



Er études et Résultats

N° 574 • mai 2007

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) : publics et modalités d'intervention

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). Ces derniers se sont développés 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...).

Par ailleurs, au cours de leur parcours de soins, les publics des SESSAD rencontrent une diversité d'autres acteurs et dispositifs.

Rachelle LE DUFF* et Philippe RAYNAUD**

* Centre régional d'études et d'actions sur les inadaptations et les handicaps (CREAI) Bretagne

** Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement

Ministère de la Santé et des Solidarités

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) [encadré 1] ont vocation à intervenir, sur notification de la commission départementale d'éducation spéciale (CDES)¹, 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 adaptés² ».

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.

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 d'internat, le nombre de places installées en SESSAD est ainsi passé de 5 000 en 1985 (4 % de l'offre)³ à 26 300 en 2005 (25 % de l'offre)⁴. Avec 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 2002-2003⁵. L'enquête Trajectoires des enfants passés en CDES menée par la DREES en

2004-2005 (encadré 2) précise quels sont les publics des SESSAD et leurs différentes modalités d'intervention.

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'aboutit 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 (graphique 1).

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 défi-

1. Les commissions départementales d'éducation spéciale 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.

2. Décret 89-798 du 27 octobre 1989 réformant les annexes XXIV.

3. Woitrain E., 2000, « Les établissements et services médico-sociaux pour enfants handicapés », Document de travail, série statistiques, DREES, n° 7, août.

4. STATISS 2006, Les régions françaises, DREES.

5. Trémoureaux C., 2005, « L'activité des CDES en 2002-2003 et la réforme des compléments à l'allocation d'éducation spéciale », *Études et Résultats*, DREES, n° 423, août.

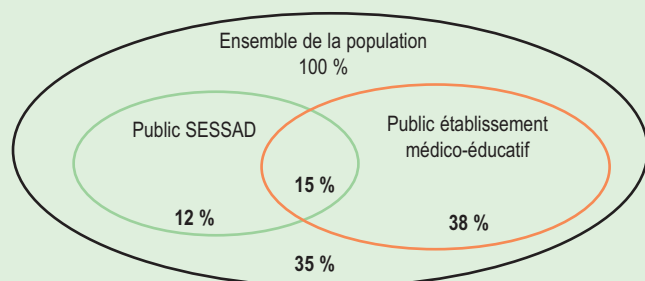
ENCADRÉ 1

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 (SSES) et officialisé ainsi les premières initiatives prises par l'Association des paralysés de France. 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.

GRAPHIQUE 1

Composition de la population de l'étude au regard du dispositif médico-éducatif



Champ • Enfants passés par un CDES.

Sources • Enquête Trajectoires des enfants passés en CDES, DREES.

TABLEAU 1

Répartition des publics SESSAD selon le type de SESSAD pour lequel l'orientation de la CDES a été effective

Type de SESSAD	en %
Structure pour enfants déficients intellectuels	47
Structure pour enfants déficients moteurs	17
Structure pour enfants déficients auditifs	11
Structure pour enfants ayant des troubles de la conduite et du comportement	9
Structure pour enfants déficients visuels	8
Structure pour enfants polyhandicapés	4
Autres	4
Total	100

Champ • Enfants ayant eu au moins un suivi par un SESSAD.

Sources • Enquête Trajectoires des enfants passés en CDES, DREES.

TABLEAU 2

Part des jeunes ayant eu au moins un accueil en établissement médico-social

	Publics SESSAD	Ensemble de la population CDES
Aucun accueil	41,6	44,7
Au moins un accueil	58,4	55,3
• pour déficients intellectuels	38,8	39,7
• pour déficients moteurs	6,4	5,5
• pour déficients visuels	2,8	1,4
• pour déficients auditifs	5,0	2,5
• pour sourds-aveugles	1,5	0,6
• pour polyhandicapés	3,0	2,3
• instituts éducatifs, thérapeutiques et pédagogiques (ITEP)	4,2	5,7

Champ • Enfants ayant eu au moins un suivi par un SESSAD.

Sources • Enquête Trajectoires des enfants passés en CDES, DREES.

science 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) [tableau 1].

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 (tableau 2) ; 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.

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 (graphique 2) 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 surhandicap⁶, mais aussi 6,5 % un polyhandicap⁷ ou 6,5 % un plurihandicap⁸.

6. Surhandicap : association d'une déficience intellectuelle et d'une déficience du psychisme.

7. Polyhandicap : handicap grave à expressions multiples avec restriction extrême de l'autonomie et déficience mentale profonde.

8. Plurihandicap : association de plusieurs déficiences ayant le même degré de gravité, ceci empêchant de déterminer une déficience principale.

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 permet ainsi de décrire la population en isolant les effets générationnels et géographiques (tableau 3). 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 générations 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.

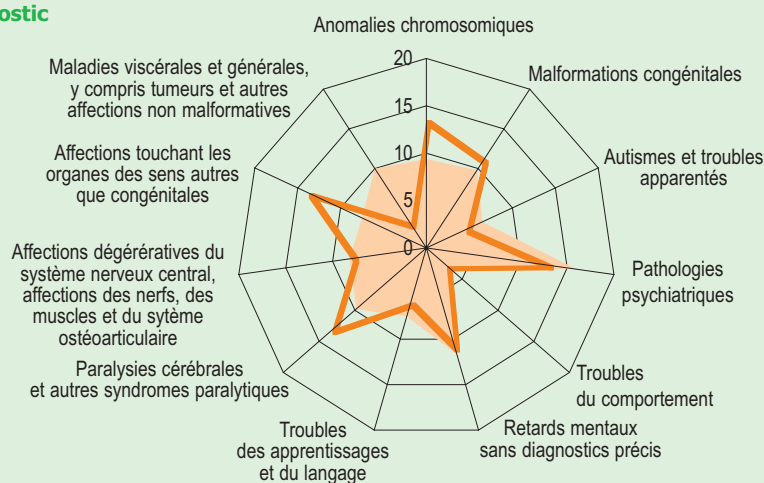
En termes d'autonomie, seules les fonctions liées à la communication, l'habillement ou la nutrition ont un impact sur la probabilité d'être ou non suivi par un SESSAD. Dans les deux premiers cas, cette probabilité est plus faible quand les enfants sont autonomes pour la nutrition, tandis que l'autonomie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

Le même type d'analyse peut être

GRAPHIQUE 2

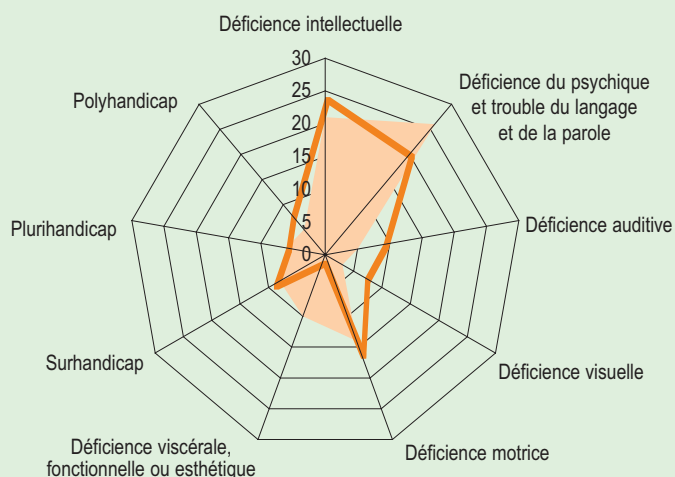
Répartition des publics SESSAD par diagnostic principal, par déficience principale et par autonomie

Diagnostic



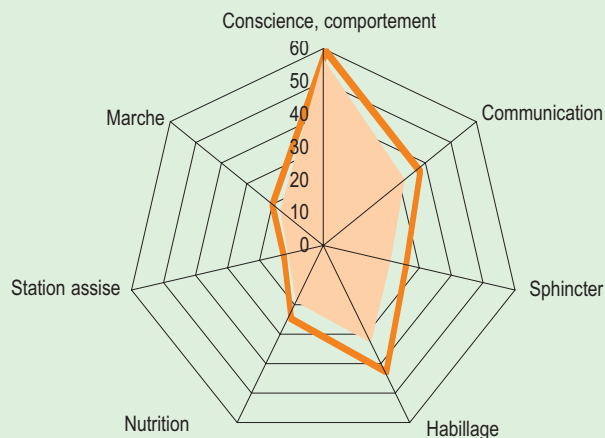
Lecture • 14 % des publics SESSAD présentent comme diagnostic principal des anomalies chromosomiques, 11 % des malformations congénitales.

Déficience



Lecture • 24 % des publics SESSAD présentent une déficience intellectuelle à titre principale, 20 % une déficience du psychique ou des troubles du langage et de la parole.

Autonomie



Lecture • 60 % des publics SESSAD présentent des troubles sévères ou modérés de la conscience ou du comportement, 39 % ne communiquent pas ou peu.

■ Ensemble de la population ■ Publics SESSAD

Sources • Enquête Trajectoires des enfants passés en CDES, DREES.

ENCADRÉ 2

Présentation de l'enquête Trajectoires des enfants passés en CDES

L'enquête Trajectoires des enfants passés en CDES menée en 2004-2005 par la DREES concerne les enfants, adolescents et jeunes adultes pour lesquels la situation était suffisamment handicapante pour qu'un passage en CDES soit rendu nécessaire. L'enquête a reposé :

- d'une part, sur un échantillon de seize CDES représentatifs de l'ensemble des CDES du territoire métropolitain ;
- d'autre part, sur un échantillon de dossiers de trois classes d'âge : celle des enfants âgés de 7-8 ans (nés en 1996 et 1997), celle des adolescents de 12-13 ans (nés en 1991 et 1992) et enfin, celle des jeunes adultes de 17-18 ans (nés en 1986 et 1987). Cette enquête n'est donc pas représentative de l'ensemble des jeunes passés en CDES mais uniquement de ceux appartenant à ces trois générations cibles.

Après l'accord préalable des représentants légaux des enfants concernés, cette enquête a reposé sur deux modes de recueil de données :

- le premier consistait en un questionnaire, renseigné par des conseillers techniques de centre régionaux d'études et d'actions sur les inadaptations et les handicaps (CREAI) au sein même des CDES, qui retraçait la situation récente des enfants à partir de leurs dossiers individuels, la chronologie des décisions prises par ces commissions et une description de leur état de santé ;
- le second consistait en un questionnaire administré directement aux familles par des enquêteurs de la société TEST.

Par la suite, les données issues de ces deux recueils ont été appareillées et représentent ainsi un échantillon de 2 600 individus.

TABLEAU 3

Effet des caractéristiques médicales et d'autres facteurs sur la probabilité d'avoir bénéficié d'un suivi par un SESSAD

	Odd Ratio	
Constante	0,09	
Année de naissance		
1986-1987	0,6	
1991-1992	réf.	
1996-1997	1,7	
Déficience principale		
Déficience intellectuelle	6,3	
Autre déficience du psychisme	3,3	
Déficience du langage et de la parole	ns	
Déficience de l'audition et de l'équilibration	14,9	
Déficience visuelle	23,2	
Déficience motrice	8,4	
Déficience viscérale, esthétique, fonctionnelle	réf.	
Pas de déficience	ns	
Plurihandicap	5,1	
Polyhandicap	7,6	
Surhandicap	4,0	
Autonomie pour la communication		
Incapacité	1,2	
Pas d'incapacité	réf.	
Autonomie pour l'habillement		
Incapacité	1,4	
Pas d'incapacité	réf.	
Autonomie pour la nutrition		
Incapacité	0,8	
Pas d'incapacité	réf.	
Âge de l'enfant		
0 à 3 ans	0,2	
4 à 6 ans	0,7	
7 à 9 ans	réf.	
10 à 13 ans	1,1	
14 à 15 ans	ns	
16 à 19 ans	ns	
Genre de l'enfant		
Filles	1,2	
Garçons	réf.	

Lecture • Une personne ayant toutes les caractéristiques de référence (né en 1986, maladie viscérale...) a 11 fois plus de chance (1/0.09) de ne pas être en SESSAD que d'y être.

Être une fille plutôt qu'un garçon multiplie par 1,2 la probabilité d'être suivi par un SESSAD, « toutes choses égales par ailleurs ».

Champ • Enfants passés par un CDES.

Sources • Enquête Trajectoires des enfants passés en CDES, DREES.

mené sur les diagnostics qui conduisent à une prise en charge⁹. 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.

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 (tableau 4).

Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les centres médico-psycho-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

9. Compte tenu des fortes corrélations entre diagnostics et déficiences, il est délicat d'analyser les deux dimensions au sein d'un même modèle.

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 de son parcours, 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

■ TABLEAU 4

Part des jeunes à avoir bénéficié d'au moins une intervention par d'autres acteurs

en %

	Publics SESSAD	Ensemble de la population CDES
Accompagnement par un hôpital ou autres accueils dans la journée		
Au moins un accompagnement	47,1	53,7
Dont :		
– hôpital de jour en psychiatrie	4,9	9,6
– hôpital de jour pour maladie autre	13,8	16,2
– hospitalisation à temps complet en psychiatrie	2,1	2,5
– hospitalisation à temps complet	24,9	28,0
– maison d'enfants à caractère sanitaire	2,4	3,0
– maison d'enfant à caractère social ou foyer de l'enfance	2,1	2,0
– lieu de vie	0,9	0,6
– autre	6,3	6,0
Autres accompagnements et suivis		
• Professionnels en libéral (psychologue, orthophoniste, kinésithérapeute, psychomotricien, infirmière en libéral, autre libéral)	54,8	56,2
• Professionnels de l'hôpital (psychologue, orthophoniste, kinésithérapeute, psychomotricien)	16,8	21,3
• Consultation hospitalière	15,6	17,7
• Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	16,9	13,0
• Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)	20,0	23,7
• Centre médico-psychologique (CMP)	9,8	12,4
• Réseau aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED)	5,4	5,3
• Auxiliaire de vie scolaire	9,6	7,0
• Auxiliaire de vie à domicile	3,1	2,0
• Soutien scolaire	6,9	6,9
• Éducateur en action éducative en milieu ouvert (AEMO)	4,6	3,8
• Autre	15,2	11,3

Sources • Enquête Trajectoires des enfants passés en CDES, DREES.

■ TABLEAU 5

Répartition des intervenants selon la déficience confondu toutes périodes de suivi par un SESSAD

en % du nombre de suivis

Nature des intervenants	Déficience psychique	Déficience intellectuelle	Déficience motrice	Ensemble public SESSAD
Kinésithérapie	1	13	68	23
Orthophonie	30	46	44	40
Psychomotricité	36	47	47	45
Ergothérapie	5	10	68	22
Autre rééducation	11	8	15	14
Un suivi par un psychologue	55	43	42	44
Une aide apportée par un éducateur spécialisé	59	48	61	50
Une aide apportée par un enseignant spécialisé	26	11	19	19
Des actes médicaux spécialisés	0	4	12	4

Lecture • 23 % des jeunes ayant été accompagnés par un SESSAD ont bénéficié d'au moins une intervention de kinésithérapeute dans le cadre du suivi par le SESSAD. 13 % des déficients intellectuels ont bénéficié d'au moins d'une intervention de kinésithérapeute dans le cadre d'un suivi SESSAD.

Sources • Enquête Trajectoires des enfants passés en CDES, DREES.

Pour en savoir plus

- Bouquet C., Ancreai, 2007, « Les trajectoires des enfants passés en CDES », *Études et Résultats*, DREES, n° 576, mai.
- Lo S-H., 2007, « L'appréciation des parents sur la prise en charge de leur enfant handicapé », *Études et Résultats*, DREES, n° 565, mars.
- Scheidegger S., Raynaud P., 2007, « Les caractéristiques des handicaps en fonction de leur période de survenue », *Études et Résultats*, DREES, n° 559, mars.

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.

Les interventions des SESSAD reposent sur une équipe pluridisciplinaire

Pluriprofessionnelle, 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, entretiens, 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 (tableau 5). Les jeunes déficients psychiques ou moteurs sont plus nombreux à avoir bénéficié d'interventions d'éducateurs spécialisés (respectivement 59 % 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.

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 (entretien psychologique, orthophonie, etc.).

Support pour mobiliser l'environnement familial pour 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 également sur d'autres lieux, mais de manière plus marginale, selon le déclaratif des parents : sur un lieu de sport ou de loisir (4 % des suivis), à la crèche (1 % des suivis) ou encore au domicile de l'assistante maternelle, à l'hôpital, dans un établissement médico-social, une bibliothèque, un centre médico-social, un CMPP, un 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. ■

vient de paraître

LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ un panorama pour l'année 2004



Cet ouvrage présente les principales données relatives au système hospitalier français : elles portent sur les équipements, personnels et financements qui concourent aux différentes prises en charge par les établissements, ainsi que sur leur activité et leur clientèle.

Les fiches thématiques comportent chacune une sélection de tableaux, graphiques et cartes accompagnée d'un commentaire présentant les traits les plus caractéristiques des domaines abordés.

publication annuelle consultable sur :
<http://www.sante.gouv.fr/drees/donnees/es2004/es2004.pdf>