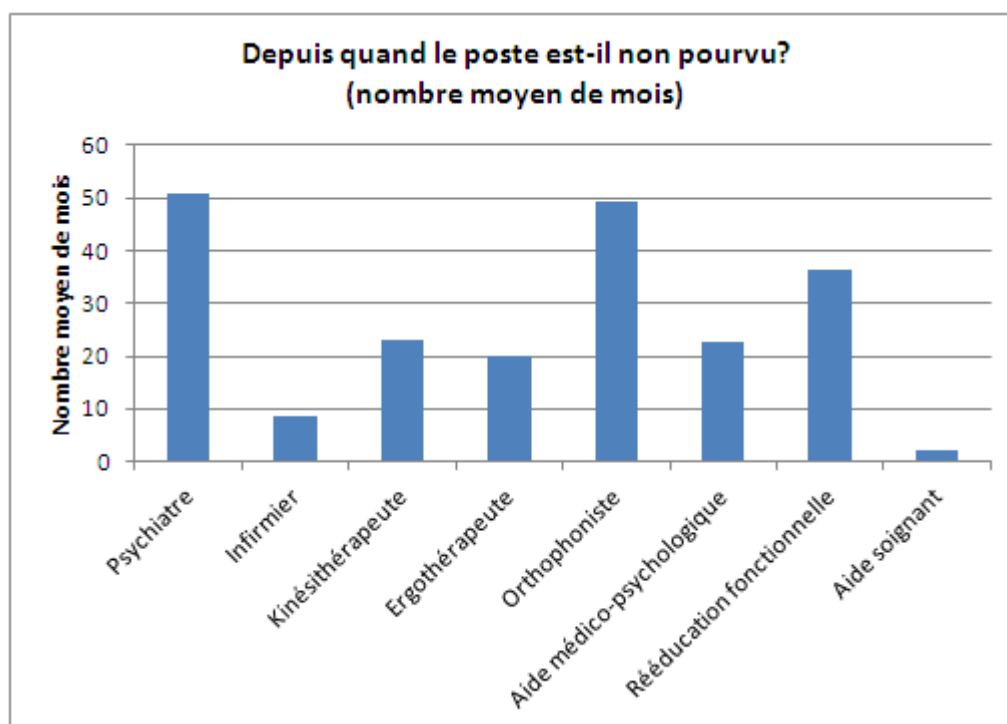


Figure 7 : La durée de vacance des postes non pourvus (en mois) pour quelques fonctions

⁶ Les réponses à cette question restent toutefois à prendre avec précaution car il y a eu de nombreuses non réponses.

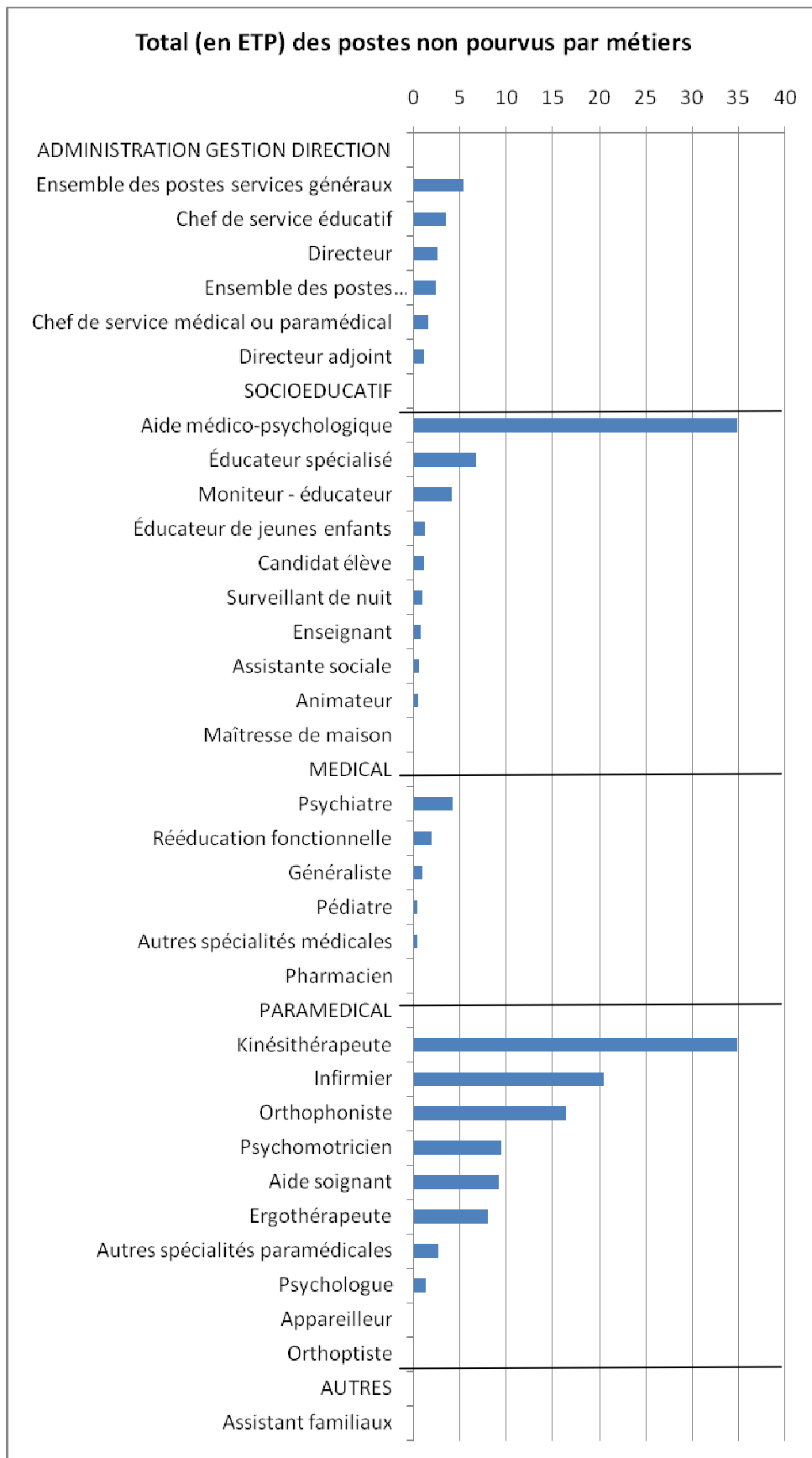


Figure 8 : les postes non pourvus par métiers (en ETP totaux)

Commentaire du GPF

Pour compenser les postes non pourvus, les établissements utilisent diverses solutions :

- Le recours à des professionnels libéraux pour les kinésithérapeutes et les orthophonistes
- Le recours à l'intérim pour les infirmiers (c'est ce que l'on observe dans la partie 4 de l'enquête).

Des craintes sont formulées par le GPF :

- Risques de glissements de fonctions ; par exemple, remplacement d'un poste de kinésithérapeute non pourvu par un poste de psychomotricien ne répondant pas aux mêmes besoins.
- Risques de non réalisation de certains actes pourtant nécessaires (ce que l'on commence à observer dans certains SSAD-SESAD pour des durées plus ou moins longues).

Il est donc nécessaire de se mobiliser pour favoriser le retour de ces professionnels dans nos structures :

- Sensibilisation des jeunes professionnels ;
- Accueil de stagiaires dans les établissements, sensibiliser les étudiants (cf. 5^e partie) ;
- Développer les relations avec les écoles de ces professionnels ;
- Inciter à des travaux de recherche, aider à valoriser la fonction ;
- La question de la revalorisation salariale ne doit pas être une question à négliger.

3.3. Kinésithérapeutes, orthophonistes et AMP : des besoins en recrutement importants

Les fonctions souhaitées par le plus grand nombre d'établissement sont par ordre :

(1) Kinésithérapeutes ;

(2) Orthophonistes

(3) Aides médico-psychologiques (AMP).

Commentaire du GPF

Le métier d'AMP n'est pas dans l'absolu un « métier rare », mais il est évident que le recours important à cette profession est un élément à observer. On constate un besoin important (qualitatif et quantitatif) d'AMP dans ce secteur. À noter que désormais les AMP, dont la formation avait été pensée à l'origine à destination des personnes polyhandicapées, sont recrutées dans d'autres structures (EPHAD par exemple) : cela crée une tension relative sur ce type de métier, et nécessite toujours de former et qualifier de nouveaux candidats

Parmi les postes les plus souvent souhaités, les postes d'AMP arrivent loin devant avec au total 447,6 ETP souhaités par les établissements répondants (figure 9 page suivante). Viennent ensuite les postes d'aides-soignants (161,8 ETP souhaités au total). Les postes les moins souvent souhaités sont les postes de pharmaciens (0 ETP souhaité) et appareilleurs (0,2 ETP souhaité au total).

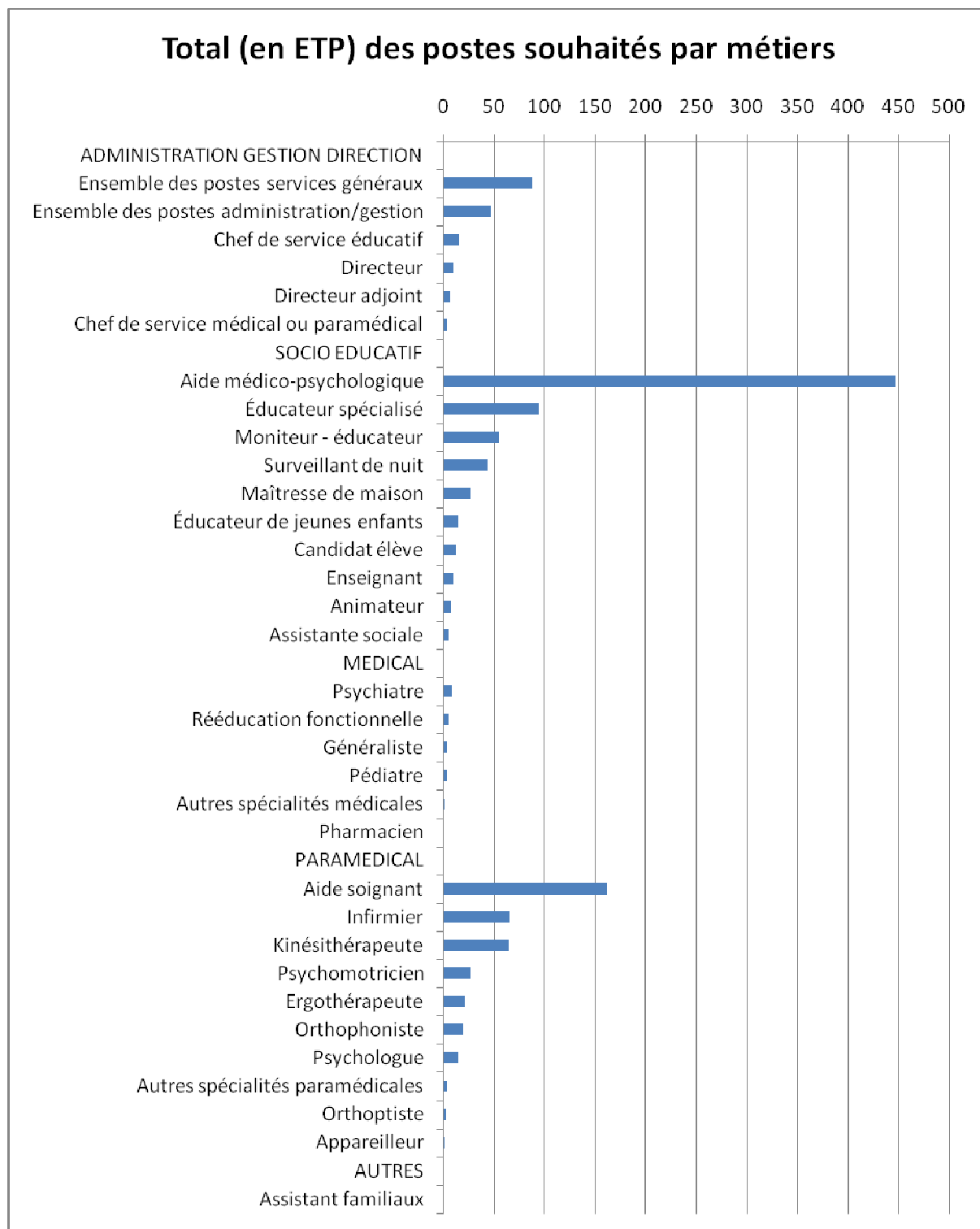


Figure 9 : Les métiers souhaités par les établissements (en ETP totaux)

L'analyse par type d'établissement (tableau 20 en annexe) montre notamment que dans l'administration/gestion/direction, les postes de services généraux sont en moyenne les plus souhaités quelque soit le type d'établissement. En ce qui concerne le secteur socio-éducatif, les postes d'aides médico-psychologiques sont en moyenne davantage souhaités dans les MAS et un peu moins dans les IME-IMP-EEAP, qui souhaitent davantage d'éducateurs. En ce qui concerne le secteur médical, des postes d'aides-soignants supplémentaires sont essentiellement souhaités dans les IME-

IMP-EEAP, les MAS, et beaucoup moins dans les FAM. L'accueil d'enfants et d'adultes dont les pathologies sont complexes et qui nécessitent, en plus d'un accompagnement du quotidien, des gestes techniques en limite du soin infirmier tend à expliquer en partie ce phénomène.

Commentaire du GPF

Une des craintes est de constater un glissement des métiers et des fonctions par le recrutement d'aides-soignants pour compenser les tensions sur les fonctions d'infirmier diplômé d'état. En effet, les besoins en postes infirmiers demeurent importants dans tous les types d'établissements.

Par ailleurs, il est devenu nécessaire d'étudier avec plus d'attention les fonctions maintenance et logistique, à ce jour prises en charge par les services généraux. En effet, ces fonctions nécessitent des compétences techniques nouvelles compte tenu de la complexité des équipements présents dans les institutions accueillant des personnes polyhandicapées : fauteuil électrique, lève-personne, nutripompe, appareil de ventilation respiratoire...

Des postes de médecins généralistes sont davantage demandés en FAM ; tandis que les postes de paramédicaux sont plus souhaités en IME-IMP-EEAP.

Quant aux MAS – par rapport aux FAM –, elles souhaitent plus d'ETP au niveau socio-éducatif. Et alors que nous observons (tableau 6quater - page 14), qu'au niveau administration-gestion-direction, les MAS ont moins de postes budgétés, ici, nous voyons que les MAS expriment un besoin plus important que les FAM pour obtenir des ETP à ces fonctions.

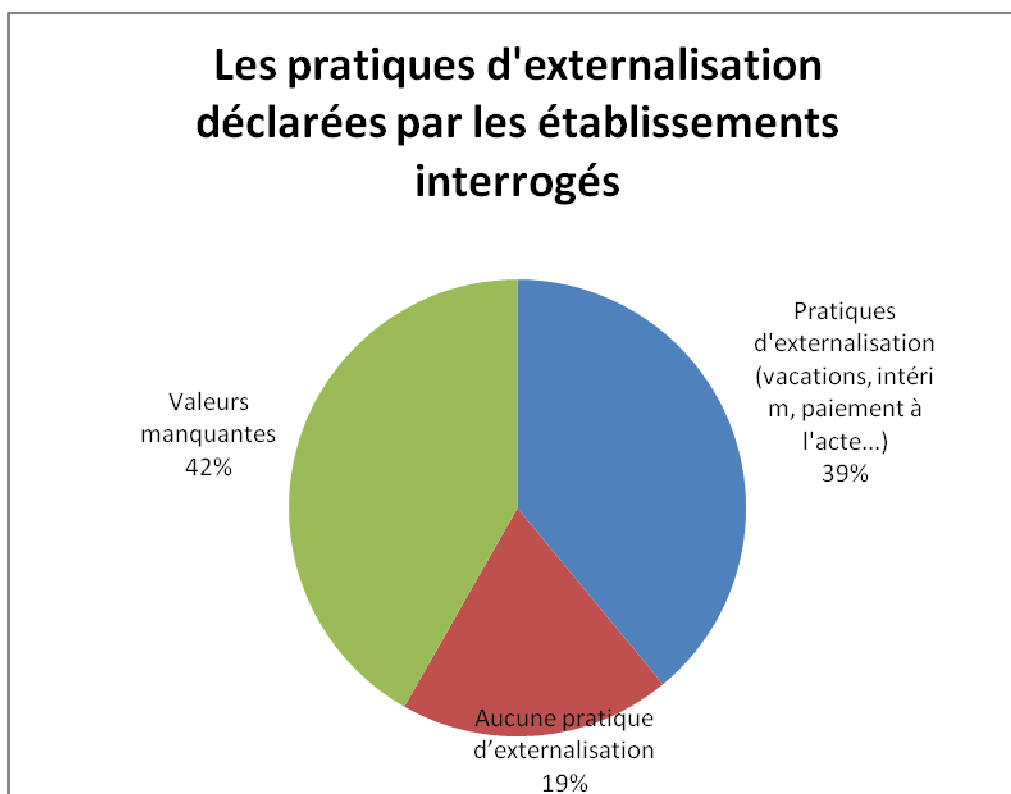
Les SSAD-SESAD et les SAMSAH n'expriment pas de souhaits particuliers sauf au niveau paramédical pour les SSAD-SESAD.

QUATRIEME PARTIE : L'externalisation des postes : une pratique de moins en moins exceptionnelle

Soixante-et-onze établissements (39% des établissements dans l'enquête) ont déclaré avoir eu recours à au moins une pratique d'externalisation, que celle-ci ait pris la forme d'une vacation, d'un contrat intérimaire, d'un paiement à l'acte ou autre (Figure 10 ci-dessous). Cela représente 338,0 ETP au total, soit 5,7% de l'ensemble des postes budgétés et un volume près de deux fois supérieur au nombre de postes non pourvus (qui était, rappelons le de 174,6 ETP au total).

Au maximum, un établissement a déclaré avoir eu recours à 237 équivalents ETP en prestations externes, ce qui contribue fortement au volume total de ces pratiques. En revanche, 35 établissements n'ont déclaré aucune pratique d'externalisation et 76 réponses ont été manquantes ou impossibles à coder à cette question.

Figure 10 : Les pratiques d'externalisation dans les établissements interrogés.



Dans les 41 établissements ayant à la fois des postes non pourvus et recours à des prestations externes, on observe une corrélation positive entre ces deux pratiques. Autrement dit, le recours à des prestations externes est d'autant plus important que les établissements ont des postes non pourvus.

La pratique de l'externalisation est plus fréquente pour les métiers où la part de postes non pourvus par rapport aux postes budgétés est la plus importante (notamment les kinésithérapeutes, les orthophonistes et les médecins de rééducation fonctionnelle). Ainsi, le recours à l'externalisation semble compenser en majorité les carences de postes mais les deux ne se recouvrent pas entièrement : pour les postes médicaux comme psychiatre, médecin de rééducation

fonctionnelle nous observons nettement un recours à l'externalisation plus fréquent, qui apparaît en lien avec le nombre d'établissement dont les postes sont non pourvus et le nombre d'établissements où les postes sont souhaités. Pour les postes du service Administration-Gestion-Direction en revanche, il apparaît clairement que si des établissements ont des postes non pourvus et souhaitent plus de dotation, ils n'ont pas recours à l'externalisation.

L'analyse des pratiques d'externalisation profession par profession (tableau 22 en annexes) révèle que l'externalisation par vacations existe surtout pour les kinésithérapeutes, les médecins de rééducation fonctionnelle, les orthophonistes, et les orthoptistes, avec des temps variables selon la profession. Le paiement à l'acte concerne surtout les mêmes professions, un peu les médecins généralistes.

Commentaire du GPF

Le recours à l'intérim concerne surtout les infirmiers mais aussi, dans une moindre mesure, les aides-soignants et les kinésithérapeutes. Ce recours plus important à un recrutement des infirmiers par intérim peut s'expliquer par :

- Le fait que pour les missions courtes (CDD, remplacements), il est plus aisé et rapide de trouver un intérimaire qu'un infirmier libéral ou de lancer une procédure de recrutement classique.
- Le secteur médico-social s'inscrit dans la même dynamique que le secteur médical : sur les 8000 intérimaires qui travaillent chaque jour dans la sphère médicale, 60% sont infirmiers » (cf. Emilie Gavaille, 3 mars 2010, citant Françoise Lesage, directrice commerciale d'Adecco Medical dans son article « l'intérim infirmier un secteur en plein boom » sur le site actusoins : <http://www.actusoins.com/3205/linterim-infirmier-un-secteur-en-plein-boom.html>).
- Les choix personnels des professionnels concernant l'intérim correspondent aux aspirations des personnes qui choisissent ce mode d'organisation professionnelle.

Au total, les prestations externes concernent surtout les kinésithérapeutes, les infirmiers, les médecins de rééducation fonctionnelle.

Comme on l'a vu dans la partie 3 (tableau 14), les établissements utilisent donc des solutions pour compenser les difficultés de recrutement.

Les prestations externes, si elles compensent le déficit de recrutement de professionnels posent quelques problèmes pour la cohérence du travail transdisciplinaire nécessaire à la prise en charge globale de la personne polyhandicapée.

CINQUIEME PARTIE : Le recours à des partenariats hors effectifs alloués

La **très grande majorité des établissements ont ou ont eu recours à des stagiaires**, puisqu'ils sont 174 sur les 184 ayant répondu à la question à déclarer avoir recours à des stagiaires, soit 95% environ (tableau 8). La rémunération des stagiaires n'est toutefois pas la norme, puisque **seuls 27,7% des établissements répondants ont déclaré avoir rémunéré ses stagiaires**.

La part d'établissements ayant recours à des **contrats aidés** est moins élevée, même si plus d'un établissement sur deux (58,5%) a déclaré avoir eu recours à ce type de partenariat (tableau 9). Les autres pratiques concernent moins d'un établissement sur cinq : recours à des **bénévoles** (16,9% des établissements), recours à des **volontaires du service civique** (3,1% des établissements) bien que certaines associations rencontrent des difficultés pour obtenir les agréments, recours à des **auxiliaires de vie scolaire** (8,4% des établissements) (tableau 8).

Tableau 8 : Les pratiques d'externalisation : recours à des stagiaires, contrats aidés, bénévoles, volontaires du service civique ou auxiliaires de vie scolaire déclaré par les établissements

	Oui	Non	Non réponse ou réponse non traitable
<i>Avez-vous recours à des stagiaires ?</i>	174 94,6%	10 5,4%	0
<i>Les stagiaires sont-ils rémunérés ?</i>	45 27,7%	115 72,3%	25
<i>Faites-vous appel à des contrats aidés ?</i>	107 58,5%	76 41,5%	1
<i>Faites-vous appel à des bénévoles ?</i>	30 16,9%	147 83,1%	7
<i>Faites-vous appel à des volontaires du service civique ?</i>	5 3,1%	158 96,9%	21
<i>Des enfants de l'établissement bénéficient-ils d'auxiliaires de vie scolaire (AVS) ?</i>	12 8,4%	131 91,6%	41

Parmi les services de soin, le recours à **l'hospitalisation à domicile est la pratique la moins courante** ; elle ne concerne que 2,0% des établissements. Le recours à des soins palliatifs (18,3%) et le recours à des services de soins infirmiers à domicile (18,4%) sont plus fréquents et concernent un peu plus d'un établissement sur six (tableau 9, page suivante).

Il est à noter que le tableau 10 (page suivante), qui présente les conventions signées par les établissements, ne dit rien à la fois sur la qualité ou la quantité de l'accompagnement des personnes polyhandicapées accompagnées et intéressées dans le cadre des signatures des conventions. Le nombre de signatures relativement conséquent avec l'éducation nationale est à relier à la parution du décret d'installation des unités d'enseignement de 2009.

Tableau 9 : Le recours à des services de soin externalisés déclaré par les établissements

	Oui	Non	Non réponse ou réponse non traitable
<i>Avez-vous recours à des services de soins palliatifs ?</i>	30 18,3%	134 81,7%	20
<i>Avez-vous recours à de l'hospitalisation à domicile ?</i>	3 2,0%	150 98,0%	31
<i>Avez-vous recours à des services de soins infirmiers à domicile ?</i>	29 18,4%	129 81,6%	26

Tableau 10 : Les conventions signées par établissement

<i>Avez-vous signé des conventions avec...</i>	Oui	Non	Non réponse ou réponse non traitable
<i>Un hôpital ?</i>	77 48,4%	82 51,6%	25
<i>Un service paramédical ?</i>	19 14,2%	115 85,8%	50
<i>Le secteur psychiatrique ?</i>	34 24,3%	106 75,7%	44
<i>L'éducation nationale ?</i>	49 35,0%	91 65,0%	44

SIXIEME PARTIE : Implantation de l'établissement et accès à l'établissement

6.1 Implantation

La plus grande part des établissements ayant participé à l'enquête sont situés dans des villes moyennes (pour 30,4% d'entre eux) (Figure 11). L'implantation en milieu rural (commune rurale ou village de moins de 2 000 habitants) est plus fréquente parmi les FAM (près d'un établissement répondant sur 3 parmi les 13 établissements répondants), tandis que l'implantation dans les grandes villes (de plus de 80 000 habitants) est plus fréquente parmi les IME-IMP-EEAP (17,4% contre 11,5% dans la population totale) (figure 11 ci-dessous).

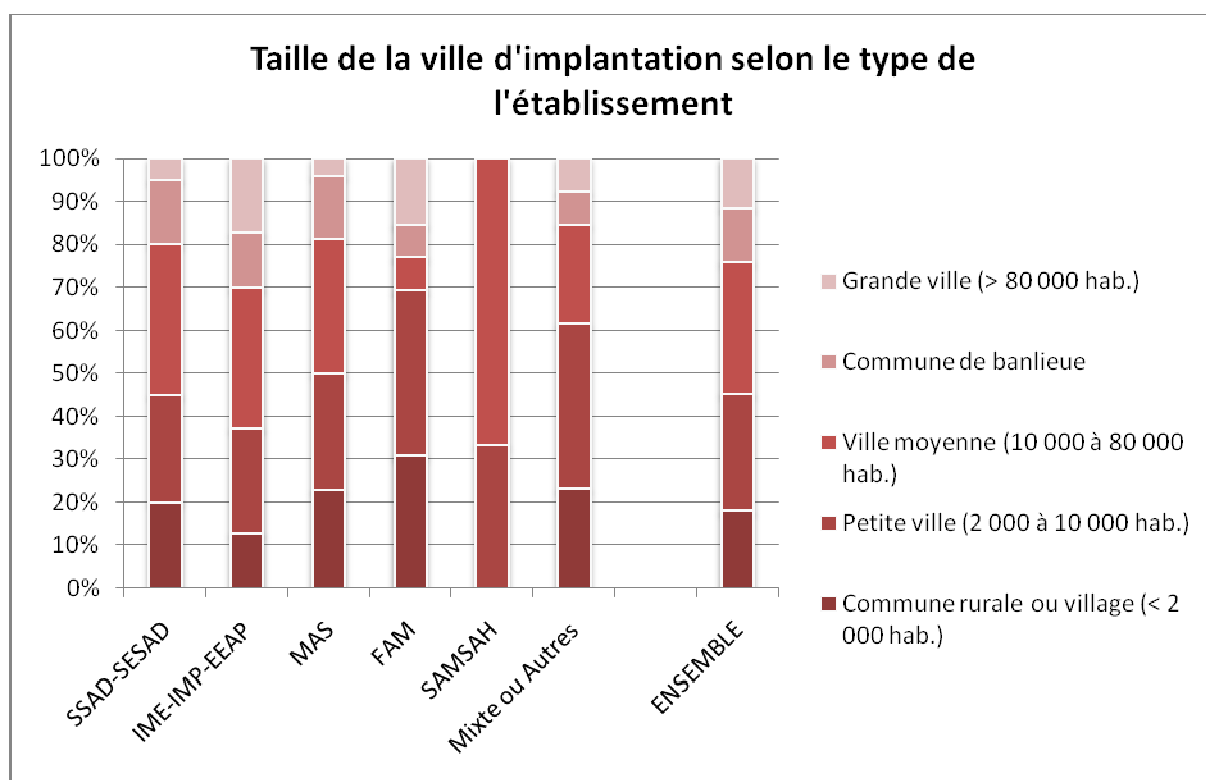


Figure 11 : l'implantation de l'établissement en fonction de son type

6.2. Proximité des transports en commun

La plupart des établissements répondants sont situés à moins de 500 mètres d'une desserte de transports en commun (60,9% - tableau 11 ci-après). Les établissements situés à plus d'un kilomètre d'une desserte de transports en commun représentent 16,8% des établissements ayant répondu à l'enquête « métiers ».

Tableau 11 : Proximité de l'établissement de la plus proche desserte des transports en commun

Proximité de l'établissement de la plus proche desserte des transports en commun		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	Moins de 500m.	112	60,9	62,9
	Moins d'1 km	35	19,0	19,7
	Plus d'1 km	31	16,8	17,4
	Total	178	96,7	100,0
Manquante		6	3,3	
Total		184	100,0	

6.3 Des liens entre la localisation, le bassin d'emploi et les besoins en recrutement ?

Le nombre de postes non pourvus est plus important dans les établissements rurbains (village, petite ville ou ville moyenne) (tableau 12).

En moyenne et en ratio, ce sont dans les grandes villes ou dans les communes de banlieues que les ETP non pourvus sont les plus importants (sans que les différences soient significatives par bassin d'emploi).

Tableau 12 : Total des postes non pourvus par bassin d'emploi en ETP et ratio d'encadrement (ETP pour 100 places) au 31 décembre 2010

Postes non pourvus par bassin d'emploi

Implantation géographique (bassin d'emploi)		N	Minimum	Maximum	Somme	Moyenne	Ecart type
Rurbain (village, petite ville ou ville moyenne de moins de 80 000 habitants)	Nombre total ETP de postes non pourvus	76	0,03	19,70	121,09	1,59	2,48
	Ratio (ETP pour 100 places)	76	0,18	80,00		5,78	10,38
	<i>Effectif total dans l'échantillon</i>	139					
Commune de banlieue	Nombre total ETP de postes non pourvus	13	0,50	6,10	27,16	2,09	1,67
	Ratio (ETP pour 100 places)	12	1,00	23,53		7,18	6,33
	<i>Effectif total dans l'échantillon</i>	23					
Grande ville (plus de 80 000 habitants)	Nombre total ETP de postes non pourvus	9	0,15	9,25	24,07	2,67	3,03
	Ratio (ETP pour 100 places)	9	0,35	40,22		10,41	12,48
	<i>Effectif total dans l'échantillon</i>	21					

Note : Les établissements numéro 186 et 187 ont été retirés de l'analyse. Les différences de moyennes et de ratio par type de bassin d'emploi sont non significatives.

Le tableau 13 ci-après semble en outre indiquer un impact de l'implantation géographique et de la proximité des transports en commun sur le type de postes non pourvus : l'effet de l'implantation géographique apparaît plus important pour les kinésithérapeutes (postes non pourvus en ratios plus importants en moyenne en milieu rurbain et dans les grandes villes), pour les infirmiers (ratios moyens de postes non pourvus plus importants dans les grandes villes) pour les aides médico-psychologiques et les aides-soignants (ratios moyens de postes non pourvus plus élevés en banlieue).

Commentaire du GPF

L'impact de l'accessibilité des transports en commun est surtout marqué pour les aides médico-psychologiques : le recrutement de ces derniers est plus difficile en commune de banlieue. Le ratio moyen de postes non pourvus d'AMP augmente en effet avec la distance des transports en commun

Tableau 13 : Les postes non pourvus en ratio (ETP pour 100 places) par bassin d'emploi et proximité des transports en commun pour quelques métiers

	Implantation géographique (bassin d'emploi)									Proximité de l'établissement de la plus proche desserte des transports en commun								
	Rurbain (village, petite ville ou ville moyenne de moins de 80 000 habitants)			Commune de banlieue			Grande ville (plus de 80 000 habitants)			Moins de 500m.			Moins d'1 km			Plus d'1 km		
	N	Total ETP	Ratio moyen	N	Total ETP	Ratio moyen	N	Total ETP	Ratio moyen	N	Total ETP	Ratio moyen	N	Total ETP	Ratio moyen	N	Total ETP	Ratio moyen
Kinésithérapeute	33	25,56	4,08	6	3,83	1,95	6	4,18	3,05	33	24,51	3,73	9	6,51	3,46	4	3,75	3,23
Orthophoniste	27	10,36	2,68	3	3,17	2,09	2	1,80	5,12	23	13,50	3,64	5	1,61	0,73	3	0,65	1,08
Infirmier	10	11,52	2,50	4	3,40	2,49	4	5,43	4,26	12	12,32	2,76	4	5,91	2,76	2	2,12	3,92
Aide médico-psychologique	9	23,27	5,90	4	7,50	9,42	2	4,00	5,26	11	14,66	5,09	1	3,00	6,82	3	17,11	12,84
Aide-soignant	4	3,20	1,68	3	5,67	4,37	1	0,25	0,93	8	9,12	2,59	0			0		
Rééducation fonctionnelle	9	1,33	0,47	1	0,26		2	0,26	0,46	9	1,04	0,47	3	0,81	0,46	0		
Psychiatre	24	3,80	0,43	2	0,10	0,19	2	0,25	0,33	12	1,60	0,42	8	1,46	0,37	7	1,05	0,41

*Les établissements numéro 186 et 187 ont été retirés de l'analyse

SEPTIEME PARTIE : Perception des changements dans les recrutements et préoccupations des directions

7.1 Évolutions principales depuis l'enquête GPF de 2003 :

C'est avant tout dans les métiers du soin que les directeurs d'établissements (ou les personnes ayant répondu à l'enquête) observent le plus souvent des évolutions depuis la dernière enquête 2003 : 54,1% des répondants considèrent que les conditions de recrutement ont évolué depuis 2003. Les facteurs seraient selon eux liés à la démographie des métiers mais aussi au manque d'attractivité des rémunérations.

Ainsi que le précisent les directions des établissements interrogés dans leurs réponses à la question ouverte sur les évolutions constatées depuis 2003, les rémunérations sont plus attractives dans le secteur libéral : « Accentuation de la difficulté de recrutement de certains professionnels : médecins psychiatres, orthophonistes, psychomotriciens, infirmiers = exercice majoritairement en libéral, écart entre offre et besoins. » ou « Le libéral propose des meilleures rémunérations ».

Ils sont moins nombreux à observer des évolutions dans les fonctions de direction (26,0%) ou dans les métiers socio-éducatifs (25,7%) (tableau 14).

Tableau 14 : Le recours à des services de soin externalisés déclaré par les établissements

	Oui	Non	Non réponse ou réponse non traitable
<i>Avez-vous constaté une évolution des conditions de recrutement depuis la dernière enquête métier GPF (2004) dans les métiers socio-éducatifs ?</i>	35 25,7%	101 74,3%	48
<i>Avez-vous constaté une évolution des conditions de recrutement depuis la dernière enquête métier GPF (2004) dans les métiers du soin ?</i>	73 54,1%	62 45,9%	49
<i>Avez-vous constaté une évolution des conditions de recrutement depuis la dernière enquête métier GPF (2004) dans les fonctions de direction ?</i>	32 26,0%	91 74,0%	61

7.2 Préoccupations majeures des directions :

A travers les commentaires des directeurs nous pouvons repérer un certain nombre de préoccupations majeures : la plus importante (74 réponses) concerne les difficultés de recrutement du personnel médical et paramédical sans y apporter nécessairement d'explication. Les directeurs parlent de « pénurie », de « manque », de « d'impossibilité » et de difficultés à « trouver », « recruter », « pourvoir », « répondre ».

Dans plusieurs réponses, cette difficulté est mise en relation avec différents facteurs, notamment l'absence de formation de personnels au polyhandicap (13 réponses), la faible attractivité du travail

salarié en institution (lié notamment à la faiblesse des salaires pour 8 directeurs comme celui-ci : qui évoque comme préoccupation « Arriver à recruter des infirmiers diplômés d'état et des aides-soignants et des AMP » et mentionne « les salaires peu attractifs de la CC66⁷ ») ou à la spécificité du milieu (12 réponses, comme celle de ce directeur qui souligne l'« usure professionnelle liée aux difficultés de la population accueillie »). Il est difficile dans ce cadre de fidéliser les professionnels dans les structures, et quelques directeurs mentionnent les problèmes d'absentéisme des professionnels (« l'absentéisme des CDI générant beaucoup de remplacements à assurer (surtout des AMP) »).

Sept directeurs mentionnent des difficultés liées spécifiquement à leur implantation géographique, ainsi que l'illustrent la réponse suivante : « Je ne dirigeais pas en 2004 cet établissement. A B***, l'éloignement géographique de tout grand pôle rend difficile tout recrutement et particulièrement dans le soin et le médical. » De même, un directeur mentionne les difficultés d'accès lié à l'absence de transports en commun pour son établissement (« Accès (transport collectif inexistant) »). Un autre, en région parisienne, évoque la cherté de la vie dans sa région qui rend plus difficile le recrutement : « La baisse du pouvoir d'achat / région parisienne plus chère que les autres ».

D'autres réponses plus spécifiques émergent également. Un directeur évoque notamment la problématique du vieillissement de sa population résidente qui rend les difficultés de recrutement plus sensibles : « Manque de plus en plus cruel de paramédicaux (IDE, ergothérapeute, psychomotricien) manque d'autant plus important que la population accueillie au sein de notre MAS vieillie et a besoin de soins appropriés à ce vieillissement. » Enfin, un directeur mentionne aussi sa difficulté à maintenir une parité homme-femme pour le recrutement de personnels, dans un milieu très féminisé : « Pouvoir assurer un équilibre hommes-femmes dans un secteur fortement féminisé ».

Commentaire du GPF

Les pistes à explorer seraient :

- Favoriser l'augmentation du nombre de professionnels formés dans les filières médicales et paramédicales.
- Rendre les salaires du secteur médico-social plus attractifs et plus compétitifs.
- Proposer et intégrer des modules spécifiques sur le polyhandicap dans les parcours de formation des futurs médecins, paramédicaux et éducateurs. La formation d'AMP est en effet la seule qui s'adresse spécifiquement aux besoins d'accompagnement des personnes polyhandicapées.

⁷ Convention collective nationale de travail dans les établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966.

Conclusions

La dernière édition de l'enquête « métiers » menée par le GPF met à jour des permanences et des évolutions par rapport à la précédente enquête métiers de 2003.

Cette enquête permet tout d'abord de dresser un portrait réactualisé de l'offre à destination des personnes polyhandicapées : elle montre notamment la diversité de l'offre proposée par les établissements enquêtés, en terme de type d'établissement, de taille d'établissement et de type de places proposées (majoritairement en internat). La taille de la commune d'implantation de l'établissement et la proximité des transports en commun révèlent également une disparité géographique de l'offre, majoritairement située en contexte urbain et à proximité des transports en commun.

Centrée sur les métiers, l'enquête met également en évidence l'inégalité de l'encadrement selon les établissements et la différence des besoins en recrutement selon les métiers : si les AMP et les aides-soignants demeurent les métiers les plus représentés, l'analyse des postes non pourvus montre des besoins de recrutement importants en ce qui concerne les kinésithérapeutes, les orthophonistes et les psychiatres. Les postes d'AMP, bien que très représentés, sont également souvent souhaités par les établissements, comme le révélait déjà l'enquête de 2003.

Face à ces besoins de recrutement, les pratiques d'externalisation révélées par l'enquête de 2011 se multiplient au sein des établissements. Elles concernent essentiellement le recrutement de kinésithérapeutes et d'orthophonistes mais aussi de médecins et revêtent plusieurs formes : intérim, vacations ou paiements à l'acte. Les établissements recourent également massivement à des stagiaires, ou en moindre proportion à des contrats aidés ou des bénévoles.

Ces évolutions objectives sont dans l'ensemble perçues par les acteurs eux-mêmes : interrogés de manière plus subjective, les directeurs d'établissements observent des évolutions dans les conditions de recrutement depuis 2004 avant tout dans les métiers du soin (davantage que dans les métiers socioéducatifs ou les fonctions de direction).

Au vu de ces constats, le GPF formule un certain nombre de préconisations afin de préserver la qualité de l'accompagnement des enfants, des adolescents et des adultes polyhandicapés dans les structures médico-sociales :

- Favoriser l'augmentation du nombre de professionnels formés dans les filières médicales et paramédicales par la modification du *numerus clausus* ;
- Se mobiliser pour favoriser le retour de ces professionnels dans nos structures : en sensibilisant des jeunes professionnels, et en développant des liens avec les écoles de formations ;
- Proposer et intégrer des modules spécifiques sur le polyhandicap dans les parcours de formation des futurs médecins, paramédicaux et travailleurs sociaux ;
- Veiller à valoriser les conditions de travail notamment en revalorisant les salaires ;
- Augmenter et améliorer l'effectif d'accompagnement des adultes polyhandicapés.

Liste des sigles et abréviations

AMP :	Aide Médico-Psychologique
CESAP :	Comité d'Étude et de Soins Aux Polyhandicapés
CRM :	Centre de Ressources Multihandicap Île-de-France
EEAP :	Établissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés
ETP :	Équivalent Temps Plein
FAM :	Foyer d'Accueil Médicalisé
IME :	Institut Médico-Educatif
IMP :	Institut Médico-Pédagogique
GPF :	Groupe Polyhandicap France
MAS :	Maison d'Accueil Spécialisée
SAMSAH :	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SESAD :	Service d'Education, de Soins et d'Aide à Domicile
SSAD :	Service de Soins et d'Aide à Domicile

Annexe 1 : Encadré définitions

Encadré 1 : définitions du polyhandicap

Le G.P.F. fait sienne la définition suivante du polyhandicap : "le polyhandicap se définit comme suit : situation de vie spécifique d'une personne présentant un dysfonctionnement cérébral, précoce ou survenu en cours de développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain. Il s'agit là d'une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter de manière transitoire ou durable des signes de la série autistique.

La situation complexe de la personne polyhandicapée nécessite, pour son éducation et la mise en œuvre de son projet de vie, le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensori-moteur et intellectuelles, l'ensemble concourant à l'exercice d'autonomies optimales".

Définition du polyhandicap 1984 (Zucman et Tomkiewicz)

« Une association de déficiences graves avec retard mental moyen, sévère ou profond (QI < 50), entraînant une dépendance importante à l'égard d'une aide humaine et technique permanente, proche et individualisée », telle est la définition du polyhandicap, proposée par le **centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations (CTNERHI)**. Elle a été retenue par l'inspection générale des affaires sociales pour réunir le polyhandicap, les psychoses déficitaires et les associations rares de déficiences graves (la surdité-cécité par exemple), dans la notion plus large de multihandicap.

<http://archive.lien-social.com/dossiers2001/561a570/562-1.htm>

Annexe XXIV ter 1989

Les dispositions du présent paragraphe sont applicables aux établissements et services qui prennent en charge des enfants ou adolescents présentant un handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation.

Ce polyhandicap éventuellement aggravé d'autres déficiences ou troubles nécessite le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensori-moteur et intellectuelles concourant à l'exercice d'une autonomie optimale.

Le polyhandicap, est un vocable français apparu dans les années 1975-1980. Le concept est reconnu désormais internationalement sous le terme de PIMD (person with profound intellectual and multiple disabilities).

Annexe 2 : Encadré historique

Encadré 2: Histoire du concept de polyhandicap.

(L'encadré est inspiré de : « Le Polyhandicap », Dr Lucile Georges-Janet (dans Déficience motrices et situation de handicaps » éd APF 2002 – Le 2^e paragraphe a été modifié et le dernier paragraphe a été ajouté)

« Dans les années cinquante/soixante débute une prise de conscience par les pédiatres des hôpitaux du nombre d'enfants dits « encéphalopathes » n'ayant aucun soin particulier ni structure d'accueil. Ils sont aussi désignés sous le terme « arriérés profonds ». En opposition, les sujets « infirmes moteurs cérébraux », dont les fonctions cognitives sont conservées, sont mieux connus et soignés grâce aux travaux du Pr. Tardieu. »

Années 60 : l'Assistance publique de Paris crée un service spécialisé à la Roche-Guyon (95).

Création du CESAP alors appelé Comité d'études et de soins aux arriérés profonds qui met en place des lieux de consultations, des structures d'aide à domicile, puis des établissements spécialisés.

A la même époque un certain nombre d'associations accompagnant les personnes polyhandicapées vont se créer (Association « Les Tout Petits », Association Les Amis de Karen...)

« 1972-1973 : le terme « polyhandicap grave congénital » fait son apparition par le Pr Fontan. Le Pr. Clément Launay, président du CESAP, insiste sur les prises en charge pluridisciplinaires nécessaires à ces handicaps multiples.

Enquête régionale (Caisse régionale d'assurance maladie – INSERM – CESAP) exhaustive qui précise les associations de handicaps (dix-neuf groupes puis trois groupes) et détermine une prévalence des handicaps associés sévères : deux pour mille.

1975 : loi d'orientation en faveur des personnes handicapées et loi sur les institutions sociales et médico-sociales. Le terme de polyhandicap n'y apparaît pas, mais l'article 46 de la Loi d'Orientation prévoit des « Maisons d'accueil spécialisées » (MAS) pour les adultes « n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie » (article précisé par la circulaire 62 AS de juin 1978).

1984 : Le CTNERHI (Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations) réunit un groupe d'études qui fait le point sur les 3 grands groupes de handicaps associés :

- polyhandicap : handicap grave à expressions multiples avec restriction extrême de l'autonomie et déficience mentale profonde ; prévalence : 2 pour mille ;
- plurihandicap : association circonstancielle de deux ou plusieurs handicap avec conservation des facultés intellectuelles ; prévalence : 0,5 pour mille ;
- surhandicap : surcharge de troubles du comportement sur handicap grave préexistant ; prévalence : 3 pour mille.

1986 : circulaire ministérielle concernant les enfants atteints de handicaps associés.

1989 : refonte des annexes XXIV par décret du 29 octobre 1989 et circulaire d'application, créant des conditions particulières d'accueil, d'éducation et de soins pour les enfants polyhandicapés, conditions regroupées dans une annexe XXIVter.

À la suite de ce décret et dans les années quatre-vingt dix, création progressive de services de soins à domicile, d'établissements spécialisés ou de sections spécialisées, par diverses associations françaises accueillant auparavant soit des enfants inadaptés ou déficients mentaux, soit des enfants infirmes moteurs.

1995-1996 : Groupe de travail et rapport du Ministère du travail et des affaires sociales sur les handicaps rares, c'est-à-dire ayant un taux de prévalence très bas (inférieur à 1 cas pour 10 000 selon l'arrêté du 2 août 2000) et nécessitant des techniques particulières de prise en charge ne pouvant se résumer à la simple addition des techniques et des moyens employés pour la prise en charge des déficiences considérées.

Le polyhandicap n'est pas stricto sensu un handicap rare, puisque sa prévalence se situe entre 1 et 2 pour 1000 suivant les enquêtes. Mais certaines configurations au sein du polyhandicap sont à retenir dans ce groupe :

- certaines maladies évolutives du système nerveux,
- personnes polyhandicapées particulièrement atteintes sur le plan somatique,
- épilepsies intractables.

Enfin, certaines maladies rares (prévalence inférieure à 0,5 pour 1000) peuvent être à l'origine de polyhandicaps (ex : syndrome de Rett).

La définition du polyhandicap dans l'annexe XXIVter est un peu différente de celle proposée en 1984 par le CTNERHI : « Handicap grave à expressions multiples avec déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. »

Il est évident que cette définition recouvre des situations très variées et qu'il n'est pas toujours simple de préciser les limites du polyhandicap, que ce soit du côté de l'IMC (que définit le meilleur niveau intellectuel) ou du côté des psychoses déficitaires (où les troubles moteurs sont moins évidents), les cas frontières ne sont pas rares.

1998 : Manifeste des droits des personnes polyhandicapées, de leurs familles et des personnes qui les accompagnent (Euforpoly – Lisbonne, 1998) ».

2005 : La loi d'orientation du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées introduit le terme polyhandicap pour la première fois dans la loi.

Annexe 3 : L'amendement Creton

Encadré 3 : L'amendement Creton

Article L242-4 du code de l'action sociale et des familles, modifié par l'ordonnance n°2005-1477 du 1 décembre 2005 - art. 6 JORF 2 décembre 2005

« La prise en charge la plus précoce possible est nécessaire. Elle doit pouvoir se poursuivre tant que l'état de la personne handicapée le justifie et sans limite d'âge ou de durée.

Lorsqu'une personne handicapée placée dans un établissement ou service mentionné au 2° du I de l'article L. 312-1 ne peut être immédiatement admise dans un établissement pour adulte désigné par la commission mentionnée à l'article L. 146-9, ce placement peut être prolongé au-delà de l'âge de vingt ans ou, si l'âge limite pour lequel l'établissement est agréé est supérieur, au-delà de cet âge dans l'attente de l'intervention d'une solution adaptée, par une décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 siégeant en formation plénière.

Cette décision s'impose à l'organisme ou à la collectivité compétente pour prendre en charge les frais d'hébergement et de soins dans l'établissement pour adulte désigné par la commission mentionnée à l'article L. 146-9.

La contribution de la personne handicapée à ces frais ne peut être fixée à un niveau supérieur à celui qui aurait été atteint si elle avait été effectivement placée dans l'établissement désigné par la commission mentionnée à l'article L. 146-9. De même, les prestations en espèces qui lui sont allouées ne peuvent être réduites que dans la proportion où elles l'auraient été dans ce cas.

Tous les deux ans, le représentant de l'Etat dans le département adresse au président du conseil général et au conseil départemental consultatif des personnes handicapées un rapport sur l'application du présent article. Ce rapport est également transmis, avec les observations et les préconisations du conseil départemental consultatif des personnes handicapées, au conseil national mentionné à l'article L. 146-1.

Toute personne handicapée ou son représentant légal a droit à une information sur les garanties que lui reconnaît le présent article. Cette information lui est délivrée par la commission mentionnée à l'article L. 146-9 au moins six mois avant la limite d'âge mentionnée au deuxième alinéa.

Au vu du rapport biennal susvisé, toutes les dispositions sont prises en suffisance et en qualité pour créer, selon une programmation pluriannuelle, les places en établissement nécessaires à l'accueil des jeunes personnes handicapées âgées de plus de vingt ans.

Lorsque le jeune adulte handicapé est orienté vers un établissement relevant de la compétence du département, le tarif journalier de l'établissement pour mineurs dans lequel le jeune adulte handicapé est maintenu est pris en charge par l'aide sociale du département dans lequel il a son domicile de secours.

Lorsque le jeune adulte handicapé est orienté vers un établissement et service mentionné au V de l'article L. 314-1, le prix de journée de l'établissement pour mineur à la charge de l'aide sociale du département est diminué du forfait journalier plafond afférent aux soins fixé pour l'exercice précédent, qui est facturé aux organismes d'assurance maladie.

Dans les autres cas, ce tarif journalier est pris en charge par les organismes d'assurance maladie et est facturé par l'établissement à ces derniers. »

Annexe 4 : Tableaux complémentaires

Tableau 15 : Répartition des établissements par région et taux de réponse différentiels :

Région	REPDONDANTS		CONTACTES		Taux de réponse
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages	
Franche-Comté	10	5,4%	14	1,6%	71,4%
Haute-Normandie	10	5,4%	18	2,0%	55,6%
Champagne-Ardenne	2	1,1%	6	0,7%	33,3%
Bretagne	5	2,7%	16	1,8%	31,3%
Limousin	7	3,8%	23	2,6%	30,4%
Bourgogne	6	3,3%	21	2,3%	28,6%
Nord-Pas-de-Calais	17	9,2%	61	6,8%	27,9%
Île-de-France	44	23,9%	190	21,1%	23,2%
Languedoc-Roussillon	11	6,0%	48	5,3%	22,9%
Alsace	6	3,3%	28	3,1%	21,4%
Rhône-Alpes	17	9,2%	86	9,6%	19,8%
Lorraine	10	5,4%	52	5,8%	19,2%
Auvergne	5	2,7%	30	3,3%	16,7%
Centre	4	2,2%	25	2,8%	16,0%
Basse-Normandie	4	2,2%	27	3,0%	14,8%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	9	4,9%	64	7,1%	14,1%
Pays de la Loire	6	3,3%	47	5,2%	12,8%
Aquitaine	5	2,7%	44	4,9%	11,4%
Midi-Pyrénées	3	1,6%	45	5,0%	6,7%
Picardie	2	1,1%	30	3,3%	6,7%
Poitou-Charentes	1	0,5%	24	2,7%	4,2%
Corse	0	0,0%	1	0,1%	0,0%
Réponse manquante			4		
Total	184	100,0%	904	100,0%	20,3%

Source : Enquête Métiers GPF 2011

Tableau 16 : Répartition des établissements par type et taux de réponse différentiels

Type d'établissement	Répondant en 2003		Contactés en 2011		Répondant en 2011		Taux de réponse (2011)
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages	
SSAD-SESAD	18	11,5%	62	6,9%	20	10,9%	32,3%
IME-IMP-EEAP	63	40,4%	371	41,0%	87	47,3%	23,5%
MAS	41	26,3%	312	34,5%	48	26,1%	15,4%
FAM	17	10,9%	47	5,2%	13	7,1%	27,7%
SAMSAH	n'existait pas		5	0,6%	3	1,6%	60,0%
Mixtes					4	2,2%	
<i>SSAD et IME</i>					2	1,1%	
<i>FAM et foyer de vie</i>					2	1,1%	
Autres	13	8,3%	105	11,6%	9	4,9%	8,6%
Non traitable	4	2,6%	2	0,2%			
Total	156	100,0%	904	100,0%	184	100,0%	20,4%

Tableau 17 : Les « autres » types d'établissements

Type déclaré	Effectif
Mixte ou recodé	3
Centre d'accueil familial spécialisé	1
Foyer de vie	7
Foyer de vie S.A.V.S.	1
Foyer occupationnel	1
Total	13

Tableau 18 : Le type et nombre de places agréées « polyhandicap » selon le type d'établissement

Type de service ou d'établissement (recodée)	Effectif	Minimum	Maximum	Somme	Moyenne	Écart type	
SSAD-SESAD	Internat	Non pertinent					
	Externat/Semi-internat	Non pertinent					
	Accueil temporaire	Non pertinent					
	Services	16	3	47	258	16,1	12,4
	Total	16	3	47	258	16,1	12,4
	<i>Effectif total dans l'échantillon</i>	20					
IME-IMP-EEAP	Internat	35	2	115	829	23,7	21,9
	Externat/Semi-internat	66	2	50	1143	17,3	11,6
	Accueil temporaire	6	1	9	24	4,0	3,0
	Services	Non pertinent					
	Total	72	4	135	1996	27,7	20,6
	<i>Effectif total dans l'échantillon</i>	87					
MAS	Internat	38	4	71	1417	37,3	13,4
	Externat/Semi-internat	25	1	10	141	5,6	2,7
	Accueil temporaire	14	1	4	30	2,1	0,9
	Services	Non pertinent					
	Total	39	7	71	1588	40,7	15,3
	<i>Effectif total dans l'échantillon</i>	48					
FAM	Internat	9	11	41	241	26,8	11,1
	Externat/Semi-internat	6	2	10	30	5,0	2,8
	Accueil temporaire	6	1	4	12	2,0	1,5
	Services	Non pertinent					
	Total	9	12	50	283	31,4	14,3
	<i>Effectif total dans l'échantillon</i>	13					
SAMSAH	Internat	Non pertinent					
	Externat/Semi-internat	Non pertinent					
	Accueil temporaire	Non pertinent					
	Services	2	7	30	37	18,5	16,3
	Total	2	7	30	37	18,5	16,3
	<i>Effectif total dans l'échantillon</i>	3					
Mixte ou Autres	Internat	8	5	71	248	31,0	23,2
	Externat/Semi-internat	5	3	20	33	6,6	7,5
	Accueil temporaire	5	2	10	19	3,8	3,5
	Services	3	5	20	35	11,7	7,6
	Total	10	11	77	335	33,5	21,4
	<i>Effectif total dans l'échantillon</i>	13					

Tableau 19 : Les postes non pourvus en ETP par types de métiers

Statistiques descriptives : postes non pourvus

	N	Minimum	Maximum	Somme	Moyenne	Écart type
Administration - Gestion - Direction						
Ensemble des postes services généraux	10	0,10	2,00	5,28	0,5280	0,5410
Chef de service éducatif	4	0,50	1,00	3,50	0,8750	0,2500
Directeur	3	0,50	1,00	2,50	0,8333	0,2887
Ensemble des postes administration/gestion	8	0,13	0,50	2,28	0,2850	0,1437
Chef de service médical ou paramédical	3	0,20	1,00	1,50	0,5000	0,4359
Directeur adjoint	1	1,00	1,00	1,00	1,0000	0,0000
Socio - Éducatif						
Aide médico-psychologique	15	0,21	15,00	34,77	2,3180	3,6563
Éducateur spécialisé	7	0,06	2,50	6,74	0,9629	0,7836
Moniteur - éducateur	6	0,20	1,00	4,04	0,6741	0,3890
Éducateur de jeunes enfants	2	0,17	1,00	1,17	0,5858	0,5858
Candidat élève	1	1,00	1,00	1,00	1,0000	0,0000
Surveillant de nuit	3	0,15	0,50	0,90	0,3000	0,1803
Enseignant	1	0,75	0,75	0,75	0,7500	0,0000
Assistante sociale	2	0,30	0,30	0,60	0,3000	0,0000
Animateur	1	0,50	0,50	0,50	0,5000	0,0000
Maitresse de maison	0					
Médical						
Psychiatre	28	0,03	0,45	4,15	0,1483	0,1058
Rééducation fonctionnelle	12	0,01	0,70	1,85	0,1538	0,1886
Généraliste	4	0,10	0,40	0,90	0,2250	0,1323
Pédiatre	3	0,10	0,15	0,35	0,1167	0,0289
Autres spécialités médicales	2	0,11	0,20	0,31	0,1573	0,0605
Pharmacien	0					
Paramédical						
Kinésithérapeute	46	0,10	2,60	34,77	0,7559	0,4995
Infirmier	18	0,20	2,90	20,35	1,1306	0,7578
Orthophoniste	33	0,07	1,67	16,33	0,4948	0,3642
Psychomotricien	18	0,15	1,00	9,44	0,5244	0,2473
Aide soignant	8	0,17	4,00	9,12	1,1400	1,2527
Ergothérapeute	16	0,10	1,50	8,02	0,5013	0,3937
Autres spécialités paramédicales	2	0,20	2,50	2,70	1,3500	1,6264
Psychologue	3	0,10	1,00	1,30	0,4333	0,4933
Appareilleur	0					
Orthoptiste	0					
Autres						
Assistant familiaux	0					

*Les établissements numéro 186 et 187 ont été retirés de l'analyse

Tableau 20 : Les postes souhaités en ETP par métiers et par type d'établissement

	Postes souhaités (en ratios ETP pour 100 places) par métiers et types d'établissements											
	Type de service ou d'établissement (recochée)											
	SSAD- SESAD		IME-IMP- EEAP		MAS		FAM		SAMSAH		Mixte ou Autres	
	N	Moyenne	N	Moyenne	N	Moyenne	N	Moyenne	N	Moyenne	N	Moyenne
Administration - Gestion - Direction												
Directeur	0		7	2,97	4	1,80	0		0		1	1,72
Directeur adjoint	0		1	1,25	4	3,37	0		0		1	1,72
Chef de service éducatif	0		10	4,62	4	2,02	0		0		1	1,72
Chef de service médical ou paramédical	0		0		2	1,93	0		0		1	1,72
Ensemble des postes administration/gestion	0		13	6,34	7	4,73	2	12,50	0		1	5,17
Ensemble des postes services généraux	1	3,33	8	13,77	8	11,08	1	16,67	0		2	8,52
Socio - Educatif												
Éducateur spécialisé	0		10	28,63	6	5,79	0		0		1	5,17
Éducateur de jeunes enfants	0		3	21,03	1	2,17	0		0		1	1,72
Moniteur - éducateur	0		7	9,20	4	6,47	0		0		2	35,06
Aide médico-psychologique	0		15	33,99	11	49,80	0		0		1	28,45
Candidat élève	0		1	6,25	3	7,26	0		0		0	
Assistante sociale	0		8	1,33	3	0,51	0		0		0	
Animateur	1	1,25	2	2,44	3	2,88	0		0		1	0,60
Enseignant	1	5,00	7	9,22	0		0		0		0	
Maîtresse de maison	0		2	7,92	1	5,17	2	7,29	0		1	34,48
Surveillant de nuit	0		3	11,94	2	15,27	0		0		1	12,07
Médical												
Généraliste	0		2	0,78	5	0,74	2	1,77	0		1	0,86
Psychiatre	0		12	1,37	10	0,47	2	1,04	0		0	
Pédiatre	2	0,49	3	1,24	0		0		0		0	
Rééducation fonctionnelle	0		9	1,19	4	0,79	2	1,04	0		0	
Pharmacien	0		0		0		0		0		0	
Autres spécialités médicales	0		1	0,71	0		1	0,65	0		0	
Paramédical												
Infirmier	0		12	5,59	9	8,47	2	6,92	0		1	8,62
Aide soignant	0		3	22,67	8	31,48	1	3,23	0		1	36,21
Kinésithérapeute	1	8,33	23	6,00	13	2,40	3	3,24	0		2	5,89
Ergothérapeute	0		11	4,48	10	1,70	2	2,81	0		2	2,53
Orthophoniste	4	9,90	20	2,48	2	1,05	2	0,73	0		1	6,67
Psychomotricien	0		15	4,75	7	1,86	0		0		0	
Psychologue	2	5,42	12	2,14	9	1,03	0		1	1,36	1	1,72
Appareilleur	0		0		0		2	0,73	0		0	
Orthoptiste	1	1,25	3	3,42	1	0,50	0		0		0	
Autres spécialités paramédicales	0		0		2	1,82	0		0		1	0,86
Autres												
Assistant familiaux	0		0		0		0		0		0	

*Les établissements numéro 186 et 187 ont été retirés de l'analyse

Tableau 21 : Rapport entre nombre d'établissements ayant déclaré des postes budgétés et nombre d'établissements ayant déclaré des postes non pourvus, souhaités et ayant recours à l'externalisation.

	Nombre d'établissements où les postes sont budgétés	Nombre d'établissements où les postes sont non pourvus	Pourcentage (postes non pourvus/postes budgétés)	Nombre d'établissements où les postes sont souhaités et non budgétés	Nombre d'établissements ayant recours à de l'externalisation
Directeur	148	3	2,0%	12	-
Directeur adjoint	68	1	1,5%	6	-
Chef de service éducatif	100	4	4,0%	15	-
Chef de service médical ou paramédical	32	3	9,4%	3	-
Ensemble des postes administration/gestion	154	8	5,2%	24	-
Ensemble des postes services généraux	139	10	7,2%	20	-
Éducateur spécialisé	149	7	4,7%	17	0
Éducateur de jeunes enfants	34	2	5,9%	5	0
Moniteur - éducateur	93	6	6,5%	13	1
Aide médico-psychologique	142	15	10,6%	27	3
Candidat élève	30	1	3,3%	4	2
Assistante sociale	74	2	2,7%	11	3
Animateur	23	1	4,3%	7	4
Enseignant	21	1	4,8%	8	3
Maîtresse de maison	27	0	0,0%	6	1
Surveillant de nuit	58	3	5,2%	6	1
Généraliste	92	4	4,3%	10	11
Psychiatre	104	28	26,9%	24	9
Pédiatre	33	3	9,1%	5	3
Rééducation fonctionnelle	85	12	14,1%	15	23
Pharmacien	7	0	0,0%	0	3
Autres spécialités médicales	18	2	11,1%	2	11
Infirmier	154	18	11,7%	24	16
Aide soignant	99	8	8,1%	13	4
Kinésithérapeute	140	46	32,9%	42	41
Ergothérapeute	128	16	12,5%	25	2
Orthophoniste	92	33	35,9%	29	21
Psychomotricien	133	18	13,5%	22	2
Psychologue	161	3	1,9%	25	2
Appareilleur	2	0	0,0%	2	7
Orthoptiste	10	0	0,0%	5	10
Autres spécialités paramédicales	18	2	11,1%	3	2
Assistant familiaux	1	0	0,0%	0	-

*Les établissements numéro 186 et 187 ont été retirés de l'analyse

Tableau 22 : Le recours à l'externalisation selon les modalités et le métier

	Vacations			Paiement acte			Intérim			Autres			Total
	N	Somme	Moyenne	N	Somme	Moyenne	N	Somme	Moyenne	N	Somme	Moyenne	
EXT: Médecin	1	0,2	0,2	1	0,1	0,1	0			0			0,3
EXT: Psychiatre	3	0,14	0,0473	4	2,25	0,5625	0			2	0,23	0,115	2,62
EXT: Pédiatre	3	0,23	0,0767	0			0			0			0,23
EXT: Rééducation fonctionnelle	11	0,77	0,0697	11	14,84	1,3491	0			3	0,18	0,06	15,79
EXT: Généraliste	4	2,96	0,74	7	4,36	0,6229	0			1	0,2	0,2	7,52
EXT: Autres spécialités médicales ⁸	4	1,23	0,3075	7	3,19	0,455	0			1	0,01	0,01	4,43
EXT: Infirmier	2	0,5	0,25	4	5,25	1,3125	12	246,3	20,5251	0			252,1
EXT: Aide-soignant	0			0			4	13,25	3,3125	0			13,25
EXT: Kinésithérapeute	15	6,2	0,4135	22	13,67	0,6214	6	5,55	0,925	2	0,6	0,3	26,02
EXT: Ergothérapeute	1	0,15	0,15	1	0,05	0,05	0			0			0,2
EXT: Orthophoniste	8	0,85	0,1063	12	4,72	0,3933	0			2	0,7	0,35	6,27
EXT: Psychomotricien	0			0			0			2	0,29	0,143	0,29
EXT: Psychologue	2	0,21	0,105	0			0			0			0,21
EXT: Appareilleur	1	0,02	0,023	4	2,09	0,5225	0			2	3,15	1,575	5,26
EXT: Spécialités médicales	0			1	0,01	0,01	0			1	0,2	0,2	0,21
EXT : Orthoptiste	5	0,62	0,1233	5	4,04	0,808	0			0			4,66
EXT : Pharmacien	1	0,2	0,2	2	1,2	0,6	0			1	1,5	1,5	2,9
EXT: Éducateur spécialisé	0			0			0			0			0
EXT: Éducateur pour jeunes enfants	0			0			0			0			0
EXT: Moniteur-éducateur	0			0			0			1	0,5	0,5	0,5
EXT: Aide médico-psychologique	1	3	3	0			2	1,4	0,7	1	0,6	0,6	5
EXT: Candidat élève	0			0			0			2	2	1	2
EXT: Assistante sociale	2	0,1	0,05	0			0			1	0,1	0,1	0,2
EXT: animateur	0			3	0,47	0,1567	0			1	0,19	0,19	0,66
EXT: Enseignant	2	8,93	4,465	0			0			1	1	1	9,93
EXT: Maîtresse de maison	0			0			1	0,29	0,2932	0			0,29
EXT: Surveillant de nuit	0			0			0			1	0,5	0,5	0,5
EXT: Agent de service	0			1	4	4	4	1,82	0,4547	2	0,35	0,175	6,17
EXT: Autres ⁹	3	3,85	1,2833	1	0,05	0,05	0			2	12,34	6,17	16,24
TOTAL							71						383,7

⁸ Les autres spécialités médicales sont détaillées en annexe

⁹ La catégorie « autres » est détaillée en annexe

Bibliographie

- Blondel Frédéric, Sabine Delzescaux, « *Politiques et pratiques d'accompagnement des personnes multihandicapées vieillissantes : dans les coulisses de la dépendance* », recherche action, Centre de Ressources Multihandicap, octobre 2010

- Brisse Catherine, Camberlein Philippe, " Pour une approche globale des soins auprès des personnes polyhandicapées", *La Revue de l'infirmière*, n° 166, décembre 2010

- Dutheil Nathalie, « Les personnes polyhandicapées prises en charge par les établissements et services médico-sociaux », *Études et Résultats*, n°391, 2005

- Georges-Janet Lucile, « Polyhandicap », *Déficiences motrices et situation de handicaps*, APF 2002.

- Lecuit Stéphanie, « *Recrutement du personnel dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes polyhandicapées* », Centre de Ressources Multihandicap, CESAP, Groupe Polyhandicap France, mai 2004