

LES SESSAD

***Services d'Éducation Spéciale
et de Soins à Domicile***



***Des services
pour demain !***

UNALG

*Union Nationale des Associations Laïques Gestionnaires
... pour une appartenance citoyenne de tous à la société*

Sommaire

■	« Rôle et apports des SESSAD », un travail inter associatif	3
■	Un peu d'histoire	4
■	Analyse commentée de l'enquête réalisée auprès des SESSAD de l'UNALG	5
■	1 Analyse des caractéristiques et commentaires	5
■	2 Analyse des mots-clés et commentaires	11
■	Les SESSAD aujourd'hui : des réponses adaptées ! ...	14
■	Les SESSAD pour demain : des propositions originales ! ... et de nouveaux besoins	15
■	Glossaire	16
■	Annexe 1	17
■	Enquête réalisée auprès des SESSAD	
■	1 Questionnaire inter associatif	17
■	2 Tableau descriptif	18
■	Annexe 2	19
■	Mots-clés et missions caractérisant l'action des SESSAD	
■	Annexe 3	22
■	Textes de référence concernant les SESSAD	
■	Annexe 4	25
■	Les différents services regroupés sous le sigle générique SESSAD	
■	Annexe 5	26
■	« Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) : publics et modalités d'intervention »	
■	Etudes et Résultats n° 574 (Drees)	26

Ce dossier a été coordonné par l'ALEFPA

Ont contribué à sa réalisation :

Marie-José BENNERT (PEP), Gino CESCHUITTI (ALEFPA), Christine CHAUDÉ (Entraide Universitaire),
Jean-Michel DUFRENOY (ALEFPA), Jean KOSTRZEWA (ALEFPA), Denis LOOF (APAJH),
Paule SMADJA (ALEFPA), Philippe THEO (APAJH), Marc TIJERAS (ALEFPA)

« Rôle et apports des SESSAD » Un travail inter associatif

Un comité de pilotage inter associatif sous l'égide de l'**UNALG** s'est constitué avec pour objectif principal **l'étude du rôle et des apports des SESSAD**, à la fois dans leur situation présente et dans le cadre des évolutions législatives et réglementaires.

Il a été décidé de programmer une enquête nationale dans les différents services relevant d'une association de l'**UNALG** comprenant :

- un **questionnaire** présenté en **ANNEXE 1** ;
- un **tableau descriptif** du SESSAD présenté en **ANNEXE 1**.

Plusieurs réunions du comité de pilotage se sont tenues depuis octobre 2006 pour :

- exploiter les questionnaires et descriptifs recueillis ;
- organiser les réflexions aboutissant lors du Salon de l'Education à :
 - la production d'un document et d'une plaquette de présentation des travaux ;
 - la préparation d'un dossier « Power Point » ;
 - l'organisation d'une table ronde.

Parallèlement à l'exploitation des questionnaires, il nous a paru important de retracer dans un premier temps « un peu d'histoire » concernant l'origine des SESSAD.

Après l'analyse commentée de l'enquête réalisée auprès des SESSAD, nous avons défini ce qu'étaient les SESSAD aujourd'hui et ce qu'ils seront demain en terme de propositions originales et de nouveaux besoins.

En **ANNEXE 3**, nous avons répertorié les textes de référence concernant les SESSAD : ceux en cours de validité ainsi que ceux abrogés.

En **ANNEXE 4**, nous avons regroupé les différents services existants sous le sigle générique des Services d'éducation et de soins spécialisés à domicile.

En **ANNEXE 5**, nous avons inclus le n°574 de *Études et Résultats* consacré aux SESSAD qui nous semble complémentaire à notre étude.

Un peu d'histoire

► 1970

1^{ère} modification de l'annexe XXIV du décret du 9 mars 1956 instituant les **Services de Soins et d'Éducation Spécialisés à Domicile (SSESD)**.

► Entre 1980 et 1990

Stabilisation du nombre global de places d'éducation spéciale à hauteur de 130 000, mais augmentation des possibilités de suivi par un SESSAD.

► 1985

Diminution du nombre de places en internat, augmentation du nombre de places en SESSAD, passant de 5 000 à 26 300 en 1985 (4% de l'offre médico-sociale).

► 1989

Réforme des annexes XXIV, utilisation des appellations suivantes :

- **Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD)** pour les enfants déficients intellectuels, ou présentant des troubles du comportement ;
- **Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSD)** pour les enfants déficients moteurs ;
- **Service de Soins et d'Aide à Domicile (SSAD)** pour enfants polyhandicapés ;
- **Service d'Accompagnement Familial et d'Éducation Précoce (SAFEP)** pour les enfants déficients sensoriels de moins de 3 ans ;
- **Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire (SSEFIS)** pour les enfants déficients auditifs de plus de 3 ans ;
- **Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire (SAAAIS)** pour les enfants déficients visuels de plus de 3 ans.

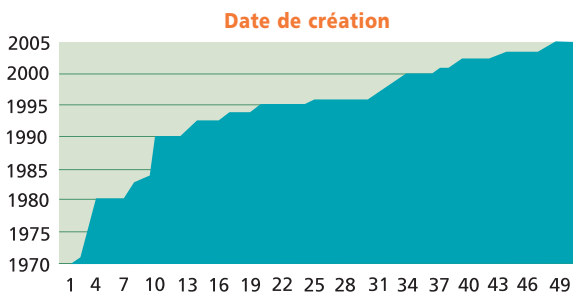
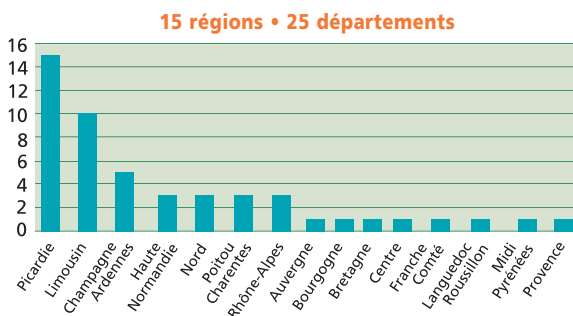
► Depuis 2005

Poursuite du développement de l'offre en SESSAD (25% de l'offre médico-sociale).

Analyse commentée de l'enquête réalisée auprès des SESSAD

VOIR LE QUESTIONNAIRE - ANNEXE 2

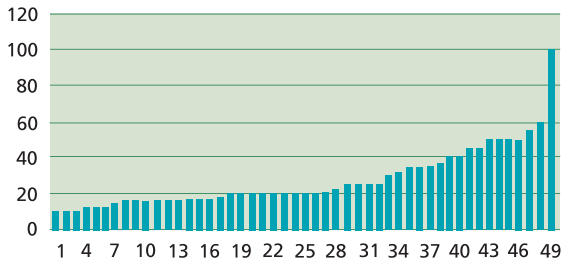
1 Analyse des caractéristiques des SESSAD de l'UNALG



50 SESSAD ont répondu à notre enquête sur les 250 de l'UNALG (20%), qui avaient initialement été contactés. Dans le fichier FINESS, 1 287 services de ce type sont répertoriés. Nos réponses représentent donc un pourcentage de 3,89 %. Elles concernent 15 régions et 25 départements. Les régions Picardie et Limousin concentrent à elles deux la moitié des réponses.

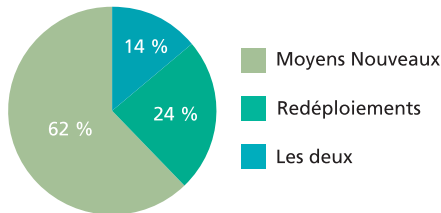
Les dates de création de ces 50 SESSAD s'étalent entre 1971 et 2005. Une dizaine seulement a été créée de 1971 à 1990. Ensuite, la progression pendant 15 ans est régulière (35 services au total), sans qu'il y ait d'accroissement subit à une période donnée.

Agrément des SESSAD • Moyenne : 28



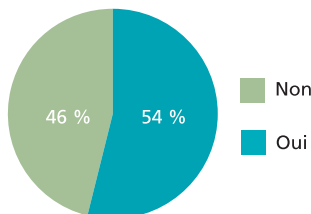
Les agréments de 49 SESSAD s'étalent assez régulièrement de 10 à 60 places. La moyenne est de 48. Un seul service de Haute Normandie dispose d'un agrément pour 100 usagers déficients auditifs.

Mode création



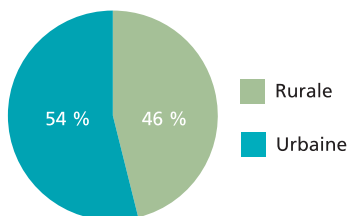
62% des 50 SESSAD ont été créés à l'aide de moyens nouveaux. 24% l'ont été par redéploiements de moyens existants. 14% ont bénéficié d'un panachage des deux types de ressources.

SESSAD autonome



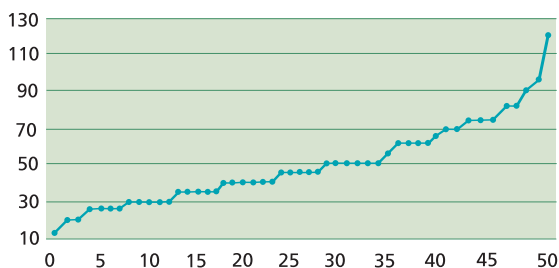
La répartition entre les SESSAD autonomes (disposant d'un budget propre et d'une direction spécifique) et ceux rattachés à un établissement médico-social est assez équilibrée. Il est à noter que plusieurs SESSAD, créés par redéploiements de moyens existants, ont acquis leur autonomie en prenant de l'importance.

Implantation



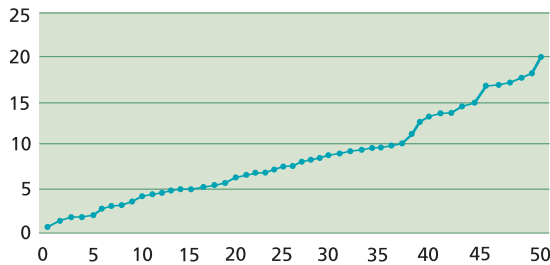
La répartition entre les SESSAD urbains et ruraux est assez équilibrée. Il est à noter cependant que les appellations proposées (rural ou urbain) ont laissé le champ libre à diverses interprétations. Certains SESSAD, par exemple, implantés en ville et se considérant donc urbains, se trouvaient également ruraux dans la mesure où ils intervenaient largement en dehors de leur agglomération d'origine. Sans doute faudra-t-il préciser le sens de la notion de ruralité en regard par exemple de la zone d'implantation, ou surtout des lieux d'intervention.

Distances d'interventions les plus éloignées Moyenne : 48,6 km



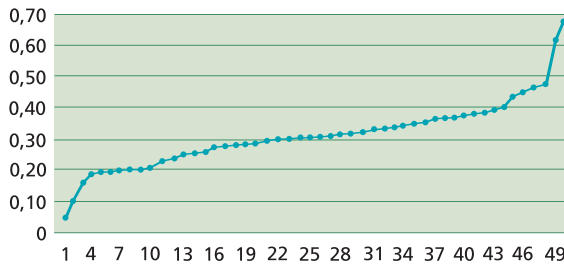
La moyenne des distances les plus éloignées pour chaque SESSAD est de près de 50 km. 49 de ces distances s'étendent entre 10 et 95 km. Un SESSAD de Haute Savoie intervient même jusqu'à 120 km. Ces résultats montrent l'intérêt d'une étude complémentaire ultérieure portant sur les distances moyennes d'intervention par Service. De plus, en regard de la nécessité d'assurer des interventions de proximité, il aurait été intéressant de savoir comment les SESSAD s'inscrivaient dans la gestion de ces grandes distances.

Nombre d'ETP • Moyenne : 8,29 ETP



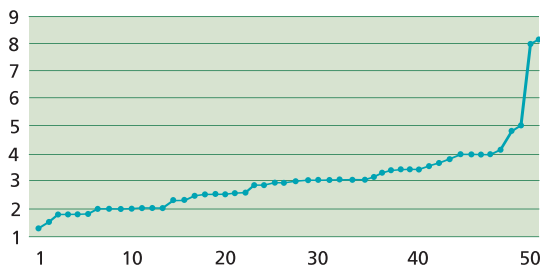
Le nombre moyen de salariés en Equivalent Temps Plein dans les 50 SESSAD est de 8,29. Les chiffres varient de 0,93 à 20. Cependant, il faut noter que certains établissements ont indiqué qu'ils intégraient les enseignants mis à disposition dans leurs effectifs. D'autres ont averti du contraire. La grande majorité n'a rien précisé. Il aurait donc fallu être plus précis dans le questionnaire. Par ailleurs, il faut ajouter que si l'importance des moyens attribués varie bien sûr selon le nombre, la nature de la population accompagnée importe fort également, ainsi que l'importance des distances d'interventions anticipées. Il serait intéressant, dans une étude complémentaire, de croiser les résultats avec ces deux variables.

Ratios • Ratio moyen : 0,31
Nombre de personnels en ETP pour le nombre de places



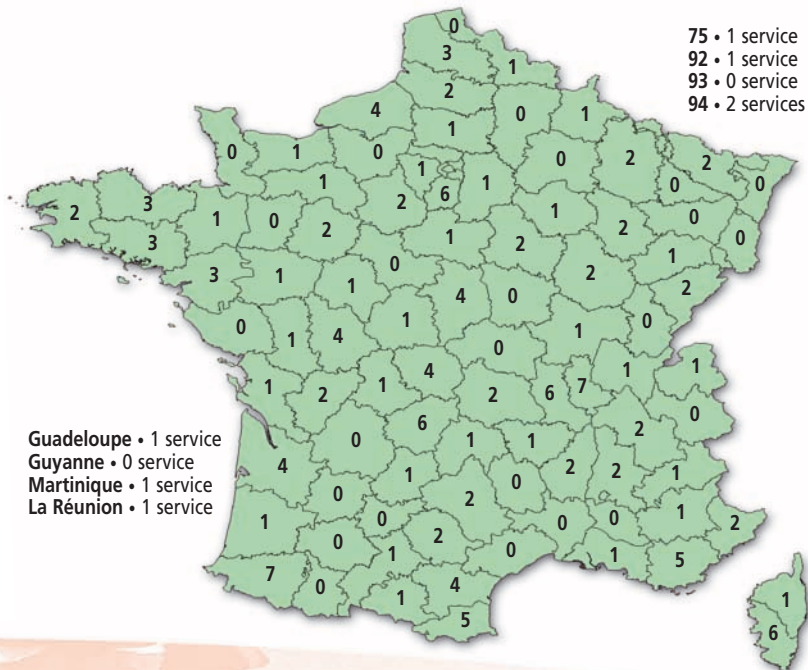
Le tableau précédent et celui des capacités permettent d'aboutir à celui-ci. Les chiffres révélés doivent donc être analysés avec les mêmes précautions que celles mentionnées ci-dessus. Ils varient de 0,06 à 0,67, et aboutissent à un ratio moyen de 0,31. Les ratios de 70% des SESSAD varient entre 0,20 et 0,40.

Nombre d'interventions hebdomadaires • Moyenne : 3,01



Ces chiffres varient de façon importante selon des variables dont l'importance est apparue au dépouillement de l'enquête. Par exemple, dans certains SESSAD pour jeunes présentant des troubles de la conduite et du comportement, les interventions éducatives peuvent être nombreuses et de courte durée. C'est l'inverse pour des services implantés en zone rurale. Il sera intéressant d'affiner cette partie de l'étude.

► **Cartographie des SESSAD de l'UNALG**



► Commentaires

Les progrès constants dans la reconnaissance et la prise en compte des difficultés ou des handicaps portés par l'enfant ou l'adolescent conduisent les SESSAD à poursuivre le développement de nouvelles réponses, à rechercher de **nouvelles formes de travail** et de **nouveaux partenariats**.

Le développement des politiques de **scolarisation des enfants handicapés** et la mise en œuvre des **parcours de formation** placent les SESSAD en position d'**acteurs privilégiés**, dans l'accompagnement et le soutien des enfants ou adolescents, de leur famille et des enseignants.

Les SESSAD, dispositifs d'**éducation spécialisée et de soins à domicile**, sont naturellement et structurellement portés à ces adaptations.

La dimension du soin se décline dans les multiples accompagnements à dominante éducative, rééducative, pédagogique ou thérapeutique. Ceux-ci sont pensés dans **une approche globale** prenant en compte tous les aspects de la problématique des personnes accompagnées.

Cette action des SESSAD se conçoit et trouve aussi toute son efficacité dans la recherche d'**une réelle adaptabilité** à la diversité des problématiques, avec le souci d'apporter des réponses personnalisées, ce qui en fait une autre spécificité.

L'**intervention à domicile**, au sens des lieux de vie et d'activité habituels de l'enfant ou de l'adolescent, induit la nécessité de **proximité, la mobilité de la fonction ambulatoire** des SESSAD.

Les SESSAD, aujourd'hui et plus encore demain, s'adressent à un public varié. Ils sont, par-là même, amenés à concevoir des

réponses aussi diverses qu'innovantes dans l'interdisciplinarité en développant des partenariats aussi spécifiques que multiples.

L'extension des interventions vers des classes d'âges plus jeunes ou plus âgées permet de répondre à des besoins identifiés. Des **interventions précoces** s'avèrent judicieuses à mettre en œuvre en amont d'un accompagnement médico-social plus important. Par ailleurs, les SESSAD peuvent apporter des réponses intéressantes en matière d'**orientation professionnelle et d'insertion sociale et professionnelle**, pour des jeunes adultes handicapés.

L'intervention des SESSAD, majoritairement centrée sur la scolarité primaire et auprès des collégiens, pourrait s'étendre progressivement vers d'autres publics, tels les lycéens ou les apprentis.

Les SESSAD sont amenés à rechercher et **imaginer de nouvelles collaborations**. Les **conventionnements** sont devenus au fil du temps des outils incontournables de la pratique.

Bénéficiaires et professionnels font valoir des exigences grandissantes dans la cohérence des actions entreprises. Les SESSAD, par leurs modes d'organisation et d'intervention, sont donc **initiateurs, animateurs et tisseurs de liens**.

Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) devraient venir s'appuyer encore davantage sur ces relais locaux que sont les SESSAD dans leur qualité de **plateaux techniques** au service des personnes accompagnées. Leurs missions de **bilan et d'expertise** pourraient ainsi s'accroître.

Enfin l'enquête menée fait apparaître **une multitude d'expériences originales** qu'il conviendrait de **mutualiser** en développant, par exemple, des réseaux d'échanges, de partage de connaissances, aussi bien sur les

lieux de la pratique quotidienne, qu'au cours de temps de formation initiale ou continue des professionnels de l'Éducation nationale et des secteurs sanitaire, social et médico-social.

2 Analyse des mots-clés

VOIR LE QUESTIONNAIRE - ANNEXE 1

45% des réponses aux « missions des SESSAD » s'articulent autour des trois thèmes suivants :

- la scolarisation
- le maintien dans un environnement « naturel »
- la guidance parentale

Puis viennent par ordre décroissant :

- l'autonomie
- l'aide au développement global
- le soutien médicalisé
- l'aide à orientation
- l'aide au diagnostic
- le soutien psycho socio éducatif

Il est donc possible de résumer les réponses à quatre missions, dans cet ordre d'importance :

- 1 • la scolarisation ;
- 2 • le maintien dans le milieu naturel
- 3 • la guidance parentale
- 4 • les soins au sens large

La notion de « soins », au sens le plus large, arrive en 4^{ème} position dans la fréquence d'apparition des réponses. Elle intègre la nécessité de mettre en place des conditions « psychologiques, matérielles, fonctionnelles » (ordre non exclusif) pour être efficiente. **Ce qui met en évidence la conjugaison de tous les facteurs dans l'action de ces services.**

Dans le classement des mots-clés les plus souvent cités, apparaît en premier la notion de « partenariat/complémentarité » bien loin devant la notion d'« intégration » (au sens large dans la façon dont les réponses ont été classées) puisque « intégration » obtient la moitié du nombre de réponses de « partenariat / complémentarité ». Puis arrive un grand nombre de réponses avec des occurrences d'apparition proches qu'on peut regrouper ainsi (par nombre d'occurrences décroissantes proches) :

- groupe 9% :
Adaptabilité, souplesse : lien, écoute, soutien
Accompagnement : proximité, travail sur lieu de vie
- groupe 6% :
Guidance famille : projet
Pluridisciplinarité : individualisation
- groupe 2,5% :
Prise en charge globale : éducation, soins
Développement social culturel : centre ressource
Médico éducatif : évaluation.

En fait, les réponses sous forme de mots-clés, une fois écartée la réponse la plus fréquente (partenariat complémentarité) sont beaucoup plus diffuses, moins affirmées que dans le cas des missions.

En résumé, les mots-clés se partagent entre plusieurs thèmes :

- partenariat / complémentarité ;
- intégration ;
- adaptabilité ;
- lien écoute soutien ;
- accompagnement, proximité ;
- guidance de la famille ;
- projet ;
- pluridisciplinarité ;
- individualisation.

► Commentaires

Pour répondre à la question portant sur les missions, il apparaît qu'une majorité de personnes se sont appuyées sur les textes officiels définissant le fonctionnement des SESSAD.

C'est ce qui explique la prégnance des réponses sur le maintien dans le milieu naturel et la guidance parentale. C'est peut-être aussi l'explication de la présence importante de la notion de « scolarisation ». Cette dernière s'explique par l'origine de nombreux services issus d'associations ayant des liens très forts avec l'Education nationale. Par ailleurs, l'Ecole est un des champs d'action privilégiés, quand ce n'est pas le but poursuivi.

Une étude plus fine des origines des réponses montre que, dans les réponses provenant de quelques SESSAD issus de l'Association des Paralysés de France de notre échantillon, la notion de « soins » est bien plus présente.

Les mots-clés définissant les actions des SESSAD désignent, quant à eux, **les outils permettant de réaliser les missions confiées, ou les bases conceptuelles sur lesquelles s'ancrent les actions.** La diversité des réponses montre la variété des outils et des approches mis en œuvre dans l'action quotidienne des Services.

A travers eux, on aborde de façon plus concrète le travail des Services. En ce sens, on note une cohérence interne entre diverses réponses : c'est à travers la **complémentarité, le partenariat** avec les autres intervenants, avec la famille que se développent les conditions menant aux meilleurs résultats dans le cadre de la scolarisation. L'intégration sociale est évidemment en lien direct avec le maintien dans le milieu naturel et bien sûr la scolarisation.

La lecture des mots-clés et des missions met en évidence **le travail des SESSAD à l'interface de la famille, du monde extérieur** (école, cité, ...) **qui nécessite une approche multiple, souple adaptée**, où chacun a un rôle particulier à tenir en complémentarité de celui des autres, pour permettre à l'enfant de progresser dans son milieu naturel.

La variété des réponses montre la diversité des outils et des approches disponibles signant ainsi **la richesse de l'outil multidimensionnel** de ce type de Service.

Les SESSAD aujourd'hui : des réponses adaptées ! ...

VOIR MOTS-CLÉS ET MISSIONS - ANNEXE 2

Depuis leur création, les SESSAD apportent des réponses originales dans l'accompagnement des enfants et adolescents porteurs ou en situation de handicap.

Les SESSAD s'associent aux parents autour du projet personnalisé de leur enfant, adolescent ou jeune adulte, en partenariat avec l'Ecole, les intervenants sociaux, judiciaires, psychiatriques. Ils ont ainsi un rôle « carrefour » entre la famille et son environnement.

Les interventions peuvent avoir lieu sur des temps et lieux très diversifiés (école, domicile, espaces sociaux,..).

Le SESSAD accompagne ainsi un bout de chemin de l'utilisateur et de sa famille.

Dans un SESSAD, « soigner » requiert les compétences d'une équipe pluridisciplinaire qui met en place tous les soutiens nécessaires, en favorisant le maintien dans le milieu naturel de vie. C'est le projet personnalisé (rééducation en orthophonie, en psychomotricité, soutien éducatif, thérapeutique, pédagogique) qui articule les actions de chaque professionnel avec celles des différents partenaires extérieurs. Ce projet est réévalué régulièrement, pour accompagner les évolutions souhaitées.

Depuis leur création, les SESSAD sont particulièrement présents dans le tissu social. Ils sont reconnus et régulièrement sollicités. Ils se singularisent par une aide ajustée aux besoins et aux attentes, par la recherche d'une offre souple, adaptative, différenciée selon le contexte local, en phase avec les réalités urbaines ou rurales.

Toutes les projections d'évolution des SESSAD sont associées à la notion de « partenariat », dans cette élaboration d'une réponse collective. L'avenir se situe dans cette réflexion permanente favorisant le développement des liens entre les différents partenaires associatifs. Cela participe à une construction de projets innovants qui **repose sur la mutualisation des moyens existants, dans une organisation complémentaire des interventions et de l'accompagnement.**

Dès leur fondation, l'originalité des SESSAD s'est distinguée dans **cette capacité constante d'évolution, d'adaptation, d'optimisation des partenariats** pour une offre de prestations de qualité au bénéfice des personnes accompagnées.

Les SESSAD pour demain : des propositions originales ! ... et de nouveaux besoins.

- Développer et articuler les liens entre les SESSAD, les RASED, les CAMSP et les CMPP.
- Développer des modes d'accompagnement pour la mise en place des parcours de formation (scolarisation et formation).
- Apporter de nouvelles réponses en matière de prévention et d'expertise.
- Amplifier les complémentarités entre l'Education nationale et le secteur médico-social.
- Favoriser les évolutions architecturales, structurelles des établissements scolaires pour les adapter à la grande diversité des intégrations à venir.
- Promouvoir le rôle des SESSAD en tant que plates-formes de mise en lien des acteurs du sanitaire, du social et du médico-social.
- Promouvoir et structurer la diversité des partenariats pour une offre de prestations de qualité au bénéfice des personnes accompagnées.
- Donner les moyens de l'intégration (matériels ; humains : AVS-I., AVS-Sco., enseignants référents... ; structurels : CLIS, UPI, ...).
- Réorganiser les formations initiale et continue des enseignants du 1^{er} et du 2nd degrés, des acteurs du médico-social.
- Promouvoir des formations conjointes.

Glossaire

ALEFPA : Association Laïque pour l'Éducation, la Formation, la Prévention et l'Autonomie

APAJH : Association pour Adultes et Jeunes Handicapés

AVS-Sco : Auxiliaire de Vie Scolaire

AVS-I : Auxiliaire de Vie Scolaire pour l'intégration individuelle

CAMSP : Centre d'Action Médico Sociale Précoce

CDES : Commission Départementale de l'Éducation Spéciale

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CLIS : Classe d'Intégration Scolaire

CMPP : Centre Médico Psycho Pédagogique

CMP : Centre Médico Psychologique

CNOSS : Comité National des Organisations Sanitaires et Sociales

CPPAP : Commission paritaire des publications et agences de presse

CROSS : Comité Régional des Organisations Sanitaires et Sociales

EU : Entraide Universitaire

ETP : Équivalent Temps Plein

FINESS : Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux

ISSN : International Standard Serial Number (*numéro d'identification des périodiques*)

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

PEP : Pupilles de l'Enseignement Public

RASED : Réseau d'Aides Spécialisées aux élèves en difficulté

SAAAIS : Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire

SAFEP : Service d'Accompagnement Familial et d'Éducation Précoce

SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile

SESSD : Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile

SSAD : Service de Soins et d'Aide à Domicile

SSEFIS : Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire

SSESD : Service de Soins et d'Éducation Spécialisée à Domicile

UNALG : Union Nationale des Associations Laïques Gestionnaires

UPI : Unité Pédagogique d'Intégration

Annexe 1 • Enquête réalisée auprès des SESSAD

1 Questionnaire inter associatif

Rôle et apports des SESSAD dans la scolarisation en milieu « ordinaire »

- 1 • Pouvez-vous définir en cinq mots-clés ce qui caractérise l'action de votre SESSAD ?
- 2 • A quelles évolutions importantes liées aux textes réglementaires les SESSAD ont-ils dû s'adapter depuis leur création ?
 - Quels avantages en ont-ils retiré ?
 - Quelles principales difficultés ont été rencontrées ?
- 3 • Aujourd'hui, quelles nouvelles évolutions paraissent nécessaires ? En terme :
 - De dispositif :
 - De nouveaux services :
 - De nouveaux publics :
 - De partenariats complémentaires :
 - D'implantations en réseaux, de maillages territoriaux :
 - De reconnaissance et de moyens :
 - De contractualisation, de conventionnement :
 - De formation de professionnels à de nouveaux métiers de l'accompagnement (évolution des formes de travail associées et partagées) :

- 4 • Selon vous, quelles perceptions vos bénéficiaires ont-ils du service que vous leur rendez ?
- Comment l'évaluez-vous ?
 - Quelles sont globalement selon vous leurs nouvelles attentes ou besoins en terme de service à rendre ?
- 5 • Accepteriez-vous de participer aux travaux de notre comité de pilotage de façon régulière ? de façon occasionnelle ?
- 6 • Accepteriez-vous d'apporter le cas échéant votre témoignage pour alimenter nos travaux ? OUI NON

2 Descriptif du SESSAD

Nom du SESSAD		Autonome	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Organisme gestionnaire		Nom du responsable Téléphone	
Ville(s) et Département d'implantation		Implantation	<input type="checkbox"/> RURALE <input type="checkbox"/> URBAINE
Date création		Distance d'intervention la plus éloignée	
Mode création (redéploiements, moyens nouveaux)		Nombre d'ETP au budget	
Nombre d'usagers accompagnés		Nombre moyen d'interventions hebdomadaires	
Missions principales		Population suivie	

Annexe 2

Mots-clés et missions caractérisant l'action des SESSAD

Les réponses apportées ont permis d'extraire les **mots-clés** caractérisant l'action des SESSAD VOIR QUESTIONNAIRE - ANNEXE 1

Mots clés caractérisant les SESSAD	Nombre	%
Partenariat complémentarité	26	18,57
Intégration	13	9,29
Adaptabilité, souplesse	11	7,86
Lien écoute soutien	11	7,86
Accompagnement	10	7,14
Proximité travail sur lieu de vie	10	7,14
Guidance famille	9	6,43
Projet	8	5,71
Pluridisciplinarité	7	5,00
Individualisation	7	5,00
Prise en charge globale	4	2,86
Education	3	2,14
Soins	3	2,14
Développement social culturel	3	2,14
Centre ressource	2	1,43
Médico-éducatif	2	1,43
Evaluation.	2	1,43
Prise en charge précoce	1	0,71
Créer de l'intelligence interne à exporter	1	0,71
Crédibilité	1	0,71
Scolarisation collective	1	0,71
Réorientation	1	0,71
Qualité	1	0,71
Prévention	1	0,71
Participation de l'utilisateur	1	0,71
Valorisation des compétences de l'enfant de la famille	1	0,71
TOTAL	140	100

Les réponses apportées ont permis d'extraire les **missions principales d'un SESSAD**

VOIR DESCRIPTIF - ANNEXE 2

Missions principales des SESSAD	Nombre	%
Terme en relation avec la scolarisation	23	17,56
Maintien dans l'environnement "naturel"	19	14,50
Guidance parentale	17	12,98
Autonomie	9	6,87
Favoriser le développement global	9	6,87
Soutien médicalisé	8	6,11
Aide à l'orientation	6	4,58
Aide au diagnostic	4	3,05
Soutien psycho socio éducatif	4	3,05
Prise en charge précoce	3	2,29
Mise en œuvre du projet personnalisé	3	2,29
Equipe pluri disciplinaire	3	2,29
Tiers médiateur	3	2,29
Aide à l'intégration	2	1,53
Aide à la reconnaissance du handicap	2	1,53
Accompagnement social	2	1,53
Prise en charge à domicile	2	1,53
Prise en charge globale : enfant famille partenaire	2	1,53
Intégration sociale	2	1,53
Prise en charge en tous lieux	2	1,53
Favoriser l'émergence des compétences famille et enfant	1	0,76
Prévention du handicap	1	0,76
Elaboration du projet personnalisé	1	0,76
Prévenir l'exclusion scolaire, sociale, familiale	1	0,76
Adaptation, réadaptation, insertion socio professionnelle	1	0,76
Soutien accompagnement des enfants	1	0,76
TOTAL	131	100

Etude quantitative des réponses	Mots-clés	Missions
Nombre de réponses différentes	131	140
Regroupées sous	26 thèmes	26 thèmes
Nombre de termes utilisés une seule fois	6 (soit 4,5 %)	9 (soit 6,4 %)
Thème le plus cité avec le % de fréquence	Partenariat/complémentarité (18,57 %)	Lien avec la scolarisation (17,56%)
Second terme le plus cité avec le % de fréquence	Intégration (9,29 %)	Maintien dans le milieu naturel (14,50 %)
Troisième terme le plus cité avec le % de fréquence	Adaptabilité, souplesse (7,86 %)	Guidance parentale (12,97 %)
Puis	3 termes : 35,57 % des réponses	3 termes : 45,03 % des réponses
Puis	6 termes : 57,86 % des réponses	5 termes : 58,77 % des réponses
Enfin	9 termes : 75,57 % des réponses	10 termes : 80 % des réponses

Annexe 3

Textes de référence concernant les SESSAD

1 Textes régissant actuellement les SESSAD

Décret n°56-284 du 9 mars 1956

Conditions d'autorisation des établissements privés de cure et prévention pour les soins aux assurés sociaux.

Loi n°75-534 du 30 juin 1975

Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées (en partie abrogée par la loi 2005-102 du 11 février 2005).

Loi n°75-535 du 30 juin 1975

Relative aux institutions sociales et médico-sociales, et réformée par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002.

Circulaires n°82-2 et 82-048 du 29 janvier 1982

Mise en œuvre d'une politique d'intégration en faveur des enfants et adolescents handicapés.

Circulaires n°83-4 et 83-082 du 29 janvier 1983

Mise en place d'actions de soutien et de soins spécialisés en vue de l'intégration.

Décret n°88-09 du 22 avril 1988

Prise en charge des enfants déficients sensoriels.

Loi n°89-486 du 10 juillet 1989 (partiellement abrogée)

Loi d'orientation sur l'éducation.

Décret n°89-798 du 27 octobre 1989

Remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter au décret du 9 mars 1956 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux.

Circulaire n°89-17 du 30 octobre 1989

Conditions de prise en charge des enfants ou adolescents déficients intellectuels ou inadaptés dans les établissements et services d'éducation spéciale (annexe XXIV).

Circulaire n°89-19 du 30 octobre 1989

Modification des conditions de la prise en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés par les établissements et services d'éducation spéciale.

Circulaire n°89-22 du 15 décembre 1989

Développement des services d'éducation spéciale et de soins à domicile pour la réorientation de l'appareil d'éducation spéciale vers le soutien en milieu ordinaire (Ministère de la Santé).

Circulaire n°90-039 du 15 février 1990

Relative au projet d'école.

Circulaire n°90-091 du 23 avril 1990

Education spécialisée et intégration scolaire des enfants ou adolescents handicapés.

Décret n°90-788 du 6 septembre 1990

Organisation et fonctionnement des écoles maternelles et élémentaires.

Circulaire n°91-303 du 18 novembre 1991

Scolarisation des enfants ou adolescents accueillis dans les établissements à caractère médical, sanitaire ou social.

Circulaire n°92-143 du 31 mars 1992

La mission d'insertion des établissements scolaires.

Circulaire n°95-124 du 17 mai 1995

Intégration en collège en collège et lycée des adolescents présentant un handicap au collège et au lycée.

Circulaire n°2001-035 du 21 février 2001

Scolarisation des élèves handicapés dans les établissements du second degré et développement des Unités Pédagogique d'Intégration (UPI).

Circulaire n°2001-144 du 11 juillet 2001

Scolarité, Accueil des élèves handicapés.

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002

Rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Circulaire n°2002-111 du 30 avril 2002

Adaptation et intégration scolaires : des ressources au service d'une scolarité réussie pour tous les élèves.

Circulaire n°2002-113 du 30 avril 2002

Dispositifs de l'adaptation et de l'intégration scolaires dans le premier degré.

Décret n°2003-1135 du 26 novembre 2003

Modalités d'autorisation de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Circulaire n°2005-124 du 8 mars 2005

Prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de Troubles Envahissants du Développement.

Circulaire n°2005-129 du 19 août 2005

Scolarisation des élèves handicapés.

Circulaire n°2006-119 du 31 juillet 2006

Scolarisation des élèves handicapés.

2 Textes abrogés

Circulaire n°90-082 du 9 avril 1990

Mise en place des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté.

Circulaire n°95-125 du 17 mai 1995

Création des UPI et permettant le regroupement pédagogique d'adolescents présentant un handicap mental et qui mentionnent l'utile articulation avec les SESSAD et les conventions qui doivent être signées.

Circulaire d'orientation n°89-036 du 6 février 1989

Enseignements généraux et professionnels adaptés.

Circulaires n°91-302 et 91-304 du 18 novembre 1991

Intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés,
Scolarisation des enfants ou adolescents accueillis dans les établissements à caractère médical, sanitaire ou social,
Classe d'intégration scolaire (CLIS).

Décret n°91-1410 du 31 décembre 1991

Relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire : CNOSS et CROSS.

Décret n°91-1415 du 31 décembre 1991 et circulaire n°92-21 du 3 août 1992

Conseils d'établissement des institutions sociales et médico-sociales.

Décret n°95-185 du 14 décembre 1995

Relatif à la procédure de création, de transformation et d'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Annexe 4

Différents services sont regroupés sous ce sigle générique SESSAD

- **S.E.S.A.D. (Service d'éducation spéciale et de soins à domicile)**
Jeunes déficients intellectuels ou manifestant des troubles du comportement
Annexe XXIV au décret du 9/03/56 Titre VII
Circulaire n° 89-17 du 30/10/89 Titre IV
- **S.E.S.D. (Service d'éducation spéciale et de soins à domicile)**
Jeunes déficients moteurs
Annexe XXIV bis du D 56 284 du 9.03.1956 Titre V
Circulaire n° 89-18 du 30.10.89 Titre III A
- **S.S.A.D. (Services de soins et d'aide à domicile)**
Jeunes polyhandicapés
Annexe XXIV ter du D 56 284 du 9.03.1956 art. 14 et 15
Circulaire n° 89.19 du 30.10.89 Titre VI A
- **S.A.F.E.P. (Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce)**
- **S.S.E.F.I.S. (Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire)**
Jeunes déficients auditifs graves
Annexe XXIV quater du D 56 284 du 9.03.1956 art. 7 à 9
Circulaire n° 89.09 du 22 avril 1988
- **S.A.F.E.P. (Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce)**
- **S.A.A.A.I.S. (Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire)**
Jeunes déficients visuels graves
Annexe XXIV quinquies du D 56 284 du 9.03.1956 art. 7 à 9
Circulaire n° 88.09 du 22 avril 1988

Annexe 5 • “Les SESSAD” Étude et Résultats n°574



DREES • DIRECTION DE LA RECHERCHE,
DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES
SOURCE : ISSN 1146-9129 • CPPAP 0212 B 05791

1 « Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) »

Près de trois enfants sur dix, passés en Commission Départementale d'Éducation Spéciale (CDES), ont bénéficié d'un suivi par un Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD). Les CDES ont été remplacées par les Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) au sein des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) au 1^{er} janvier 2006.

Les SESSAD se sont développés principalement à partir des années 1990, de sorte que les enfants des générations les plus jeunes sont bien plus nombreux à y avoir eu accès. La probabilité d'être suivi par un SESSAD est très importante pour les enfants atteints d'une déficience motrice ou d'un polyhandicap, et encore plus élevée pour les déficients sensoriels. L'intervention des professionnels de ces services, reposant sur des équipes pluridisciplinaires, a lieu le plus souvent dans les locaux du SESSAD, dans l'établissement scolaire ou encore au domicile familial. Mais elle peut aussi se dérouler, en fonction du projet d'accompagnement du jeune, dans une diversité de lieux (crèches, lieu de sport ou de loisirs).

Les SESSAD ont vocation à intervenir, sur notification de la CDAPH sur les lieux de vie des enfants handicapés. Leur action est orientée, selon les âges, vers :

- « *la prise en charge précoce pour les enfants de la naissance à 6 ans comportant le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic, l'aide au développement psychomoteur initial de l'enfant et la préparation des orientations collectives ultérieures* » ;
- « *le soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie comportant l'ensemble des moyens médicaux, paramédicaux, psychosociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés* ».

Autonomes ou rattachés à un établissement médico-social, les SESSAD sont gérés majoritairement par des associations et, dans une proportion moindre, par des établissements publics ou des hôpitaux. Leur financement est pris en charge par l'assurance maladie, sous forme de dotation globale.

Suite au décret du 16 décembre 1970, une première modification de l'annexe XXIV du décret du 9 mars 1956 avait institué des services de soins et d'éducation spécialisés à domicile (SSESD). Lors de la réforme des annexes XXIV en 1989, leur appellation s'est modifiée :

- en « service d'éducation spéciale et de soins à domicile » (SESSAD) pour enfants déficients intellectuels ou moteurs, ainsi qu'aux jeunes présentant des troubles du comportement ;
- en « service de soins et d'aide à domicile » (SSAD) pour enfants polyhandicapés ;
- en « service d'accompagnement familial et d'éducation précoce » (SAFEP) pour les enfants déficients sensoriels de moins de 3 ans ;
- en « service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire » (SSEFIS) pour les enfants déficients auditifs de plus de 3 ans ;
- et enfin, en « service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire » (SAAAIS) pour les enfants déficients visuels de plus de 3 ans.

Au cours des années 1980 à 1990, alors que le nombre global de places d'éducation spéciale se stabilisait à hauteur de 130 000, les possibilités de suivi par un SESSAD ont fortement augmenté, pour répondre à la demande croissante d'un accompagnement « à domicile » permettant de maintenir le jeune en situation de handicap dans son milieu de vie ordinaire. Parallèlement à une diminution du nombre de places internat, le nombre de places installées en SESSAD est ainsi passé de 5 000 à 26 300 en 1985 (4% de l'offre). Avec en 2005 (25% de l'offre) le développement de l'offre en SESSAD, les orientations prononcées par les CDES vers ces services ont également progressé, passant de moins de 10% en 1989-1990 à 25% en 2002-2003. L'enquête Trajectoires des enfants passés en CDES menée par la DREES en 2004-2005 précise quels sont les publics des SESSAD et leurs différentes modalités d'intervention.

2 Un tiers des enfants passés en CDES ont connu au moins une orientation vers un SESSAD

Les enfants issus des générations plus récentes sont plus nombreux que leurs aînés à avoir bénéficié d'une notification vers un SESSAD. Si un quart des enfants de la génération 1986-1987 a bénéficié d'au moins une notification vers un SESSAD, ils sont plus d'un tiers au sein des deux jeunes générations (1991-1992 et 1996-1997) à en avoir bénéficié, en lien avec le développement des SESSAD au cours des dernières décennies.

L'ensemble des notifications prononcées par les CDES n'aboutissait pas systématiquement à une admission effective. Ainsi, 16% des notifications vers un SESSAD n'ont pas été suivies d'effet, en raison notamment de l'absence de places en SESSAD, de l'inadéquation du SESSAD d'après la famille ou encore du profil de l'enfant jugé trop éloigné du projet institutionnel ou de l'agrément.

Au total, si on considère l'ensemble des enfants passés en CDES, ce sont près de trois sur dix (27%) qui ont été accompagnés par un SESSAD à un moment ou un autre de leur parcours. Parmi eux, la moitié a également connu un passage en établissement médico-éducatif. Par ailleurs, la moitié passée en CDES a connu au moins un accueil en établissement, dont 38% à titre exclusif. Enfin, un enfant sur trois n'a jamais bénéficié, ni d'un suivi par un SESSAD, ni d'un accueil en établissement.

Par commodité de langage, on qualifiera dans la suite de l'étude les enfants qui ont connu au moins un suivi en SESSAD de «public SESSAD», que la prise en charge par ce dispositif ait été exclusive ou non.

Parmi ces enfants, près d'un sur deux a été accompagné par un SESSAD spécialisé dans la déficience intellectuelle (47%), 17% ont été suivis par un service spécialisé dans la déficience motrice et 19% par un service pour déficience sensorielle (auditive ou visuelle).

Il est fréquent de passer d'un SESSAD à un établissement médico-éducatif (ou l'inverse), en fonction de la situation de handicap ou de la demande parentale. L'accueil par un établissement médico-éducatif concerne six jeunes suivis par un SESSAD sur dix, à un moment ou un autre de leur parcours. Près de quatre jeunes sur dix ont bénéficié, au moins une fois, d'une prise en charge par un établissement pour déficients intellectuels. La part de ceux ayant bénéficié au moins une fois d'un accueil par un établissement pour déficients visuels ou pour polyhandicapés est particulièrement faible.

3 Une probabilité plus forte d'être suivi par un SESSAD pour les enfants présentant une déficience sensorielle

Parmi les jeunes suivis par un SESSAD, les diagnostics les plus fréquents concernent des anomalies chromosomiques (14%), des affections touchant les organes des sens (14%), des pathologies psychiatriques (13%), des paralysies cérébrales et d'autres syndromes paralytiques (13%).

Six enfants sur dix présentent, à titre principal, une déficience intellectuelle (24%), une déficience du psychisme ou des troubles du langage et de la parole (20%) ou une déficience motrice (16%).

Bien qu'étant agréés pour une catégorie de bénéficiaires définie le plus souvent par la déficience principale, les SESSAD sont amenés à suivre des enfants présentant à titre principal une déficience autre que celle de leur agrément. Ainsi, parmi les enfants suivis par un SESSAD pour déficience intellectuelle, 47% présentent à titre principal une déficience intellectuelle, 17% une déficience du psychisme (dont l'autisme), 16% un surhandicap mais aussi 6,5% un polyhandicap ou 6,5% un plurihandicap.

Les niveaux de limitations d'autonomie sont sensiblement différents selon les domaines d'activités: ainsi six enfants sur dix présentent des limitations, modérées ou sévères, de la conscience ou du comportement ; deux enfants sur dix ont besoin d'une aide partielle ou totale pour marcher.

Afin de tenir compte de l'importance de la montée en charge du dispositif au cours des vingt dernières années et de la répartition inégale des SESSAD sur le territoire, une analyse de la probabilité d'accéder à un SESSAD a permis de décrire la population en isolant les effets générationnels et géographiques. Il en ressort notamment un très fort effet générationnel, dû à l'extension de l'offre, la probabilité d'accès étant bien plus forte pour les enfants des géné-

rations les plus récentes. Une fois l'effet générationnel écarté, un effet d'âge demeure pour les plus jeunes (0 à 6 ans) qui ont alors une probabilité plus faible d'être suivi par un SESSAD.

La probabilité de suivi est en revanche plus forte pour les filles. Chez ces dernières, les manifestations du handicap semblent moins lourdes et plus gérables dans le cadre d'un maintien à domicile.

Par rapport aux déficiences viscérales, esthétiques et fonctionnelles, la probabilité d'un suivi SESSAD est forte pour les enfants présentant une déficience intellectuelle, un plurihandicap ou un surhandicap. Elle est plus importante pour ceux concernés par une déficience motrice ou un polyhandicap, et encore plus élevée pour les déficients sensoriels.

En termes d'autonomie, seules les fonctions liées à la communication, l'habillement ou la nutrition ont un impact sur la probabilité d'être ou non suivi par un SESSAD. Dans les deux premiers cas, cette probabilité est plus faible quand les enfants sont autonomes pour la nutrition, tandis que l'autonomie augmente globalement la probabilité de bénéficier d'un suivi SESSAD.

Le même type d'analyse peut être mené sur les diagnostics qui conduisent à une prise en charge. Par rapport à une situation de référence de maladies viscérales et générales, la probabilité d'un suivi par un SESSAD est plus importante pour les diagnostics d'autisme, et les pathologies psychiatriques. Elle est forte pour les malformations congénitales, pour les paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques, ainsi que pour les diagnostics d'anomalies chromosomiques. Elle est encore plus élevée pour les affections non congénitales touchant les organes des sens.

4 Une diversité d'acteurs et de dispositifs pour accompagner ou soigner les publics SESSAD

Le SESSAD est rarement le seul acteur à intervenir dans le parcours de soins d'un enfant handicapé. Il peut accompagner ou prendre le relais d'autres intervenants ou passer lui-même le relais à d'autres dispositifs.

Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les Centres Médico-Pscho-Pédagogiques (CMPP) ou Médico-Psychologiques (CMP), dispositifs proposant des soins sous forme de consultations ou de séances, peuvent intervenir en amont (dans le cadre d'un diagnostic ou d'une prise en charge précoce, par exemple) et recommander ensuite l'accompagnement par un SESSAD sur les lieux de vie de l'enfant. Par ailleurs, ces dispositifs peuvent être sollicités simultanément à un SESSAD, en complément à ce dernier, afin d'assurer un accompagnement global du jeune. Enfin, les CMPP ou CMP peuvent aussi intervenir auprès d'un jeune à l'issue d'un suivi par un SESSAD.

Ainsi, quel que soit le cas de figure, près de deux jeunes suivis par un SESSAD sur dix ont été accompagnés par un CAMSP, soit une proportion légèrement supérieure à celle enregistrée au sein de l'ensemble de la population de l'étude. Les enfants de la génération 1996-1997

sont plus nombreux que leurs aînés à avoir bénéficié de consultations en CAMSP, en partie du fait du développement de ce dispositif au cours des dernières années.

À l'inverse, les publics des SESSAD sont proportionnellement moins nombreux que l'ensemble de la population de l'étude à avoir consulté un CMPP ou un CMP, ce qui s'explique pour partie par la sous représentation des pathologies psychiatriques ou encore des déficiences du psychisme et des troubles du langage et de la parole chez les publics des SESSAD.

Près de la moitié des jeunes des publics SESSAD (47%) a bénéficié, à un moment donné, d'un accompagnement par un hôpital ou un autre accueil dans la journée, soit une part moins importante que celle observée au sein de l'ensemble de la population en CDES (54%). Ils sont notamment moins nombreux à avoir fréquenté un hôpital de jour en psychiatrie.

Des professionnels paramédicaux (orthophonistes, kinésithérapeutes, psychomotriciens), ainsi que des psychologues, pratiquant en hôpital ou en libéral, peuvent intervenir en amont ou en aval d'un suivi par un SESSAD, mais aussi simultanément, éventuellement dans le cadre d'une approche globale de la situation de handicap d'un jeune.

Ainsi, au cours de leur parcours de vie, les publics des SESSAD ont bénéficié, dans des proportions similaires à celles enregistrées au sein de la population passée en CDES, de soins de professionnels en libéral (respectivement 55% et 56%), mais d'une proportion moindre d'intervention de professionnels de l'hôpital (respectivement 17% et 21%). Toutefois, le recours à l'orthophonie, que ce soit en libéral ou à l'hôpital, qui concerne plus de quatre jeunes sur dix des publics SESSAD, apparaît légèrement plus fréquent au sein de cette population (43% contre 40%).

Les parents mentionnent, pour près de quatre jeunes sur dix, un accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire ou un aide éducateur et, pour plus d'un sur dix, l'intervention d'un maître itinérant spécialisé de l'Éducation Nationale.

5 Les interventions des SESSAD reposent sur une équipe pluridisciplinaire

Pluri professionnelle, l'équipe du SESSAD est composée notamment de personnel éducatif, pédagogique et social (à hauteur de 44%, dont 30% de personnel d'éducation spécialisée et 9% de personnel d'enseignement), de personnel médical (3%) et paramédical (25%) et de psychologues (7%).

L'action de ces professionnels se compose, d'une part, d'interventions directes auprès des jeunes suivis et de leurs familles (activités éducatives ou de rééducations, suivis médicaux et psychologiques individuels, entre tiens, visites à domicile, observations et bilans) et, d'autre part, d'interventions indirectes composées de temps de travail en équipe, temps d'élaboration collective qui garantit un accompagnement global et pluridisciplinaire en adéquation avec le projet de vie de l'enfant (réunion de coordination, réunion de synthèse, analyses de pratiques), temps individuels des professionnels (formalisation des bilans, des comptes rendus de réunions, déplacements, formations, préparation des interventions, etc.) et temps auprès des partenaires (rencontres avec des professionnels de l'Éducation Nationale, de la santé, de l'aide sociale à l'enfance, etc.).

Selon les parents, cinq jeunes suivis par un SESSAD sur dix ont bénéficié d'une aide apportée par un éducateur spécialisé. Les jeunes déficients psychiques ou moteurs sont plus nombreux à avoir bénéficié d'interventions d'éducateurs spécialisés (respectivement 9% et 61%). Si, lors d'un accompagnement par un SESSAD, quatre jeunes sur dix ont bénéficié d'un suivi par un psychologue (44%), ils sont plus de cinq sur dix dans cette situation au sein des jeunes déficients psychiques (55%).

Plus de quatre suivis par un SESSAD sur dix ont comporté des rééducations de psychomotricité (45%) ou encore d'orthophonie (40%) et plus de deux suivis sur dix de la kinésithérapie (23%) ou de l'ergothérapie (22%). Les interventions de rééducation sont plus répandues auprès des jeunes déficients moteurs : près de sept jeunes déficients moteurs sur dix ont bénéficié de kinésithérapie ou d'ergothérapie lors d'un suivi SESSAD respectivement 67% et 68% contre 13% et 10% des déficients intellectuels ou 1% et 5% des déficients psychiques). Les interventions d'orthophonie ou de psychomotricité sont répandues de manière similaire chez les déficients moteurs et chez les déficients intellectuels, et dans une moindre proportion chez les déficients psychiques.

Enfin, dans le cadre de leurs missions, les SESSAD apportent un soutien à l'intégration scolaire et peuvent faire intervenir des enseignants spécialisés. Ainsi, ces derniers sont intervenus au moins une fois dans près de deux suivis sur dix.

6 Des interventions sur les lieux de vie : essentiellement l'établissement scolaire ou le domicile

Plus d'un suivi sur deux a comporté au moins une intervention du SESSAD dans ses locaux (55%) et au moins une intervention dans l'établissement scolaire du jeune (52%), dans le cadre du soutien à l'intégration scolaire ou d'interventions dans des salles de l'établissement scolaire mises à disposition des professionnels du SESSAD.

Support pour mobiliser l'environnement familial, reconnaître les besoins de l'enfant et soutenir sa dynamique, l'intervention au domicile familial est signalée dans quatre suivis sur dix. À l'inverse, les interventions hors du milieu familial sont préconisées quand une indication de distanciation est clairement définie.

Les professionnels des SESSAD interviennent plus marginalement sur d'autres lieux, selon le déclaratif des parents: lieux de sport ou de loisir (4% des suivis), crèche (1% des suivis) ou encore domicile de l'assistante maternelle, hôpital, établissement médico-social, bibliothèque, centre médico-social, CMPP, jardin d'enfant.

Dans plus de neuf suivis sur dix, les professionnels des SESSAD sont intervenus plus d'une fois par semaine auprès du jeune et de sa famille, et dans près de quatre suivis sur dix, ils sont intervenus trois fois ou plus.



L'UNALG
est composée des 5 associations :



Union Nationale des Associations Laïques Gestionnaires
*d'institutions du secteur sanitaire, social, médico-social,
médico-éducatif et éducatif spécialisé*

80, BOULEVARD DE REUILLY • 75012 PARIS • TÉL.: 0140 04 94 46

© NOVEMBRE 2007