



Etude régionale sur les SESSAD

Etude commanditée par l'ARS Bretagne



Réalisée par le CREAI de Bretagne



Janvier 2013

Etude réalisée par le CREAI de Bretagne :

Rachelle LE DUFF, Conseillère technique

Pascal THEBAULT, Directeur

Jean-Yves BROUDIC, Conseiller technique

Pascaline FEUILLET, Stagiaire en Master Professionnel Expert Démographe

Anne LE DREN, Conseillère technique

Virginie ORHANT, Assistante

Pour l'Agence régionale de Santé (ARS) Bretagne

Éléments de contexte	6
Méthodologie.....	8
Principaux enseignements	12
I - L'offre SESSAD en Bretagne.....	12
II – Public, territoire et orientation.....	15
II-1. Public et orientation.....	15
II-2. Territoire et orientation	25
III - Les parcours des enfants accompagnés par les SESSAD	28
III-1. L'avant admission en SESSAD.....	28
III-2. Les sorties.....	51
IV - La mise en œuvre des missions	65
IV-1. L'approche globale	66
IV-2. Les ressources humaines	67
IV-3. Description des mises en œuvre des missions	72

Éléments de contexte

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (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 ».*

La note de cadrage de la Recommandation de Bonnes pratiques de l'ANESM relative aux SESSAD¹ vient réaffirmer le champ d'intervention des SESSAD :

« En assurant un soutien spécialisé en milieu ordinaire, les Sessad sont des acteurs essentiels du processus d'inclusion.

Pour un Sessad, accompagner la socialisation d'un jeune handicapé, c'est l'accompagner dans le développement de ses relations aux autres, dans des interactions avec des milieux de vie et d'activité non spécialisés, et plus largement dans sa vie sociale aux différents âges et la préparation de sa vie d'adulte, professionnelle notamment.

¹ L'accompagnement par les Sessad, de la socialisation, de la formation et de la scolarisation des jeunes en situation de handicap. En cours

La socialisation est constituée d'appartenances multiples : la famille, le quartier de vie, la structure d'accueil petite enfance, le centre de loisirs ou de vacances, le club de sport ou d'activité artistique, l'établissement scolaire ou de formation professionnelle, etc.

La formation en milieu ordinaire, et notamment la scolarisation, sont des composantes essentielles de la socialisation des jeunes handicapés. Après la petite enfance, l'inscription sociale de tout enfant ou adolescent est d'abord une inscription scolaire. La scolarisation renvoie aux apprentissages et à l'accès au socle commun de connaissances, ainsi qu'à l'intégration à la communauté scolaire, puis à la communauté professionnelle.

L'accompagnement de la socialisation se situe au fondement de l'action des Sessad. Celle-ci recouvre trois dimensions – thérapeutique, éducative et pédagogique – déclinées spécifiquement pour chaque jeune dans son projet personnalisé, en référence à son projet de vie, à son plan personnalisé de compensation et intégrant la mise en oeuvre de son projet personnalisé de scolarisation ».

D'autre part, le rapport conjoint IGF/IGAS d'octobre 2012 a rappelé l'importance des SESSAD dans la reconfiguration de l'offre médico-sociale. Le rapport évoque les progrès faits en matière d'analyse de l'offre en termes quantitatifs à partir de l'exploitation des taux d'équipements et de la dépense par habitant. Mais il met aussi en évidence que la mesure des inégalités réduite à une étude par les taux d'équipements, constitue une approche trop limitée, si elle n'intègre pas la dimension qualitative de l'analyse des besoins et des pratiques. Cette étude vise à contribuer à cette meilleure connaissance pour offrir des leviers d'ajustements.

Les objectifs de l'étude

Dans un contexte de forte pression de la demande d'accompagnement par les SESSAD, l'ARS de Bretagne a souhaité disposer d'une meilleure lisibilité sur les pratiques des SESSAD.

L'ARS de Bretagne a confié au CREAI de Bretagne la mise en œuvre d'une étude régionale avec comme objectifs :

- 1. Identifier les orientations vers les SESSAD (critères d'orientation, adéquation des caractéristiques des modalités de prescription au niveau des MDPH)*
- 2. Etudier les durées d'accompagnement, repérer les spécificités et identifier les facteurs explicatifs*
- 3. Dresser la typologie des modalités d'accompagnement et repérer le caractère hétérogène ou non des modalités d'accompagnement et principales différences observées*
- 4. Analyser l'organisation des passages de relais entre acteurs médicosociaux*
- 5. Identifier les situations et modalités de complémentarités entre SESSAD et acteurs de pédopsychiatrie*

Méthodologie

↳ Réunion de cadrage avec le commanditaire

Au préalable, une réunion avec les représentants de l'ARS Bretagne concernés par cette étude a permis de préciser les objectifs de l'étude et ses enjeux et ajuster la méthodologie proposée.

↳ Le comité de pilotage

Le comité de pilotage animé par le CREAI Bretagne s'est réuni à 4 reprises :

- **Au début de la démarche** : pour valider la méthodologie, stabiliser le calendrier des prestations, ...
- **A l'issue de la phase d'analyse des données collectées par questionnaire** pour une présentation des données recueillies (deux réunions),
- **Au cours de collectes de données**, afin de présenter les premiers enseignements des entretiens auprès du personnel de 16 SESSAD et proposer les groupes d'analyse qualitative
- **A la fin de l'investigation** pour valider le rapport final et les préconisations.

Ce comité de pilotage regroupe :

- des représentants de l'ARS Bretagne
- des représentants de l'Association régionale des SESSAD,
- des représentants de MDPH
- de l'Inspecteur Conseiller Technique du Recteur pour l'Adaptation scolaire et la Scolarisation des élèves Handicapés - Rectorat de Rennes

↳ Les phases de l'investigation et calendrier

Phase 1 : Phase exploratoire

Une analyse documentaire à partir d'un corpus de productions récentes sur les 5 dernières années (actes des journées nationales et régionales SESSAD, diverses publications sur les SESSAD, productions écrites issues des groupes de travail de l'Association régionale des SESSAD et échantillon de rapports d'activité de SESSAD, rapports d'activité des 4 MDPH de Bretagne) a permis de dresser un état des lieux des connaissances et des représentations sur les aspects suivants :

- pratiques d'orientations vers les SESSAD
- durée de prise en charge par les SESSAD
- passage de relais en amont et en aval de SESSAD
- modalités d'accompagnement ou nature de prestations mises en œuvre par les SESSAD
- organisation des complémentarités entre SESSAD et acteurs de pédopsychiatrie

Cette analyse documentaire a fait l'objet d'une synthèse dont les enseignements ont contribué à l'élaboration des outils de collecte de données (questionnaires, grilles d'entretien, ...)

Phase 2 : Collecte de données auprès de l'ensemble des SESSAD

Pour dresser une photographie des durées de prises en charge en SESSAD et disposer d'éléments de connaissance sur les passages de relais d'une part et sur les complémentarités avec les acteurs de la pédopsychiatrie, une investigation par questionnaire auprès de l'ensemble des SESSAD a été mise en œuvre.

Le questionnaire, sous forme de fichier excel, adressé à l'ensemble des SESSAD, en distinguant les différents agréments, a permis de collecter les informations suivantes :

- les admissions pour la période 2007-2011 : il a été demandé aux SESSAD de renseigner sur la période récente, les situations admises au SESSAD : date de la première notification, date d'admission, date de naissance, situation avant admission, commune de domiciliation, déficience principale... Ces données ont permis de calculer l'âge à l'admission, la durée d'attente avant admission. Elles ont été croisées avec le type de déficience, le mode de scolarisation, l'âge, ...
- les sorties pour la période 2007-2011 : il a été demandé aux SESSAD de renseigner sur les 5 dernières années scolaires, les situations sorties du SESSAD : date de la première notification, date d'admission, date de sortie, date de naissance, situation à la sortie, déficience principale ... Ces indicateurs ont été croisés avec le type de déficience, le mode de scolarisation, l'âge, ... Ces données ont permis de calculer l'âge à la sortie, la durée d'accompagnement.
- les complémentarités SESSAD/acteur de pédopsychiatrie : nombre de jeunes faisant l'objet d'une double prise en charge, nature de cette double prise en charge, motifs, ...

Phase 3 : Phase qualitative auprès d'un panel de SESSAD et de leurs partenaires

Des entretiens auprès d'un panel de 16 SESSAD

Afin d'identifier **les facteurs explicatifs aux disparités observées** lors de la phase quantitative notamment en matière de :

- Pratique d'enregistrement en liste d'attente
- Durée d'accompagnement
- Parcours en amont et en aval du SESSAD
- Complémentarités avec les acteurs de pédopsychiatrie

des entretiens semi-directifs auprès d'un panel de SESSAD ont été réalisés.

Ces entretiens visaient également à analyser les **pratiques d'orientation vers les SESSAD** : point de vue des équipes de SESSAD sur les critères qui fondent l'orientation vers leur SESSAD, appréciation de l'adéquation des orientations aux besoins des enfants concernés, identification de pratiques d'orientations SESSAD par défaut et contexte de ces orientations, ...

Enfin, ces entretiens ont permis de dresser une **typologie des modalités d'accompagnement des SESSAD** et d'examiner les spécificités et facteurs explicatifs à ces spécificités. Au regard des missions réglementaires des SESSAD et de la recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM «L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les SESSAD», il s'agissait d'identifier comment ces missions se déclinent en domaines de missions ou type de prestations. Au regard des spécificités des publics accompagnés mais aussi de leur environnement, quelles activités ou prestations mettent en œuvre les SESSAD, mais aussi la nature et l'intensité de l'accompagnement en fonction du moment de l'accompagnement. Les facteurs facilitateurs/obstacles à la mise en œuvre de ces modalités d'intervention (ressources humaines, partenaires, locaux, ...) ont été recherchés.

Un panel de 16 SESSAD a été construit et validé en comité de pilotage selon critères suivants : type clientèle (mono-pluri-agrément), zone rurale/urbaine, taille du SESSAD, rattaché ou non à un établissement, offre du territoire d'implantation du SESSAD, spécificités de projets de service (prise en charge précoce, insertion professionnelle).

	22	29	35	56	Bretagne
Déf. Intel-lectuelles	Les Alizés, St Brieuc	Le Poher, Carhaix	Les Ajoncs d'Or, Montfort sur Meu	SESSAD ADAPEI 56 antenne de Lorient SESSAD du Scorff	Grafic
TED		SESSAD Bohars	SESSAD Mille Sabords Rennes		
ITEP		SESSAD Massé Tévidy-Morlaix	SESSAD du Bas Landry Rennes	SESSAD du Scorff Lanester	
Déf motrice	SESSAD CHM Plérin			SESSAD A Denn Askell Lorient	
Déf auditive			SSEFIS Fougères	SSEFIS Gabriel Deshayes Auray	
Déf visuelle	SAAAIS PEP St Brieuc	SAAAIS IPIDV, Le Relecq Kerhuon			
	3	4	4	4	1

Afin de croiser les regards et prendre en compte la pluridisciplinarité des services, étaient sollicités pour ces entretiens collectifs : un représentant de la direction, un représentant thérapeutique, un représentant éducatif, un représentant du service social (si présent dans le service) et un représentant pédagogique (si présent dans le service).

↳ Des entretiens auprès de partenaires et d'usagers

Des entretiens complémentaires ont été conduits auprès d'un panel de partenaires et d'usagers.

- MDPH (3 MDPH sur 4)
- Enseignants référents (1 à 2 enseignants référents par département)
- Professionnels d'établissements scolaires ou du champ de la formation professionnelle
- Professionnels de pédopsychiatrie
- Usagers

Lors des entretiens auprès des 16 SESSAD, ont été repérés des partenaires susceptibles d'être contactés pour les entretiens

Phase 4 : Analyse partagée

A partir de constats et de pratiques observés dans le cadre de l'investigation, une réunion de travail avec les représentants des 16 SESSAD du panel du volet qualitatif a été organisée le 18 septembre par le CREAI de Bretagne.

Cette réunion avait pour objectif de partager les propositions de préconisations afin de mesurer les arguments en leur faveur et ceux en leur défaveur ainsi que les pré-requis et limites de ces préconisations.

Pour cela, un représentant de chacun des 16 SESSAD du panel a été invité à la réunion de travail du groupe d'analyse partagée. Le CREAI de Bretagne a animé les échanges autour des axes de réflexion présélectionnés en amont.

A l'issue de cette réunion, le relevé des échanges a été transmis à ces professionnels en les invitant à faire part de leurs observations complémentaires.

Phase 5 : Synthèse et restitution

Principaux enseignements

I - L'offre SESSAD en Bretagne

Fin 2011, la Bretagne comptait 2 411² places de SESSAD auxquelles s'ajoutent les 8 places expérimentales du SACS³ Pas à Pas à Quimper (et donc dans établissement expérimental et non SESSAD selon l'arrêté).

Capacité installée au 31/12/2011

Public	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
Déf. Intellectuelle	237	327	354	239	1157
Autistes	5	25*	30	31	66
TCC	70	57	108	34	269
Déf. Motrice	69	78	69	66	282
Polyhandicap	5			12	17
Déficiência Auditive	85	49	155	66	355
Déficiência Visuelle	46	74	75	45	240
total	517	610	791	493	2411
expérimental		8			
Total général	517	618	791	493	2419

Sources : ARS Bretagne et FINESS

² Source : FINESS 31/12/2011

³ Service d'accompagnement comportemental spécialisé

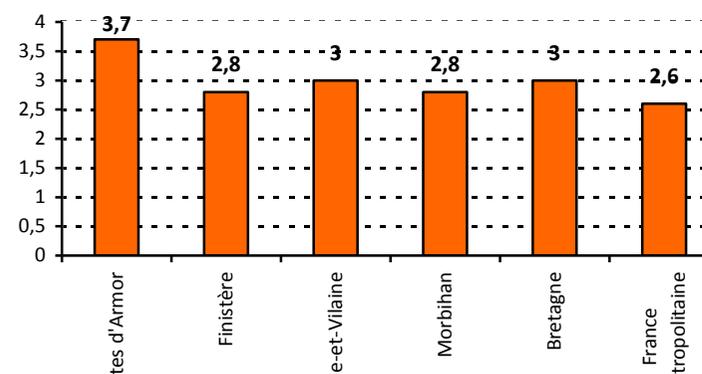
Les 60 places du SESSAD Professionnel Grafic sont comptabilisées en Ille-et-Vilaine du fait de son siège social mais elles se répartissent sur l'ensemble de la Bretagne,

Au 1er janvier 2011⁴, les 77 services bretons représentaient un taux d'équipement en SESSAD supérieur au taux national (3 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans contre 2,6 places en France métropolitaine).

Le taux d'équipement en SESSAD varie de 2,8 places pour 1 000 jeunes dans le Finistère et le Morbihan à 3,7 places dans les Côtes d'Armor, département qui présente une situation plus favorable en taux d'équipement en SESSAD depuis plusieurs années, mais dont les besoins restent prégnants. De plus, ce département présente la particularité d'avoir un seul CMPP avec un agrément restreint (8-20 ans) et l'équipement global en psychiatrie infanto-juvénile le plus faible de la région (source STATISS 2011).

Taux d'équipement en SESSAD au 1er janvier 2011

(source : STATISS 2011)



⁴ STATISS 2011

Les répondants

Sur la base des 77⁵ services répertoriés, 74 agréments entrent dans le champ du volet quantitatif de l'étude régionale et 3 ne peuvent renseigner le questionnaire du fait de leur ouverture ou évolution récente (SESSAD Grafic, SESSAD APF de Redon et SESSAD Bleu Cerise).

Pour ces 74 agréments, 67 questionnaires ont été réceptionnés. L'antenne de Vannes du SESSAD ADAPEI 56 a agrégé ses réponses à celles de l'antenne de Bangor. Ce sont ainsi les réponses de 68 agréments qui ont été réceptionnées (soit 92 % de taux de réponse).

Toutefois, parmi ces 67 questionnaires réceptionnés :

- 1 questionnaire très incomplet n'a pas été intégré à l'exploitation
- 3 questionnaires ont été réceptionnés après l'exploitation des données ; ils ont été intégrés uniquement à l'exploitation cartographique.

Ainsi, 63 questionnaires ont été exploités pour les calculs d'indicateurs et 66 pour la réalisation cartographique.

Malgré les relances, 6 services n'ont pas répondu au volet quantitatif.

Répartition des places autorisées et financées au 30.11.2011 (base : 67 répondants)

Type public	0 à 10]] 11 à 20]] 21 à 30]] 31 à 40]] 41 à 50]	51 et +	Total
DI	1	7	7	6	3	4	28
DI+TED				2		1	3
TED	1		2				3
TCC		4	4		1		9
POL	1						1
DM		1	1	5			7
DM+TSA			1				1
DM+TSA+POL				1			1
DA					1	1	2
DA+TSL						3	3
DV	2	2			1	2	7
autre		1				1	2
Total	5	15	15	14	6	12	67

⁵ 76 services SESSAD répertoriés dans le fichier Finess auxquels s'ajoutent le service expérimental SACS.

II – Public, territoire et orientation

II-1. Public des SESSAD et orientation vers les SESSAD

⇒ Constats issus de l'investigation

- Existence d'une **tension sur l'ensemble de la région par rapport aux effectifs inscrits en liste d'attente** en SESSAD. L'augmentation des effectifs en liste d'attente et de fait des durées d'attente (voir plus loin) est à mettre en perspective notamment avec le développement de la scolarisation des élèves handicapés.
- **Diversité des critères pris en compte pour prononcer une orientation** vers un SESSAD
 - **La pluridisciplinarité** de la réponse de compensation à la situation de handicap

Ainsi, les représentants de la MDPH 35 précise que « *Lorsqu'il y a plusieurs intervenants de soins mobilisés et qu'une coordination est nécessaire, le SESSAD va pouvoir faire le lien entre les différents intervenants. De même, la proposition de SESSAD peut être faite pour éviter l'épuisement de l'enfant qui doit se rendre à de nombreuses consultations après l'école : l'intérêt du SESSAD est qu'il intervient dans les lieux de vie, dont l'école. Ainsi, des rééducations vont pouvoir avoir lieu sur le temps scolaire et non en plus de la journée d'école, tout en veillant à ne pas perturber les temps de cours* ».

De même, la coordinatrice de la MDA56 mentionne que pour les jeunes avec TSL ou TSA, la MDA 56 vérifie qu'il y a eu au moins 2 séances d'orthophonie avant de proposer du SESSAD. Un travail est fait avec le SSEFIS Gabriel Deshayes pour préciser les enfants relevant de leur SSEFIS :

il s'agit d'enfants ayant un besoin d'orthophonie très important ou pour lesquels des besoins autres que l'orthophonie sont identifiés (ex : problème psychologique ou neuropsychologique). De même, pour les enfants déficients moteurs, si le besoin porte uniquement sur des interventions de kinésithérapie, la MDA 56 n'oriente pas vers un SESSAD. La coordinatrice fait part également de familles parfois très demandeuses d'un SESSAD au regard du nombre de déplacements par semaine pour les consultations de kinésithérapie. Toutefois, la MDA 56 rappelle qu'une orientation SESSAD correspond à des réponses pluridisciplinaires. De même, la psychothérapie seule n'est pas suffisante pour prononcer une orientation SESSAD DI. C'est bien la pluridisciplinarité des réponses qui va guider le choix de l'orientation vers un SESSAD.

Pour les déficients visuels, lorsqu'il n'y a plus que des prestations de transcription ou d'agrandissement, se pose aussi la question de la poursuite de l'accompagnement par le service. Or, faute d'autres services pouvant assurer cette compensation, l'accompagnement SAAAIS est maintenu.

Ce pré-requis de pluridisciplinarité est également mis en avant par des SESSAD :

« *Constatant une augmentation de la liste d'attente, une commission a été créée en 2012 et des critères ont été définis dont la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire. Il n'y a pas d'entrée en Sessad s'il n'est demandé qu'une prestation* » (SESSAD A Denn Askell)

- **Le statut d'élève** (Scolarisation possible ou non) :

Si des services peuvent intervenir auprès d'enfants très jeunes non encore scolarisés (exemple : SESSAD Henri Matisse ou SESSAD Trisomie 21 cités par la MDPH 35 ou encore enfants non scolarisés orientés vers un SESSAD par les CAMSP ou l'hôpital Necker, « *situation lourde telle que*

polyhandicap ou situation complexe »), d'autres ont posé comme critères d'admission la scolarisation de l'élève.

Dans certaines situations, lorsque la situation de handicap ne permet pas une scolarisation en milieu ordinaire et relève d'une orientation en établissement médico-social ou en hôpital de jour, une réponse de type SESSAD ne va pas être adaptée.

Toutefois, des représentants de MDPH signalent prononcer parfois une orientation SESSAD pour les situations où les parents ne sont pas prêts à entendre l'orientation vers un établissement médico-social : l'orientation SESSAD est proposée pour préparer l'orientation vers un établissement médico-social. Or, comme le signale la MDPH 35, compte-tenu des 2 ans d'attente en liste d'attente SESSAD, cette pratique d'orientation SESSAD pour préparer une entrée en IME n'a plus de sens. De fait, la MDPH 35 cherche à rencontrer les familles pour les faire cheminer vers l'orientation en établissement sans passer par un temps d'accompagnement par un service.

Une autre représentante de MDPH mentionne la demande de la CDA de prononcer une orientation SESSAD pour des jeunes en attente de place en établissement médico-social. Or, les SESSAD ont également des listes d'attente.

Certains services ont posé le statut d'élève ou d'enfants ayant suffisamment de compétences pour être scolarisés comme pré-requis à l'admission dans leur service.

« Si l'enfant n'est ni scolarisé ni en structure d'accueil, le service s'interroge sur les raisons et s'il y a un besoin d'un accompagnement plus important et dans ce cas l'enfant ne relève pas du SESSAD »

De même, le SESSAD Pro Grafic ne s'adresse qu'aux jeunes pour lesquels l'insertion professionnelle en milieu ordinaire est envisageable, dont des jeunes avec un parcours possible en milieu protégé (ESAT) comme étape vers le milieu ordinaire.

L'enquête ES 06⁶ révélait que fin 2006 **la quasi-totalité des enfants suivis par un SESSAD était scolarisée** : 1 908⁷ enfants, soit 94 % des enfants suivis par un SESSAD, contre 1 299 en 2001 (91 %). Parmi ces enfants, 489 étaient scolarisés en classe d'initiation, d'adaptation CLIS (24 % des enfants suivis par un SESSAD) et 205 en ULIS (10 %). Ils étaient respectivement 385 (27 %) et 87 (6 %) en 2001. Parmi les élèves accompagnés par un SESSAD, 700 étaient donc scolarisés de manière collective, soit 37 % des effectifs.

Enfin, l'enquête commanditée par l'Association régionale des SESSAD révélait que fin 2008⁸, au moins 448 élèves suivis par un SESSAD étaient par ailleurs accompagnés par un AVS, soit 26 % des publics SESSAD scolarisés. Ce chiffre sous-estime la réalité compte-tenu des non-répondants. Parmi les 1035 enfants qui bénéficiaient d'un accompagnement par un AVS en établissement scolaire à la rentrée 2008, ce sont donc **au moins 4 élèves sur 10 bénéficiant d'un AVS qui étaient suivis par ailleurs par un SESSAD**.

Les représentants des MDPH interviewés précisent que le plus souvent les demandes de SESSAD concernent des enfants scolarisés. De plus, lorsque des difficultés sont repérées dans le cadre de la scolarisation, ils constatent que la première réaction est de demander un auxiliaire de vie scolaire (AVS) : *« C'est moins douloureux pour la famille de demander un AVS qu'un SESSAD »*.

⁶ Source : DRASS/DREES, enquête ES 06

⁷ 71 scolarisés dans l'établissement avec intégration scolaire et 1 837 scolarisés exclusivement Education Nationale

⁸ Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) en Bretagne. A propos de ... n°31. Novembre 2009. CREAI de Bretagne

↳ Accompagnement par AVS et/ou SESSAD

Lors de l'examen de demande d'AVS, l'équipe d'évaluation pluridisciplinaire de la MDPH peut s'interroger sur l'intérêt de proposer un SESSAD lorsqu'elle se rend compte que l'AVS ne va pas être une réponse satisfaisante.

Exemple cité par la MDPH 35 : la MDPH peut proposer un SESSAD pour une situation de demande d'AVS pour un jeune bénéficiant d'orthophonie mais où le questionnaire relatif à l'autonomie va révéler d'autres besoins, tels que l'ouverture sur le monde.

Exemple cité par la MDA56 : Pour des enfants avec des problèmes de comportement en classe, souvent il est demandé un AVS. Si l'enfant n'a pas de suivi suffisant (ex : 0,5 j de CPEA/semaine), « l'AVS ne fera que masquer les problèmes : dans ce cas, une orientation SESSAD peut être pertinente, elle permettra de travailler avec la famille ».

Exemple cité par la MDPH 22 : Si l'EPE mesure que l'AVS va faire à la place de l'enfant, c'est que le besoin de compensation est important et la situation relève donc d'un SESSAD et non d'un AVS uniquement. Par exemple pour les enfants TCC qui ne tiennent pas en place, il faut un SESSAD ITEP et non un AVS qui va "bâillonner" l'enfant ».

Dans le Morbihan, si l'équipe d'évaluation pluridisciplinaire de la MDA56 hésite entre un accompagnement par un AVS et un SESSAD, elle peut notifier 6 h d'AVS à requestionner dans l'année via des bilans. Une information est alors transmise à l'enseignant référent qu'une proposition de SESSAD est envisagée et à évaluer en ESS.

↳ Enfants scolarisés en CLIS

Par ailleurs, a été questionné la pratique d'accompagnement par un SESSAD des enfants scolarisés en CLIS.

Dans le Finistère, existaient il y a quelques années, à côtés des CLIS classiques, un modèle de CLIS-SESSAD qui n'existe plus aujourd'hui. Le SESSAD n'intervient plus auprès des élèves de cette CLIS de Lesneven : c'est une éducatrice de l'hôpital de jour de Lesneven qui intervient auprès des élèves de cette classe tous suivis par ailleurs en hôpital de jour.

L'accompagnement par un SESSAD pour les élèves scolarisés en CLIS peut apparaître pertinent, selon les enseignants référents interviewés, pour les situations suivantes :

- « Lorsque l'enfant a des difficultés à tenir une classe un temps long »
- « Lorsque l'enfant a des difficultés d'accès aux soins, n'a accès ni à un CMPP, ni à un hôpital de jour, ni à une prise en charge en libéral ».

La coordinatrice de la MDPH 22 constate que, si par le passé, la CDA se prononçait souvent sur la mise en place de SESSAD DI pour les jeunes orientés en CLIS, alors même que l'EPE ni l'ESS n'avait identifié de besoins de SESSAD, cette pratique n'est plus aussi fréquente au regard des listes d'attente en SESSAD.

– La précocité de l'intervention du SESSAD (avant 6 ans)

Une des missions des SESSAD est d'intervenir, sur notification de la CDAPH, sur les lieux de vie des enfants handicapés, notamment pour « 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

familier de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic, l'aide au développement psychomoteur initial de l'enfant et la préparation des orientations collectives ultérieures ».

Bien qu'ayant majoritairement un agrément pour la prise en charge précoce, l'accompagnement des moins de 6 ans par les SESSAD reste faible. Le nombre de SESSAD concernés par l'accompagnement précoce progresse : il est passé de 19, fin 2006, à 37, fin 2008.⁹

Fin 2006¹⁰, 10 % des jeunes accompagnés par les SESSAD de Bretagne étaient âgés de moins de 6 ans contre 13 % en 2001 (*chiffre à actualiser avec l'enquête ES2011*).

Les SESSAD « déficients visuels » et « déficients auditifs » sont organisés en services spécialisés en fonction des âges (SAFEP pour les moins de 3 ans). Les places « éducation précoce » sont donc dédiées et garanties. A l'inverse, les autres SESSAD couvrent la tranche d'âge fixée par l'agrément (le plus souvent 0-20 ans). Ils ne disposent donc pas de places dédiées.

En Bretagne, chaque département a au moins un SAFEP déficience visuelle (le dernier étant en projet de création en Ille-et-Vilaine (PRIAC 2011 et 2012). A défaut de SAFEP déficience auditive, chaque département breton est pourvu de CAMSP spécialisé déficience auditive.

La part des moins de 6 ans est la plus importante (plus de 50 %) dans les SESSAD pour polyhandicapés.

Il apparait des différences de pratiques entre MDPH quant à l'orientation des enfants âgés de moins de 6 ans vers un SESSAD lorsqu'une prise en charge est assurée par le CAMSP. Ainsi, sur le Morbihan, lorsqu'un enfant

⁹ Enquête CREAI auprès des SESSAD de Bretagne, à la demande de l'Association régionale des SESSAD.

¹⁰ enquête ES06, DREES/DRASS de Bretagne

est suivi par un CAMSP, la MDA 56 n'ouvrira l'orientation SESSAD qu'aux 6 ans de l'enfant, alors même que la plupart des SESSAD ont un agrément 0-20 ans. La MDA 56 fait part de sollicitations de la part d'un des CAMSP du département pour des ouvertures de droit au SESSAD dès le diagnostic (parfois dès 4 ans) pour des situations où le suivi risque d'être long ou en fonction de la situation sociale et/ou géographique. La MDA 56 oriente les jeunes enfants vers un SESSAD sans attendre les 6 ans, uniquement si l'enfant est éloigné géographiquement du CAMSP et qu'il y a un SESSAD à proximité. Ce positionnement qui ne semble partagé ni des CAMSP ni des SESSAD interroge la priorité donnée aux admissions précoces en SESSAD au détriment de situations préoccupantes plus âgées et la durée d'accompagnement en SESSAD lorsque l'enfant est admis dès ses 3 ou 4 ans.

Sur un autre département, un représentant de SESSAD fait état du manque d'anticipation de la part d'un CAMSP sur le passage de relais vers un SESSAD. Or, compte-tenu des délais d'attente, il y a nécessité d'anticiper dès les 3 ou 4 ans de l'enfant, la demande d'orientation en SESSAD et donc l'inscription en liste d'attente, notamment pour les situations lourdes.

– La continuité des soins

La continuité des soins est également un critère mis en avant pour orienter et dans certains cas prioriser les admissions. Il s'agit notamment d'admission de jeunes ayant déménagé d'un autre département dans lequel un accompagnement SESSAD était mis en place.

Les représentants des MDPH interviewés mentionnent suivre le plus souvent la proposition d'orientation émanant des professionnels d'accompagnement (CAMSP, CMPP, établissement médico-social, CMP, ...) : « *l'avis des professionnels d'accompagnement est pris en compte et le plus souvent suivi au regard de la bonne connaissance de ces professionnels de la situation* ».

– La situation familiale

Les représentants de MDPH, comme les enseignants référents ou les professionnels de SESSAD évoquent comme autre critère, la « situation familiale » pour guider le choix de l'orientation. Ainsi, lorsque l'examen de la situation fait apparaître des situations de parents démunis ou démobilisés ayant besoin d'appui pour la coordination des soins et des interventions, un accompagnement SESSAD peut être proposé.

Ainsi, la coordinatrice de la MDPH 22 fait état de situations où les besoins en soins identifiés dans le dossier ne sont pas mis en place (ex : l'orthophonie préconisée n'a pas pu se mettre en place car la famille n'a pas de voiture et ne peut se rendre au cabinet de l'orthophoniste ; la famille a été convoquée 3 fois au CMP et ne s'est pas présentée ...) : « dans ces situations, les familles sont le plus souvent démunies sur le plan social, il y a un besoin d'un service qu'il aille à leur devant, ce que seul fait le SESSAD. Le SESSAD viendra à la famille ».

Toutefois, dans ces situations où la famille ne met pas en œuvre les soins proposés en équipe éducative ou en ESS, selon la MDA 56, l'Assistant du service social ou l'enseignant référent doit suivre la situation pour éviter d'avoir à proposer une équipe pluridisciplinaire de type SESSAD. Il peut arriver de faire des signalements pour défaut de soin. Proposer un SESSAD dans ces situations n'est pas forcément une solution, le SESSAD aura également des difficultés à travailler avec la famille.

Un autre cas de figure mis en avant par la MDPH 35 concerne les situations où à la lecture du dossier, l'EPE identifie un besoin d'étayage parental. Ainsi, pour des situations où l'ouverture sur le monde est interrogée (ex : ouverture aux loisirs), l'EPE croise les enseignements du questionnaire autonomie avec les informations issues de l'Equipe de suivi de scolarisation (ESS) pour voir comment l'enfant est intégré socialement. L'EPE s'interroge sur les freins à l'ouverture sur les loisirs (s'agit-il d'un frein financier ou d'un frein culturel ?) afin d'identifier la compensation à proposer, dont un accompagnement SESSAD.

Lorsqu'une demande arrive à la MDPH, le plus souvent les assistants du service social de la MDPH interrogent les travailleurs sociaux de secteur pour savoir si la famille est connue de leur service et si oui, pour disposer d'un bilan social et éducatif si une mesure éducative est en cours.

Ces situations familiales « plus démunies » sont confirmées également par les équipes de SESSAD :

« Constat d'une augmentation des situations familiales suivies par les circonscriptions de solidarité départementale, avec parfois des parents eux même en situation de handicap psychique (...) 9 enfants sur 60 bénéficiaient d'une mesure éducative en 2011 : 3 avec une AED, 2 avec un AEMO, 4 enfants placement familial). Impact du SESSAD sur l'enjeu de l'aide à la parentalité, un travail d'étayage est enclenché par l'équipe avec le souci de respecter les champs de compétences et de responsabilités de chaque acteur : Educateur AEMO, acteurs du Conseil Général (...) Pour certaines situations, les parents sont démunis pour gérer le parcours de soins de leur enfant, le relais est alors nécessaire et le SESSAD répond à ces besoins de coordination, planification et de cohérence. L'équipe est aussi vigilante pour éviter la « décharge » des parents envers le SESSAD, risque de retrait identifié et travaillé avec les parents » (SESSAD Alizés).

– Le choix des familles

Des professionnels de SESSAD font état du choix de familles de positionner le SESSAD uniquement sur la fonction de tiers expert (présence aux ESS, conseil ... sans prestation éducative ou de rééducations) : il s'agit ici d'un autre type d'intervention de la part des SESSAD mettant en jeu une évolution de la philosophie d'intervention des SESSAD. Les participants au groupe d'analyse partagée font part d'une progression des interventions indirectes en direction de l'environnement

de l'enfant (appui aux AVS, aux enseignants, notamment en collège et lycée, aux structures de petite enfance, aux structures de loisirs ...). Ce rôle des SESSAD d'appui à l'environnement est rappelé dans les recommandations de l'ANESM sur les SESSAD (« positionner le SESSAD comme lieu ressource pour l'environnement »).

– Adhésion des parents et du jeune à un accompagnement SESSAD

Deux des MDPH interviewées font part de l'émergence de demandes de familles d'interventions selon des méthodes spécifiques (ex ABA via psychologue libérale financée sur complément AEEH ou PCH aide humaine). Certaines familles refusent d'aller vers des SESSAD car ils ne mettent pas en place la méthode choisie.

La MDPH élabore actuellement un guide de critère d'attribution de la PCH/AEEH avec notamment les critères suivants qui permettent de prendre en charge les frais liés à des méthodes type ABA, PECS ou TEACCH :

- Cohérence avec projet personnalisé
- Validation par un médecin
- Projet en cohérence avec le Sessad si celui-ci intervient ou une prise en charge en EMS.
- Refus si demande portée uniquement par la famille

Dans le Morbihan, un groupe de travail va se mettre en place pour réfléchir à l'ouverture des compléments de l'AEEH ou de la PCH frais spécifiques aux interventions demandées par les parents telles que les méthodes comportementalistes. Dans quelle limite accorder cette prestation ? dans quels cas ? le forfait de 20 h permis par la PCH ne peut être proposé par les SESSAD.

– La domiciliation du jeune

Les professionnels de SESSAD font état de décisions d'orientation pour des jeunes qui ne tiennent pas toujours compte de la zone d'intervention du SESSAD.

De même, les représentants de MDPH interviewés signalent prendre en compte le lieu de domiciliation des jeunes et les zones d'intervention des SESSAD, avec toutefois des stratégies différentes selon les départements.

En Ille-et-Vilaine, la MDPH reconnaît hésiter parfois, au regard de l'offre disponible sur le territoire, entre une orientation vers un SESSAD Déficience Intellectuelle ou vers un SESSAD ITEP. Ainsi, pour les situations d'enfants TED domiciliés en dehors du territoire du SESSAD Mille Sabords, la MDPH peut prononcer une décision d'orientation, soit SESSAD Déficience Intellectuelle, soit SESSAD ITEP, en fonction des manifestations de troubles. Pour des enfants relevant d'un SESSAD ITEP domicilié sur un territoire dépourvu de ce service (ex : Sud du département), la MDPH 35 joint la liste des SESSAD ITEP du département tout en sachant que ces services ne vont pas pouvoir répondre favorablement car l'enfant est en dehors de leur zone d'intervention.

Dans le Morbihan, pour un enfant « TED » domicilié sur le secteur de Pontivy, territoire non pourvu de SESSAD TED, la MDA56 prononce des orientations « par défaut » afin de faire remonter les besoins en mentionnant « orientation vers le SESSAD de proximité par dérogation d'agrément ». Elle peut alors orienter vers un SESSAD déficience intellectuelle ou un SESSAD polyhandicapés. Elle constate que si certains services donnent suite à cette décision d'orientation par dérogation d'autres refusent ces demandes d'admission (admission non prioritaire dans le service).

La MDA56 mentionne également être sollicitée pour une orientation SESSAD pour un jeune dont le besoin d'ergothérapie ne peut être satisfait

au regard de l'offre en libéral sur le territoire (ex : orientation vers le SESSAD Bleu Cerise à Bréhan (agrément pour polyhandicapés et TED). Ce type d'orientation pose question aux membres de l'EPE de la MDPH, au regard des enfants polyhandicapés en attente de place pour ce SESSAD.

- **Des situations qui seraient plus complexes à évaluer** et qui interrogent la fonction « évaluation ».

Les représentants des MDPH sollicités mentionnent tous, parmi les situations plus complexes à évaluer, les situations avec troubles du comportement ainsi que les situations « limites » entre SESSAD ITEP et SESSAD Déficience Intellectuelle.

Les situations relevant d'un SESSAD ITEP sont également complexes à évaluer. « Lorsque l'enfant est suivi en CMP, CMPP ... a-t-il vraiment besoin en plus d'un SESSAD ? Pour ces enfants, lorsque cela ne se passe pas bien à l'école, faut-il proposer un accompagnement SESSAD parce que seul le SESSAD va se rendre et intervenir dans l'établissement scolaire, notamment avec l'équipe enseignante ? »

Une des MDPH interviewées signale également la difficulté à évaluer les situations avec troubles du langage et fait état d'orientation vers un SSEFIS d'enfants avec des troubles du langage écrit qui relèveraient peut-être plus d'une réponse en SESSAD troubles des apprentissages. Pour certaines situations, il est difficile de savoir entre les troubles du langage oral et les troubles du langage écrit, lesquels sont au 1er rang. De même, la gravité des troubles du langage oral est difficile à appréhender.

Enfin, une des représentantes de MDPH interviewées fait état de « l'effondrement des prises en charge pour les 16-25 ans (...) Les SESSAD ITEP sont agréés jusqu'à 14 ou 16 ans, ce qui interroge la continuité des soins » et pointe les difficultés de relais entre les SESSAD et les services pour adultes (SAVS/SAMSAH).

– Certaines inadéquations dans les orientations vers les SESSAD

Certains SESSAD lors des entretiens ont mentionné être confrontés parfois à des inadéquations dans les orientations, soit au regard de la domiciliation du jeune (hors zone d'intervention du SESSAD), comme cela a été évoqué précédemment, soit au regard de la situation de handicap du jeune. Pour ces derniers, la période d'observation / d'évaluation en début d'accompagnement révèle parfois la pertinence d'une réorientation.

« Les TSA bénéficient d'un accompagnement beaucoup moins long du fait que de nombreux diagnostics s'avèrent plus complexes, pas toujours pertinents et révèlent des dimensions que le SESSAD ne peut prendre en compte (...) Pour les TSA, c'est souvent problématique, des réorientations sont pratiquées au bout de quelque temps (...) Un tiers des enfants TSA accueillis n'ont pas leur place au Sessad, mais pour le constater, il faut bien aussi qu'ils y passent. (...) Pour le handicap moteur également, il y a des orientations pas adaptées, en raison des troubles associés qui s'avèrent parfois plus importants »

Extrait du rapport de CA2011 (pages 14 et 15) : « Comme il n'existe pas pour l'instant dans le département du Morbihan, de dispositif coordonné en consultations spécialisées ayant pour mission de diagnostiquer, de préconiser et d'orienter, un certain nombre de situations d'enfants notifiés vers notre Sessad, ne relèvent pas de Troubles Spécifiques des Apprentissages. Pour certains de ces jeunes, un suivi en CMPP ou CPEA serait plus adapté » (SESSAD A Denn Askell).

Ces inadéquations sont parfois en lien avec des problèmes d'évaluation de la situation pour lesquels il est proposé de pouvoir organiser une démarche d'analyse de la situation des enfants en liste d'attente afin de réorienter si nécessaire la situation :

« Tout dépend de qui a posé le diagnostic TED. Souvent le diagnostic est mal établi, ce qui nécessite au moment de la réception de la décision d'orientation de pouvoir vérifier l'adéquation du profil du jeune (diagnostic TED). Le plus souvent, les enfants ont recours en première intention à un CMP ou CMPP ou encore à un CAMSP, qui vont à leur tour, à un moment donné, avoir besoin de passer le relais vers le SESSAD. Parfois, les enfants sont orientés par l'école qui se rend compte que quelque chose ne va pas et pense alors au SESSAD en première intention. En général, les familles appellent alors le SESSAD pour une présentation de ce qu'est le SESSAD afin de valider la demande d'orientation SESSAD. Toutefois, compte-tenu des listes d'attente, les enseignants référents préconisent aux parents de s'adresser à un CMP, CMPP ou libéral en attendant 1 place au SESSAD. Il arrive aussi que des orthophonistes en libéral conseillent aux familles le SESSAD (...) Proposition : Affiner le diagnostic de TED en amont de l'admission (lorsque l'enfant est sur liste d'attente) afin de le rediriger et qu'il n'attende pas 2 ou 3 ans « pour rien ». Dans les mois qui suivent l'inscription sur liste d'attente, pouvoir proposer une rencontre avec l'enfant et collecter des documents pour s'assurer que le diagnostic est bon » (SESSAD Mille Sabords).

- **Les pratiques d'évaluation**

Au-delà des missions d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseils des personnes handicapées et de leurs proches, les MDPH assurent l'évaluation des besoins des personnes handicapées et l'application de leurs droits. Constituée d'un noyau dur de permanents, avec des compétences pluridisciplinaires (médicales, paramédicales, psychologiques, travail social, enseignement, formation, emploi), l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE), animée par un coordonnateur, a pour mission d'évaluer les besoins des personnes handicapées qui déposent un dossier à la MDPH et d'élaborer le plan personnalisé de compensation

(PPC) qui sera soumis pour décision à la commission des droits et de l'autonomie (CDA).

Dans le cadre de ses évaluations, l'EPE s'appuie sur diverses sources d'informations dont les suivantes :

– **Education Nationale** : bilans scolaires, compte-rendu de l'équipe éducative ou de l'équipe de suivi de scolarisation, via l'enseignant référent,

Le SESSAD A Denn Askell constate une évolution des demandes et des orientations, notamment des demandes d'enfants classés TSA, du fait :

- d'une réduction des filtres dans l'éducation Nationale (médecin et psycho scolaires, et baisse de l'activité des RASED); les professionnels au contact des familles les orientent vers la MDA – MDPH ;

- du fait d'orientation par les CMPP et CPEA.

Le problème est que l'étiquette « handicapé » et TSA est ainsi mise sur des enfants qui ont des difficultés scolaires ; tandis que pour les parents, il est plus facile d'accepter que leur enfant soit considéré comme TSA que Déficiant intellectuel.

– **Bilan des intervenants en place** (CAMSP, CMP, CMPP, établissement médico-social, ...) : l'EPE suit le plus souvent les propositions issues des intervenants. Par ailleurs, des IME ou ITEP peuvent réaliser des journées d'évaluation (travail facturé) à la demande de MDPH afin d'évaluer si l'enfant relève d'un établissement ou d'un service ;

– **Secteur de pédopsychiatrie dont CMP** : pour les jeunes avec une problématique « psy », la MDPH 22 demande aux familles un bilan pédopsychiatrique pour pouvoir se prononcer sur l'orientation. Les familles doivent alors consulter un CMP ou un psychiatre en libéral pour obtenir ce bilan. Dans le Morbihan, un bilan du CPEA est

demandé par l'EPE pour se prononcer sur l'orientation vers 1 SESSAD ITEP. Or, ce passage préalable par un CPEA est remis en cause par des SESSAD ITEP car cela retarde l'arrivée des enfants au SESSAD.

« l'évaluation des situations ne se fait pas toujours bien : sous la pression des référents scolaires, les familles viennent en pédopsychiatrie demander un certificat médical pour demander une orientation SESSAD ou établissement. Ces référents ont tendance à shunter les familles, et en tout cas à shunter le travail d'évaluation en proposant trop rapidement une prise en charge SESSAD alors qu'il y a une attente de 2 ans. Une réunion récente de quelques pédo-psychiatres du CHGR avec la MDPH 35 visait à préciser les modalités d'évaluation et à poser la nécessité de voir un pédo-psy et non pas seulement de disposer de certificat de médecins généralistes. La nécessité du temps de l'évaluation en pédo-psychiatrie a été rappelée : plusieurs rendez-vous avec la famille et l'enfant ainsi que des temps de bilan complémentaire parfois » (partenaire de CMP/hôpital de jour)

– **praticiens libéraux** (orthophoniste, kinésithérapeute, psychologue, ...) : des représentants de SESSAD constatent que parfois le diagnostic de TSL posé par des praticiens libéraux ne se vérifie pas par les professionnels de SSEFIS. Dans le Morbihan, la décision d'orientation pour un SESSAD TSL n'est prononcée qu'après un diagnostic complet réalisé par le CHU ou la Plateforme d'évaluation des troubles sévères du langage de Gabriel Deshayes. Cette organisation a eu pour impact de diminuer les orientations vers le SSEFIS pour les enfants TSL.

– **CRA et équipes associées au CRA** : les équipes de proximité (CAMSP, CMPP, CMP, SESSAD, ...) interviennent en premier recours et sollicitent si besoin l'équipe associée au CRA qui elle-même peut solliciter le CRA.

– **centres de référence pour les troubles sévères du langage et des apprentissages** (CRTLA) du CHU de Rennes (Ille et Vilaine) et le centre

de référence « troubles des apprentissages » de Brest (Finistère). Cette organisation est complétée par le réseau de santé « Arc en Ciel »¹¹ dans les Côtes d'Armor pour les troubles spécifiques des apprentissages des enfants de 4 à 12 ans. Un projet de réseau TSA est également en réflexion sur le Morbihan en lien avec la Plateforme d'évaluation des troubles sévères du langage de Gabriel Deshayes dans le Morbihan.

• **Rôle des SESSAD dans l'évaluation**

Si des IME ou ITEP peuvent être sollicités pour des journées d'évaluation à la demande de MDPH, cette pratique n'est pas à l'œuvre avec les SESSAD en Bretagne. Il arrive à la MDA 56 de notifier pour 6 mois.

Hors région, ont pu être repérées des pratiques d'orientation pour des durées courtes (3 mois) pour réaliser des évaluations. Ainsi, le service Delta 01, dédié aux « Dys » dans le département de l'Ain, allie les principes de fonctionnement d'un SESSAD et d'un service de diagnostic où l'équipe pluridisciplinaire (médecin, ergothérapeute, psychologue, directrice, en lien avec les professionnels libéraux) rencontre l'enfant et sa famille puis se réunit afin d'identifier les troubles qui gênent sévèrement ses apprentissages. Ces deux types d'accompagnement nécessitent une décision d'orientation de la CDA.

Lors de la réunion d'analyse partagée, les représentants de SESSAD ont confirmé l'intérêt de valider la fonction « évaluation » de SESSAD. Les modalités d'exercice de cette fonction restent à définir :

¹¹ Le réseau Arc en ciel a pour objectif une prise en charge qualitative des enfants de 4 à 12 ans présentant des troubles spécifiques des apprentissages (TSA). Il se propose de créer du lien entre les institutions, les professionnels, et les associations concernés par la problématique des troubles des apprentissages, l'enfant et sa famille. Pour fonctionner, le réseau s'est doté d'un médecin coordonnateur, d'une responsable administrative et financière, d'une coordinatrice des soins et d'une secrétaire.

- ✓ via des décisions d'orientation de courtes durées (ex : 3 mois) pour réaliser des évaluations : Le fait de passer par une décision d'orientation de courte durée permettrait, selon les participants à la réunion d'analyse partagée, de clarifier aux familles qu'il ne s'agit pas d'une admission mais d'une période d'observation, ce qui permettrait de ne pas générer de déception.

Les modalités d'intervention des SESSAD, à savoir sur les lieux de vie de l'enfant, dans son environnement, constituent un atout des SESSAD pour conduire des évaluations situationnelles et pas seulement bio-médicales.

→ Préconisations

↳ Réaffirmer la nécessité d'une évaluation situationnelle et pas seulement bio-médicale. Le GEVA, outil réglementaire des MDPH pour conduire leur évaluation, répond à cet objectif d'approche situationnelle. Une déclinaison du GEVA pour la préparation du PPS, appelée « GEVA-Sco » est en cours de diffusion auprès des enseignants pour être renseignée par les équipes éducatives ou celles du suivi de la scolarisation réunies par l'enseignant référent, en présence de l'élève et de ses parents.

↳ Rendre lisible les critères d'orientation vers un SESSAD sur chaque département et harmoniser ces critères sur l'ensemble de la Bretagne. Informer et diffuser ces critères aux acteurs « prescripteurs » de SESSAD (Education Nationale, secteur sanitaire, social et médico-social,)

↳ Renforcer et actualiser régulièrement la connaissance par les membres de l'EPE des MDPH des agréments des SESSAD et de leur spécificité (âge des publics accueillis, zone d'intervention, type de handicap)

↳ Harmoniser les pratiques des MDPH en matière d'orientation lorsque l'offre adéquate n'est pas présente sur le territoire de domiciliation de l'enfant : faut-il orienter en fonction de l'offre existante (réponse de proximité) ou orienter uniquement selon l'offre adéquate sans tenir compte de l'offre existante ?

↳ Identifier une mission « évaluation des situations de handicap » pour les SESSAD

→ Soit via des décisions d'orientation de courtes durées (ex : 3 mois) pour réaliser des évaluations ;

→ Soit via la définition d'un cadre de fonctionnement du dispositif expérimental proposé par le SFEFIS Paul Cézanne généralisé à d'autres SESSAD (cf. présentation plus loin)

→ soit disposer d'équipes mobiles d'évaluation au sein de SESSAD spécialisés, qui fassent réseau entre les acteurs.

II-2. Territoire et orientation

⇒ Constats

- Les arrêtés relatifs aux SESSAD ne définissent pas réglementairement les zones d'intervention des SESSAD. Les services ont défini ces zones notamment lors de leur pré-projet au moment de leur passage en CROSM ou lors de l'actualisation de leur projet de service.
- **Diversité de l'étendue des zones d'intervention des SESSAD et maillage du territoire**

– Des SESSAD avec un rayon d'intervention de 30 à 35 km autour de leurs locaux :

- ✓ Deux cas de figure au sein de ces SESSAD : dépassement de la zone d'intervention (ex : SESSAD A Denn Askell) ou refus d'admission des enfants domiciliés en dehors de la zone (ex : SESSAD Mille Sabords)

« Les parents et enseignants nous demandent d'intervenir sur le nord du département ; on intervient sur Gourin depuis 2 ou 3 ans. On reçoit des notifications au-delà de notre périmètre comme du secteur de Pontivy. Depuis 3 ans, le SESSAD a étendu son périmètre d'action et intervient pour un certain nombre de situations au-delà des 35 km autorisées, entre 40 et 50 km autour de Lorient (Le Faouët, Gourin) » (SESSAD A Denn Askell).

Le SESSAD Mille Sabords (TED, Rennes, intervient 30 km autour de Rennes) témoigne de décisions d'orientation régulières pour des situations d'enfants domiciliés au-delà de son rayon d'intervention, notamment sur le secteur de Redon, pour lesquelles le SESSAD ne peut donner de réponse favorable, ce

qui déçoit les familles. Le SESSAD Mille Sabords serait favorable à passer le relais à des SESSAD DI (cf. ci-après, appui aux SESSAD DI de Fougères et Vitré).

- ✓ Recours ou non à des praticiens libéraux
- ✓ Création d'antennes de services spécialisés : les participants du groupe d'analyse partagée attirent l'attention sur le fait que ces services connaissent déjà des listes d'attente et ouvrir une antenne sur un nouveau territoire ne peut se faire que dans le cadre d'une extension de l'agrément.

– Des SESSAD à vocation départementale (SSEFIS, SAAAIS, SESSAD Adapei 56, SSESAD CHM Plérin hors zone de Trestel et Est du département)

- ✓ Recours ou non à des praticiens libéraux : (exemple : Collaboration et coordination avec orthophonistes libéraux pour SSEFIS) ;
- ✓ Mise en place d'antennes (ex : 4 antennes dont Belle-Ile du SESSAD Adapei 56 ; antenne à Quimper du SAAAIS IPIDV ; antennes du SSEFIS Paul Cézanne)
- ✓ Antenne du SESSD APF 29 dans la Maison de santé pluridisciplinaire au Faou via la location d'une salle 2 demi-journées par semaine pour des consultations médicales, des séances de rééducation, des rencontres familles ...

– Un SESSAD à vocation régionale (Grafic) qui repose sur des antennes et renvoie vers le droit commun en matière de soins.

- **Existence d'une tension entre réponse de proximité et réponse spécialisée**

Les réponses aux questionnaires ont permis de représenter la domiciliation des enfants admis en SESSAD sur la période d'observation, à savoir du 1er janvier 2007 au 30 septembre 2011. Ces cartes déclinées en fonction de la déficience principale des enfants admis sur la période (cf. annexe) donnent une idée du rayon d'intervention des SESSAD par type de public.

Enseignements de l'analyse cartographique :

- Existence de flux inter-départementaux : des enfants domiciliés dans un département sont accompagnés par des services d'un autre département (ex : déficience auditive, déficience visuelle, déficience motrice, troubles envahissant du développement)
- Des zones d'intervention importantes au-delà de 35 kilomètres pour certains services (hors services pour déficiences sensorielles)
- Des zones éloignées de l'intervention des services (ex : pour les déficients moteurs, zone frontalière entre le Morbihan et l'Ille-et-Vilaine. Toutefois, l'ouverture récente du SESSD APF à Redon répondra pour partie à ces besoins)
- Certains SESSAD accueillent des enfants dont la déficience principale n'est pas reconnue dans leur agrément : 2 enfants avec déficience auditives admis dans 2 SESSAD pour déficients intellectuels, des enfants avec troubles envahissants du développement admis en SESSAD pour déficients intellectuels ou en SESSAD ITEP
- Absence d'admissions en SESSAD sur la période d'observation de jeunes avec comme déficience principale une déficience du langage et de la parole sur certains territoires (ex : sud du Finistère). Ce qui questionne le repérage de ces publics et la qualification de leurs troubles)

Des territoires apparaissent ainsi non pourvus en places SESSAD spécialisés (TED, ITEP...).

Sur certains de ces territoires, des SESSAD non spécialisés interviennent, comme c'est le cas en Centre-Ouest-Bretagne avec le SESSAD du Poher de Carhaix auprès de jeunes TED ou TCC : « *le SESSAD de Carhaix fait de la polyvalence, il accueille des jeunes TED ainsi que des enfants avec des notifications SESSAD ITEP* ». Toutefois, l'absence d'agrément pour ces publics constitue un frein à l'orientation de certains enfants vers ce service. L'agrément rend lisible l'investissement du service envers ces publics (formation du personnel, adaptation du projet de service, inscription dans un réseau, ...). Dès lors, il apparaît plus approprié de parler de SESSAD pluri-agréments que de polyvalence.

En Ille-et-Vilaine, des enfants TED peuvent recevoir des décisions d'orientation vers un SESSAD Déficience Intellectuelle lorsque le territoire n'est pas pourvu de SESSAD spécialisé, mais cette pratique ne se vérifie pas sur l'ensemble des départements. Le SESSAD Mille Sabord est intervenu en appui à quelques SESSAD Déficience intellectuelle (Fougères, Vitré) pour accompagner des enfants TED. De même, au regard du nombre important de situations TED présentes sur le bassin rennais, ce SESSAD ne peut répondre à l'ensemble des demandes et interroge la répartition possible avec d'autres SESSAD non dédiés à l'autisme/TED.

Sur d'autres territoires, des SESSAD possèdent plusieurs agréments tels que le SESSAD Adapei de Tréguier (DI/TED), le SESSAD du Scorff (DI/TCC), le SESSAD Interm'aide (TCC, DI, TED) ou encore le SESSAD A Denn Askell (DM, TSA, polyhandicap).

Quels services peuvent s'ouvrir à d'autres agréments ? La problématique concerne les SESSAD déficients intellectuels en zone dépourvue d'offre spécialisée pour enfants TED ou avec troubles psychiques. Si les SESSAD TED ainsi que les SESSAD ITEP reposent pour partie sur des métiers d'éducateurs que l'on retrouve au sein des SESSAD pour Déficients

intellectuels, ces professionnels ont développé des compétences spécifiques via la formation et l'expérience professionnelle et proposent des modalités d'intervention spécifique. Par ailleurs, les compétences médicales et paramédicales de ces services sont plus étoffées que celles des SESSAD pour Déficiants intellectuels. De plus, une orientation SESSAD ITEP nécessite de la réactivité, une mise en place souvent plus en urgence qu'un SESSAD Déficience intellectuelle.

Enfin, l'ouverture de SESSAD Déficience intellectuelle à d'autres publics interroge leur capacité à répondre à ces demandes au regard de leur liste d'attente importante.

Pour des situations d'enfants présentant des combinaisons de handicap, des MDPH prononcent parfois des doubles-notifications (exemple : SESSAD Henri Matisse (Déficience motrice) et SSEFIS de Fougères pour une situation de surdité profonde avec déficience motrice très lourde ; SAAAIS de l'IPIDV avec un autre service). Dans d'autres cas de figure, la co-intervention de deux SESSAD va se faire dans le cadre d'une mise à disposition d'un professionnel (exemple : ergothérapeute du SESSAD APF de Plescop au SESSAD Déficience intellectuelle de Ploermel ; sollicitation de l'ergothérapeute du SESSAD Henri Matisse par le SESSAD Déficience intellectuelle de Montfort). Toutefois, les participants du groupe d'analyse partagée attirent l'attention sur les limites de ces partenariats dès lors que le service sp ecialis e est satur e (« *ce qui est souvent le cas* ») : « *il faudrait pouvoir garantir du temps d'intervention pour ces services sp ecialis es pour assurer cette fonction d'appui aux services de proximité. De la même façon qu'il est propos e des places pour un dispositif d'évaluation et/ou de veille, des places pourraient être réservées dans les services sp ecialis es à cette fonction pôle ressource pour intervenir en appui aux autres sessad* ». Cette pratique de double-notification pour les enfants présentant des combinaisons de handicap, effective sur certains départements est refusée sur le Morbihan suite au positionnement de la CPAM au sein de la CDAPH. Pour ces situations, l'enfant est orient e vers le SESSAD de la déficience principale et ce dernier passe convention avec un

autre SESSAD pour la complémentarité des interventions. L'harmonisation des pratiques necessitera de réinterroger les CPAM de Bretagne.

⇒ **Préconisations**

- Couvrir les territoires en réponse SESSAD :
 - Mettre à plat, par type de public, les zones d'intervention des SESSAD
 - Réinterroger ces zones d'intervention au regard des zones non pourvues
 - Construire des réponses sur les zones non pourvues :
 - Soit installer des antennes de SESSAD sur ces territoires. Pré-requis : vigilance à maintenir les interventions sur les lieux de vie de l'enfant et non faire de ces antennes des lieux de soins et d'intervention ;
 - Soit étendre l'ouverture des agréments des SESSAD DI présents sur ces territoires à d'autres publics (pluri-agréments (DI + TED et/ou TCC). Pré-requis : formation du personnel aux spécificités des publics, spécialisation du projet de service, inscription dans un réseau, information auprès des prescripteurs et des MDPH. Les décisions d'orientation émanant des MDPH doivent distinguer ces agréments.
 - Soit permettre à un SESSAD DI d'intervenir avec l'appui d'un SESSAD sp ecialis e. Pré-requis : Identifier du temps d'intervention dans les SESSAD sp ecialis es pour une fonction d'appui aux autres SESSAD
- ⇒ Ce maillage du territoire necessite des places d ediees compte-tenu des listes d'attente actuelle
- Consolider la pratique de doubles-notifications pour les situations de combinaison de handicap
- Rendre lisibles ces zones d'intervention notamment auprès des MDPH

III - Les parcours des enfants accompagnés par les SESSAD

III-1. L'avant-admission en SESSAD

Les pratiques d'enregistrement en liste d'attente

⇒ **Constat : Hétérogénéité des pratiques des MDPH en terme de transmission de copie de décisions d'orientation aux SESSAD**

Les pratiques de transmission de copie de décision d'orientation diffèrent selon les départements.

Ainsi, la MDPH des Côtes d'Armor n'adresse pas de copie aux SESSAD des notifications pouvant les concerner, ce qui ne permet pas aux services d'aller au devant des familles. La démarche de confirmation de la demande d'inscription doit être portée par les familles.

« Du temps de la CDES, la copie des notifications étaient adressées aux services. La charge de travail des secrétaires de la MDPH n'a pas permis de poursuivre cette pratique. De plus, adresser les notifications aux familles uniquement et pas aux services traduisait une volonté de « remettre la famille à sa place ». Or, on sait que des familles démunies ne font forcément pas les démarches. De fait, quelques adaptations sont mises en place :

- *pour les notifications d'ITEP, transmission de la copie à l'établissement (mais pas pour les ESSAD ITEP)*
- *pour les familles connues des services sociaux, une copie de la décision peut être adressée à l'AS de secteur qui suit la famille. Toutefois, toutes les familles démunies ne sont pas connues des services sociaux et il y a un risque de passer à côté de certaines situations »*

Dans le Morbihan, les copies de notifications sont adressées sans les coordonnées des familles pour information aux services concernés. En principe, la MDA propose deux, voire plusieurs services. Elle souhaite que ce soit la famille qui fasse le choix du service et elle ne mentionne pas les adresses des familles sur les copies. Elle mentionne sur la notification de la famille que l'inscription sur la liste d'admission du service ne peut se faire qu'avec le contact au service. Elle mentionne le nom de l'enseignant référent sur la notification. La coordinatrice de la MDA 56 reconnaît que des familles ne font pas les démarches d'inscription en liste d'attente SESSAD. Là-aussi, les services ne peuvent aller au-devant des familles, mais peuvent prendre contact avec l'enseignant référent.

La MDA établit des notifications d'une durée d'un an pour assurer un suivi de la situation et s'interroger au bout d'un an sur les démarches entreprises par la famille. Lors du renouvellement de la notification, c'est l'enseignant référent qui fera le lien avec la famille pour les accompagner dans les démarches. La MDA 56 constate qu'un tiers des demandes ne sont pas renouvelées au bout d'un an.

En Ile-et-Vilaine, la MDPH transmet la copie des notifications aux services concernés avec le nom et l'adresse de la famille mais pas le numéro de téléphone.

Dans le Finistère, les notifications adressées aux familles leur précisent qu'elles doivent contacter le service pour être inscrite : « Il vous appartient de contacter ce ou ces établissements en vue de l'accueil » et sont accompagnées d'une fiche « demande d'inscription en établissement » à renseigner et à adresser au service demandé. Une copie de la notification est adressée parallèlement aux services et aux enseignants référents.

⇒ Constat : des familles qui ne mettent pas en œuvre l'effectivité de leur droit à un accompagnement SESSAD

Quelque que soit la pratique de la MDPH, il est constaté, tant par les représentants des MDPH que par les enseignants référents interviewés, que des familles ne prennent pas contact avec le SESSAD à réception de la notification.

Ce constat amène à interroger d'une part la compréhension des démarches et des documents qui transitent par la MDPH mais aussi les pratiques de préconisations émanant des CDAPH : ces préconisations sont-elles explicitées ensuite par un professionnel aux familles en vue de les traduire en orientations ?

Il s'agit ici de vérifier le circuit de l'information aux familles, en distinguant les préconisations et les orientations prononcées par la CDAPH : qui informe les familles ? comment ces informations sont comprises des familles ? rôle de la MDPH, des enseignants référents, ...

La MDPH 35 conduit une réflexion en ce sens afin de positionner les enseignants référents comme relais de la décision de la MDPH et plus uniquement sur le recueil des informations.

La durée d'attente en liste d'attente

⇒ Constats

Les pratiques relatives aux dates d'inscription en liste d'attente sont très diverses entre SESSAD mais également au sein d'un même service. Ainsi, ont été identifiées les pratiques suivantes en matière d'inscription sur les listes d'attente :

- date inscription = date notification (19 SESSAD ont cette pratique dans la majorité des situations)
- inscription après notification (21 SESSAD)

- inscription avant notification (3 SESSAD) : des familles contactent le SESSAD avant de faire des démarches auprès de la MDPH pour avoir une présentation du service. Des SESSAD inscrivent cette date de premier contact comme date d'inscription en liste d'attente.
- pas de date d'inscription en liste d'attente (8 SESSAD pour lesquels il n'y a pas systématiquement de date d'inscription)
- tous cas de figure concomitants

Pour calculer la durée d'attente avant admission, nous avons opté pour la référence à la date de notification et non à la date d'inscription en liste d'attente. Toutefois, cette date de notification peut être interprétée de différentes manières : date d'ouverture des droits ou date de réception physique de la notification par le service.

Les enfants admis dans un SESSAD de Bretagne sur la période du 1^{er} janvier 2007 au 30 septembre 2011 ont attendu en moyenne 11,4 mois avant d'être admis dans le service.

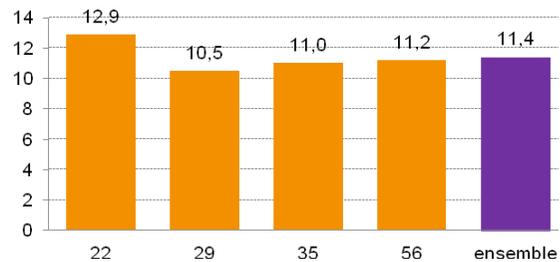
La moitié des enfants ont attendu moins de 9 mois, 21,5 % ayant attendu moins de 3 mois. Mais il y en a tout de même 22 % qui ont attendu plus de 18 mois, et une part non négligeable plus de 2 ans (12 %).

Spécificités (détails en annexe 2.1.) :

- C'est dans les Côtes d'Armor que la durée d'attente est la plus longue (12,9 mois en moyenne) alors même que ce département présente le taux d'équipement en SESSAD le plus élevé de Bretagne. Dans ce département, près de la moitié des enfants ont attendu au moins 1 an avant d'être admis dans un SESSAD (47 % contre 36 à 42 % dans les autres départements).

La part d'enfants ayant attendu au moins 2 ans y est de 16 % contre 10 à 13 % ailleurs. C'est aussi dans ce département que les durées d'attente inférieures à 3 mois sont les moins nombreuses (15 % des enfants contre 23 à 24 % dans les autres départements).

Durée moyenne d'attente par département (en mois)



- Entre la période 2007-2008 et la période 2009-2011, la durée moyenne d'attente avant admission a augmenté, passant de 9,7 à 13,1 mois. En effet, les enfants ayant attendu moins de 9 mois ne sont plus majoritaires : représentant 60 % de l'effectif durant la première période, ils ne sont plus que 40 % durant la seconde. Par contre, la part d'enfants ayant attendu au moins 18 mois a doublé (de 13,5 % à 27 %).

Il faut cependant noter que, sur la période d'observation, certains SESSAD étaient récents, notamment les SESSAD dédiés à l'autisme/TED. L'attente avant admission y était donc très courte, ce qui peut sous estimer la durée moyenne réelle d'attente pour l'ensemble des SESSAD. Ces services sont montés en charge et connaissent aujourd'hui des durées d'attente plus importantes. Par exemple, pour les SESSAD de Bohars et Mille Sabords, sur la période observée les enfants attendaient en moyenne respectivement 10 et 5 mois. En juillet 2012, les enfants qui sont admis ont attendu un peu plus de 2 ans.

- Avec une durée moyenne d'attente de 7,6 mois, ce sont les enfants polyhandicapés qui attendent le moins. Sur la période observée, ils sont une large majorité à avoir attendu moins de 9 mois (70 %) et seulement 8 % ont attendu plus de 18 mois.

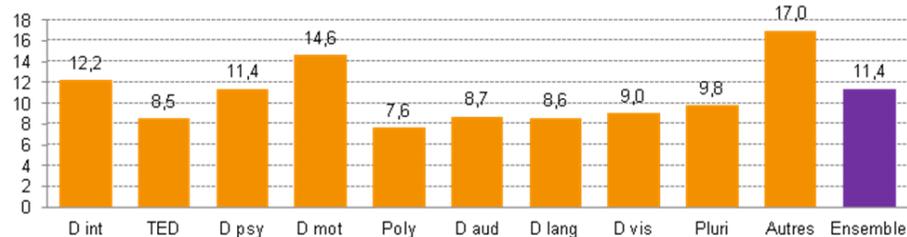
Les enfants avec des déficiences auditives ou des déficiences visuelles attendent en moyenne 9 mois avant d'être admis. Ce sont les déficiences sensorielles qui ont la part la plus importante d'attente inférieure à 3 mois : cela concerne 4 enfants sur 10. Le dépistage précoce de la surdité et de la déficience visuelle peut expliquer cette précocité d'orientation vers les SFEFIS ou vers les SAFEP/SAAAIS, comme l'illustre le SAFEP/SAAAIS IPIDV du Relecq Kerhuon : « *les signes physiques sont parlants dès la naissance, les yeux vont dans tous les sens. Ils peuvent d'ailleurs être remarqués directement à la maternité ou ensuite par le médecin de famille, la vérification de la vue faisant partie des tests à la naissance* ».

Il faut toutefois noter que 16,5 % des enfants avec des déficiences auditives ont attendu plus de 2 ans, ce qui est supérieur aux autres déficiences. Ce dernier constat peut être mis en lien avec le fait que ces SFEFIS accompagnent longtemps les enfants (cf. durée d'accompagnement). Le public se renouvelle donc moins régulièrement.

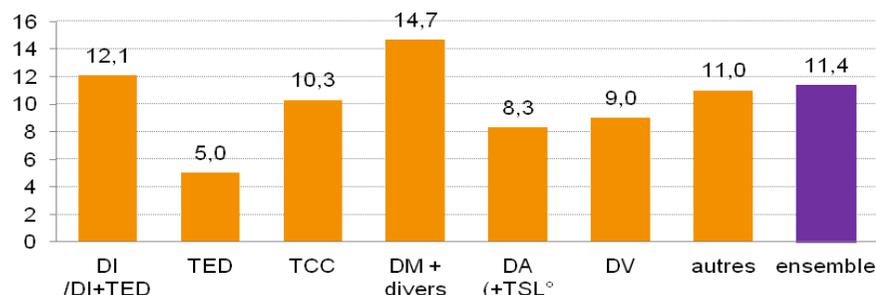
Ce sont les enfants avec des déficiences motrices qui attendent le plus longtemps avant d'être admis : 14,6 mois en moyenne. 57 % d'entre eux ont attendu plus d'1 an et 15 % ont même attendu plus de 2 ans. Avec 1 enfant sur 10 ayant attendu moins de 3 mois, c'est aussi la déficience pour laquelle cette part est la plus faible.

Enfin, comme il a été précisé ci-dessus, la durée d'attente moyenne des enfants autistes/TED calculée est à prendre avec précaution au vu de l'ouverture récente de certains SESSAD les accueillants.

Durée moyenne d'attente par déficience principale (en mois)

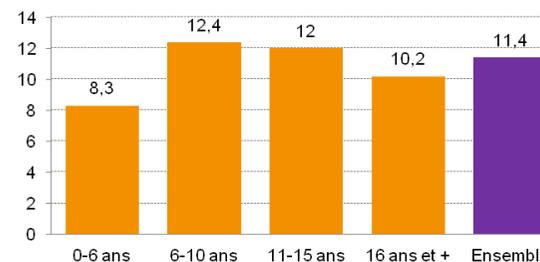


Durée moyenne d'attente par agrément (en mois)



- Ce sont les plus jeunes qui attendent le moins avant d'être admis en SESSAD. En effet, la durée moyenne d'attente est de 8,3 mois pour les moins de 6 ans. Seulement 12 % d'entre eux attendent plus de 18 mois contre 22 à 26 % pour les autres tranches d'âge. Il y a aussi dans cette tranche d'âge une forte part d'enfants ayant attendu moins de 3 mois : 31 % contre 16 à 22 % dans les autres tranches d'âge (à l'exception des 16 ans et plus). On peut citer à ce titre les enfants avec un polyhandicap qui attendent peu avant d'être admis et qui sont aussi ceux dont l'admission est la plus précoce (Cf. âge à l'admission).

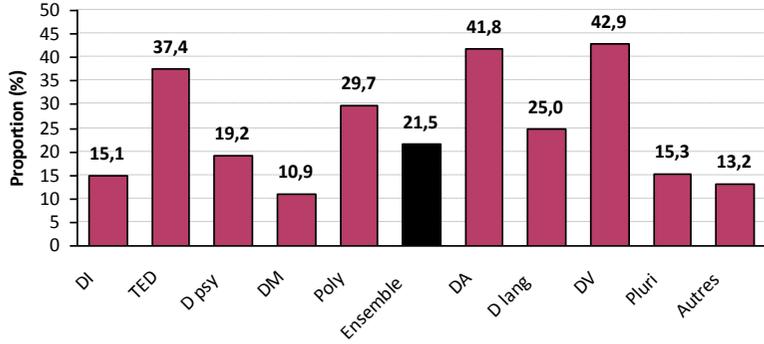
Concernant les jeunes de plus de 16 ans, on fait un double constat : 43 % attendent moins de 3 mois avant d'être admis et 16 % attendent plus de 2 ans, proportions plus importantes que pour les autres tranches d'âge. Pour ces derniers, c'est justement du fait de leur durée d'attente qu'ils sont plus âgés à l'admission. Quand au faible délai d'attente, il est à mettre en perspective avec la proportion de jeunes avec des troubles du psychisme parmi les 16 ans et plus. En effet, ces jeunes viennent majoritairement d'un établissement médico-social. Rappelons que la majorité des ITEP de Bretagne ont un agrément jusqu'à 16 ans¹². La continuité des soins peut alors jouer en faveur de la priorisation des admissions en SESSAD et expliquer ainsi des délais d'attente plus courts. La logique du dispositif ITEP, rassemblant les modalités d'accompagnement SESSAD et établissement, peut être également interrogée comme facteur contribuant à réduire les délais d'attente.



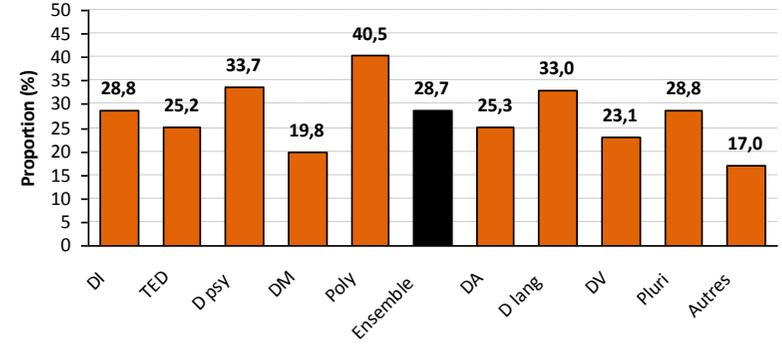
¹² Les ITEP bretons ont des agréments jusqu'à 14 ans (3), jusqu'à 15 ans (2), jusqu'à 16 ans (6), jusqu'à 18 ans (2) ou 20 ans (1).

Durée moyenne d'attente par tranche d'âge (en mois)

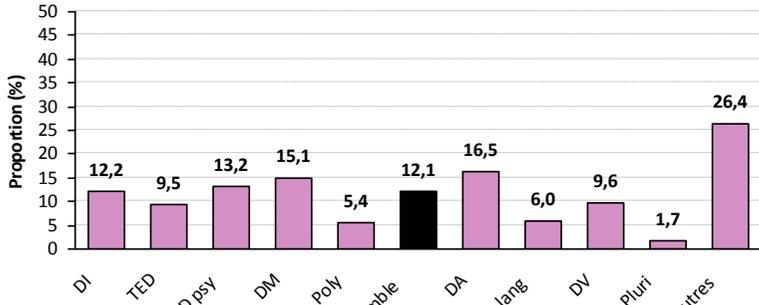
Proportion d'enfants ayant attendu moins de 3 mois par déficience principale



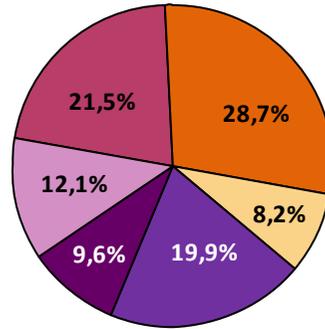
Proportion d'enfants ayant attendus de 3 à moins de 9 mois, par déficience principale



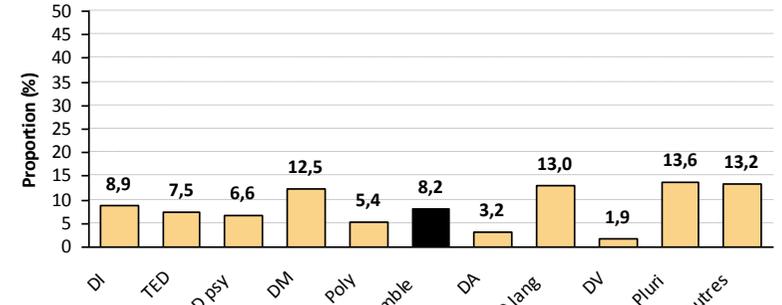
Proportion d'enfants ayant attendus 24 mois et plus, par déficience principale



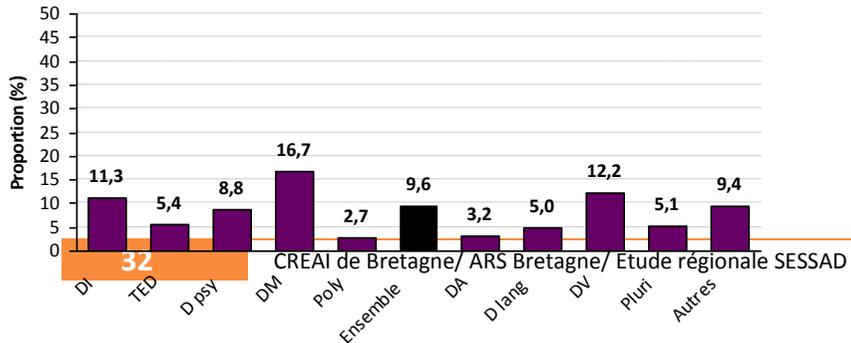
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, selon leur durée d'attente



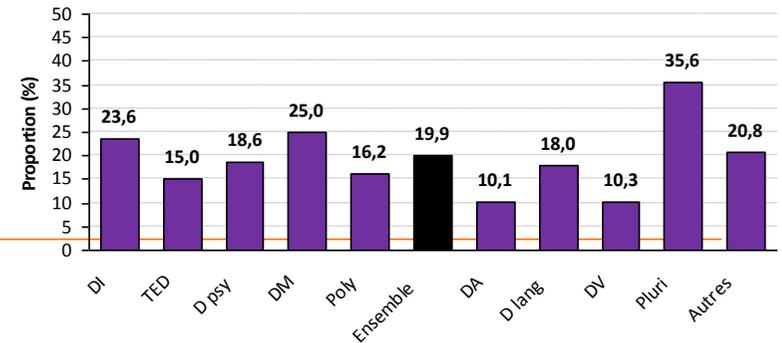
Proportion d'enfants ayant attendus de 9 à moins de 12 mois, par déficience principale



Proportion d'enfants ayant attendus de 18 à moins de 24 mois, par déficience principale



Proportion d'enfants ayant attendus de 12 à moins de 18 mois, par déficience principale



- Moins de 3 mois
- De 3 à moins de 9 mois
- De 9 à moins de 12 mois
- De 12 à moins de 18 mois
- De 18 à moins de 24 mois
- 24 mois et plus

Pratiques d'accompagnement pendant l'attente

⇒ Constat : Hétérogénéité des pratiques des SESSAD vis-à-vis des familles à réception de la copie de la notification

Des services rencontrés dans le cadre du panel adressent, à réception de la copie de notification, systématiquement un courrier aux familles leur invitant à confirmer leur demande d'inscription en liste d'attente auprès du service. Ces démarches leur permettent de constater que certaines familles s'étonnent de cette orientation et ne sont pas en demande d'accompagnement par un SESSAD.

⇒ Constat : Hétérogénéité des pratiques des SESSAD à destination des enfants inscrits en liste d'attente

Lorsque le SESSAD a une liste d'attente, il invite les familles en attente de place à le recontacter régulièrement pour questionner les perspectives d'admission et le maintien de la demande d'accompagnement par le service. Les pratiques des services sont diverses en la matière : contact régulier (au moins une fois par an ou tous les 6 mois) avec les familles (à l'initiative des familles ou à l'initiative du service) ou absence d'initiative du service. Ces contacts sont l'occasion pour certains services de faire un point sur la situation avec la famille et d'apporter quelques conseils. Ils permettent d'identifier parfois que des familles ont trouvé d'autres solutions et ne sont plus en demande d'un accompagnement par le service.

Le SESSAD du Scorff appellent les parents que s'il y a une place disponible. De leur côté, des parents appellent le service : ils sont alors rencontrés durant cette période d'attente. Certains parents sont alors soutenus pour des

démarches vers CMPP, CPEA. Mais l'importance de ce travail n'est pas comptabilisée aujourd'hui, ni le nombre de familles concernées.

Au SESSAD Alizés, la chef de service est la principale interlocutrice des familles et des partenaires. De nombreux échanges téléphoniques et parfois physiques. La direction refuse de participer aux ESS mais autorise des rencontres avec le CAMSP dans la perspective d'une transition. Rencontre avec les parents, visite du SESSAD.

Le SESSAD Mille Sabords apporte ponctuellement des renseignements par téléphone.

Certains SESSAD ne font aucune intervention auprès des enfants en liste d'attente, si ce n'est lorsque l'enfant est scolarisé dans le même établissement qu'un enfant suivi. Dans ce cas, le SESSAD peut être amené à apporter des conseils aux enseignants.

D'autres répondent aux sollicitations des familles (participation à l'ESS, dans un rôle de conseil à la demande des familles) ou de l'école, par au moins une intervention dans l'établissement scolaire pour une présentation du handicap afin de favoriser l'intégration du jeune parmi ses pairs, ou pour des conseils auprès de l'équipe enseignante.

D'autres encore mettent en œuvre un socle minimum d'interventions comprenant la participation aux ESS, un temps d'intervention pour informer sur la situation de handicap dans l'établissement scolaire, un temps d'évaluation de la situation pour identifier les compensations ou adaptations à mettre en place et aider au montage de dossier, ... : il s'agit notamment des pratiques mises en œuvre par le SSEFIS Paul Cézanne via un dispositif expérimental et par le SAAAIS IPIDV via un temps dédié à la gestion de la liste d'attente.

→ **Le Dispositif d'évaluation de la situation de handicap pour TSL mis en place au SSEFIS Paul Cézanne** (Cf. annexe) repose sur l'utilisation de 5 places de l'agrément actuel du SSEFIS pour étudier 40 situations d'enfants en liste d'attente dans l'année, via 5 professionnels du SSEFIS. L'objectif premier de ce dispositif est de proposer des modalités d'intervention auprès des enfants inscrits en liste d'attente. Il s'agit notamment des actions suivantes : passage en commission, participation aux ESS, information sur les TSL/surdité aux établissements scolaires, évaluation et/ou mise en place des logiciels de compensation, entretiens individuels, contacts famille, contacts avec les partenaires (enseignants référents, médecins scolaires, CMPP, ortho libéral ...). Cet accompagnement a permis au service d'apporter une réponse à 47 enfants des 54 enfants inscrits en liste d'attente. Un bilan de l'expérimentation a été présenté à la MDPH et à l'ARS. L'expérimentation est renouvelée pour un an. Cette expérimentation montre la plus value des évaluations *in situ*, de l'approche situationnelle (approche en référence au PPH)¹³ au-delà de l'approche bio-médicale. Ce dispositif interroge les modalités de facturation par la caisse primaire : dans le cadre de l'expérimentation, la caisse pivot a accepté de facturer sans refacturer aux familles les 5 à 7 séances mises en place par le service. Ces enfants sont en liste d'attente et non admis au service. Les prises en charge en libéral ne sont pas prises en compte par le service. L'enjeu, à l'issue de l'expérimentation, consiste à définir un cadre administratif pour pouvoir le pérenniser.

¹³ PPH : Processus de production du handicap : modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne. FOUGEYROLLAS, P., R. CLOUTIER, H. BERGERON, J. CÔTÉ, G. ST MICHEL (1998). Classification québécoise Processus de production du handicap, Québec, Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH)/SCCIDIH, maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne. FOUGEYROLLAS, P., R. CLOUTIER, H. BERGERON, J. CÔTÉ, G. ST MICHEL (1998). Classification québécoise Processus de production du handicap, Québec, Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH)/SCCIDIH,

Un autre effet de ce dispositif est, du fait des 5 à 7 interventions mises en place, d'identifier qu'une partie de ces enfants (un tiers) n'aurait plus besoin de l'intervention du SSEFIS. Ce dispositif permet de distinguer au sein des publics relevant du SSEFIS :

- une population ayant besoin de l'appui du SSEFIS pour mettre en place sur quelles séances (ici 5 à 7) les compensations nécessaires et coordonner les intervenants autour de la situation. À l'issue de cette brève intervention, cette population n'aurait plus besoin d'un SSEFIS et sort de la liste d'attente
- et une population relevant d'un accompagnement plus soutenu : pour ces enfants, l'intérêt du dispositif est de pouvoir mettre en place des premières compensations dans l'attente de l'admission au SSEFIS. Toutefois, à l'issue de ce dispositif, les enfants restent en liste d'attente.

Le SSEFIS Gabriel Deshayes souhaite pouvoir mettre en œuvre ce type de dispositif.

→ **Le SAAAIS de l'IPIDV a, en accord avec l'ARS, dédié un temps de professionnels à la gestion de la liste d'attente** : 0,5 ETP de professionnels (plus particulièrement un ES et un orthoptiste) proposent aux enfants en liste d'attente les actions suivantes : participation aux ESS, conseil auprès des familles en attente, appui pour les demandes de matériel. L'objectif premier de ce dispositif ne vise pas à évaluer les situations mais bien à apporter des premières réponses aux enfants inscrits en liste d'attente relevant tous d'un SAAAIS, afin de mettre en place les compensations sans attendre l'admission dans le service.

Le représentant du SAAAIS des Côtes d'Armor participant au groupe d'analyse partagé souligne l'intérêt de ce dispositif : toutes les situations d'enfants déficients visuels orientés par la MDPH vers un

SAAAIS relèvent bien d'un SAAAIS. Au regard des délais d'attente, il y a nécessité de pouvoir proposer une modalité d'intervention très réactive par rapport à l'entrée à l'école notamment.

→ Ce modèle de temps dédié à l'accompagnement des situations en liste d'attente est également proposé par le SESSD APF du Finistère sous l'intitulé « Dispositif de veille et de coordination de l'accompagnement des enfants inscrits en liste d'attente », projet ayant reçu le label 2012 « Droits des usagers » de la CRSA.

De même, le SESSAD A Denn Askell et le SESSAD APF ont proposé à la DT ARS 56 un dispositif expérimental de places de coordination avec pour objectif de proposer sur l'ensemble du département morbihannais une réponse de type coordination à l'ensemble des enfants ou adolescent (et leur famille) bénéficiant d'une orientation vers un SESSAD de type 24 bis. Cette proposition est issue du constat de délais d'attente avant l'admission de plus en plus longs dans ces services et de l'incidence sur la qualité de vie des familles et de leurs enfants en attente de soins coordonnés. *« Durant cette période, certains enfants ou adolescents ne bénéficient d'aucun accompagnement institutionnel ou voient leur accompagnement s'interrompre (camps, suivi en ambulatoire dans un établissement de santé...). Les familles évoquent des parcours complexes emprunts d'essoufflement, de désarroi..., dispositifs d'aide et de soins illisibles et/ou difficiles à coordonner. Les familles doivent entre autre gérer la logistique des soins de leur enfant avec de multiples rendez-vous. Elles assurent de ce fait le lien avec les différentes institutions et éprouvent nombre de difficultés sans le soutien d'une équipe spécialisée. Ce projet vise à accompagner et soutenir les familles dans cette phase d'attente et a également pour objectif d'apporter des réponses concrètes aux partenaires qui gravitent autour de l'enfant (évaluation de la situation de handicap, proposition d'adaptation, d'aménagement fonctionnel, pédagogique en lien avec le plan de compensation). Plus globalement ce*

projet vise à être un pôle ressource (conseil, soutien, préconisations, orientations) ».

D'autres SESSAD souhaiteraient apporter des réponses de cette nature. Ainsi, le SESSAD du Scorff propose de pouvoir rencontrer les familles et les enfants pour un temps d'évaluation et d'orientation vers une solution alternative en attente d'une disponibilité en SESSAD.

Pratiques de priorisation des admissions

- **Constat : Hétérogénéité des pratiques des SESSAD en termes de critère de priorisation des admissions**

Lors des entretiens et de la réunion d'analyse partagée, les professionnels des SESSAD ont confirmé l'ancienneté d'inscription en liste d'attente comme critère de priorisation des admissions.

- L'ancienneté de l'inscription en liste d'attente :

L'ancienneté d'inscription en liste d'attente étant mentionnée par de nombreux SESSAD comme critère de priorisation pour les admissions, il est apparu intéressant de questionner ce qui faisait référence pour la date d'inscription en liste d'attente.

Le volet quantitatif de l'étude ainsi qu'un des ateliers des journées régionales SESSAD de novembre 2011 à Vannes et les entretiens auprès du panel des 16 SESSAD ont révélé des pratiques très diverses entre les SESSAD en matière d'inscription et de gestion de liste d'attente. Dans certains services, la date d'inscription en liste d'attente correspond à la date d'ouverture de droit précisée dans la notification (avec ou sans contact avec la famille), pour d'autres, c'est la date de réception de la notification. Pour d'autres encore, c'est la date du premier contact avec la

famille qui fait référence pour la date d'inscription en liste d'attente (parfois avant la notification et d'autre fois, après la notification).

Par ailleurs, un professionnel de SESSAD fait état de familles qui prennent contact pour la première fois avec le SESSAD à l'occasion du renouvellement de la première notification arrivée en fin de droit (inscription en liste d'attente dans d'autres SESSAD mais pas dans ce SESSAD) : dans ce cas, c'est dommageable pour la famille. Il serait intéressant que le SESSAD puisse connaître l'historique des notifications pour pouvoir acter de la première notification et pas seulement du renouvellement.

Bien que rappelant que toutes orientations prononcées par les CDAPH sont reconnues au même titre, les professionnels de SESSAD ont fait état lors des entretiens et du groupe d'analyse partagée d'autres critères pris en compte dans le choix des admissions, à côté de ce critère d'ancienneté d'inscription en liste d'attente, à savoir :

- La continuité des soins (déménagement, continuité des soins CAMSP/EMS);
- La précocité des accompagnements (critères d'âge)

Certains SESSAD ont positionné leur projet de service sur l'accompagnement précoce. Ainsi, le SESSAD Les Alizés créé en 1988 à partir d'un redéploiement du personnel de l'IME, avait pour mission de suivre les enfants présentant un retard de développement le plus précocement possible. « Un des objectifs premier est de proposer un accompagnement global le plus précoce possible par un accompagnement global, individualisé de l'enfant et de sa famille ». Bien que dans les faits, l'âge d'admission soit rarement inférieur à 6 ans selon le rapport d'activité 2011, la volonté du service est de se positionner sur une intervention précoce. Dans ce service, les enfants admis sur la période d'observation étaient âgés de moins de 1 an à 12,7 ans au moment de l'admission, dont 23 enfants étaient âgés de moins de 6 ans

(32,4 % des admissions contre 16 % des admissions en SESSAD Déficience intellectuelle).

- La domiciliation géographique du jeune

Lors de la réunion d'analyse partagée, des participants reconnaissent que parfois le choix d'admission va se porter sur une situation plutôt qu'une autre en fonction de la domiciliation du jeune (coût et temps de transport pris en compte). Par ailleurs, un enfant peut être orienté vers un SESSAD au regard de son lieu de scolarisation alors même qu'il est domicilié en dehors du secteur d'intervention du SESSAD, ce qui aura un impact sur le travail avec la famille et le quartier. Est-ce le lieu de domiciliation familiale de l'enfant ou le lieu de scolarisation qui détermine le choix du SESSAD ? Ce choix n'est pas sans impact sur les déplacements des professionnels du SESSAD amenés à intervenir sur l'ensemble des lieux de vie de l'enfant : domicile familial, quartier, établissement scolaire, ...

- La nature ou la complexité de la situation de handicap

Lorsqu'une démarche est mise en place auprès des enfants inscrits en liste d'attente, comme au SAAAIS de l'IPIDV ou au SSEFIS Paul Cézanne, les interventions des professionnels permettent d'évaluer la situation et de prioriser des admissions. Ainsi, au SAAAIS de l'IPIDV, les réunions de direction prennent en compte la gravité de la déficience visuelle ou des problématiques sociales pour prioriser certaines admissions (3 dérogations par an en moyenne par rapport à l'ancienneté en liste d'attente). De même, le SSEFIS Paul Cézanne confirme qu'à l'issue des interventions du dispositif expérimental, une fois que les adaptations sont en place, certains jeunes ne relèvent plus d'un SSEFIS.

- L'équilibre des situations accompagnées, dynamique de groupe

Au regard de l'intérêt des activités collectives en petit groupe pour travailler certaines dimensions des projets personnalisés, le SESSAD peut privilégier un profil plutôt qu'un autre.

Un représentant de SESSAD mentionne également la complexité des interventions auprès des jeunes collégiens et lycéens au regard de leur emploi du temps, critère pouvant également être croisé avec les programmations d'interventions des professionnels du service.

- L'adhésion des parents et du jeune à l'intervention du SESSAD

C'est également l'adhésion de la famille et du jeune et sa mobilisation autour de l'orientation SESSAD qui peut intervenir comme critère de priorisation d'admission en SESSAD. Ainsi, un SESSAD ITEP rappelle l'importance de la mobilisation des trois acteurs, jeune, famille et école, autour du projet pour que l'intervention du SESSAD ait du sens et puisse avoir des effets sur la situation. Pour ce service, les manifestations des parents au courrier adressé par le service après réception de la copie de la notification pour inviter les parents à prendre contact avec le service en vue d'un accompagnement sont révélatrices de leur mobilisation ainsi que leur réactivité par rapport aux entretiens proposés au service.

- **Constat : Hétérogénéité des pratiques des MDPH en matière de gestion des listes d'attente**

Les MDPH ont dans leurs missions, « *le suivi des décisions prises et aide à la mise en œuvre du PPC* ». Cette mission est rarement mise en œuvre par les MDPH, faute de moyens.

Les représentants des MDPH interrogés font état d'une demande aux services d'une remontée d'information par rapport aux inscriptions en liste d'attente et aux admissions. Mais ces informations ne leur sont pas systématiquement communiquées. De même, elles n'ont pas l'information de la part des SESSAD de l'impossibilité de donner suite à une orientation compte tenu de la domiciliation de l'enfant par exemple.

Certaines MDPH aux côtés de l'ARS organisent des réunions rassemblant les acteurs du médico-social afin de faire le point sur les listes d'attente.

La MDPH 35 réunit tous les SESSAD annuellement en juin et octobre (sauf cette année), comme elle le fait pour les IME et ITEP afin de faire le point sur les listes d'attente. Lors des réunions avec les IME et les ITEP, les situations jugées prioritaires sont présentées après avoir été recensées au préalable. Par contre, pour les SESSAD, ce travail d'identification des critères de priorisation des admissions reste à faire.

Dans le Morbihan, la MDA a proposé aux SESSAD de les réunir comme elle le fait pour les IME et les ITEP dans le cadre d'une réunion départementale (CDA section enfant, réunissant MDA, l'ARS, l'EN, des représentants de parents et des établissements) avec tous les services en mai/juin afin d'identifier les admissions possibles des situations repérées en amont par la MDA comme préoccupante. Mais les SESSAD ont refusé cette proposition.

Par ailleurs, la pratique de notification pour une durée d'un an mise en œuvre par la MDA56 pour les premières orientations SESSAD jusqu'à l'admission permet d'assurer un suivi de ces situations. Il est constaté qu'un tiers de ces orientations n'est pas renouvelé l'année suivante, les familles ayant trouvé d'autres solutions, même si ces solutions ne sont pas toujours satisfaisantes.

Dans les Côtes d'Armor, jusqu'à aujourd'hui, la MDPH n'avait pas de pratique par rapport aux listes d'attente en SESSAD et à la priorisation des admissions. Cette pratique supposerait de se mettre d'accord sur des critères de priorisation des admissions. La coordinatrice de l'EPE mentionne que pour des situations extrêmes, elle peut téléphoner au SESSAD pour signaler le caractère préoccupant d'une situation. « *Cela se fait de manière informelle pour les situations dramatiques, mais on ne sait pas si derrière l'enfant est admis. On fait tous un peu cela pour les cas préoccupants* ».

Dans le Finistère, la MDPH 29 réunit également les IME et les SESSAD. L'intérêt d'une telle démarche est reconnu par les participants à la réunion d'analyse partagée mais ces derniers pointent des

dysfonctionnements dans ces pratiques. Les modalités techniques de ces instances (outils, animation,) seraient à revoir.

Les participants attirent l'attention sur le nombre de requêtes sur les effectifs présents ou en liste d'attente émanant des ARS, de l'Education Nationale et des MDPH... ces enquêtes jugées redondantes et non concertées entre ces acteurs sont consommatrices de temps. Il est proposé de faire remonter ce constat au groupe régional « Observation partagée » pilotée par l'ARS dans le cadre du SROMS.

Actuellement, la MDPH 22 n'a aucun moyen de suivre les décisions, mais elle a engagé un travail à ce sujet. Une personne est dédiée au suivi des décisions émises par la MDPH. Il est proposé que tous les mois, les établissements et services médico-sociaux pour enfants transmettent à la MDPH les admissions, les sorties et les inscriptions en liste d'attente. Une réunion d'information est prévue le 29 novembre auprès des directeurs des Etablissements et Services Médico-sociaux du département. La MDPH pourra ainsi croiser les notifications émises et les inscriptions reçues par les structures médico-sociales pour identifier les familles n'ayant pas pris contact avec les structures. Il restera à définir quelles démarches entreprendre alors auprès de ces familles.

⇒ Préconisations

- Harmoniser les pratiques des MDPH par rapport aux notifications :
 - Demander aux familles dès le montage du dossier, leur accord pour transmettre leurs coordonnées aux services qui seront notifiés.
 - Mentionner systématiquement sur les copies des notifications adressées aux services :
 - l'enseignant référent concerné par la situation
 - l'historique des notifications
- Généraliser sur les notifications adressées aux familles la mention

mise en place par certaines MDPH « *il vous appartient de contacter le service en vue pour une inscription en liste d'attente* ».

- Généraliser la pratique de la MDPH 29 de joindre à la notification un formulaire « Demande d'inscription » à renseigner et à adresser au service.
- Positionner et s'appuyer sur les enseignants référents comme acteurs de relance par rapport aux parents pour le suivi de l'effectivité des notifications (ouverture de droits, vérifier l'inscription en liste d'attente). Cette proposition qui fait consensus au sein des participants de la réunion d'analyse partagée, est limitée aux enfants scolarisés dans des établissements conventionnés avec l'Education Nationale (certaines MFR seraient sans enseignant référent, ce qui aussi pose problème).
- Lorsque l'enfant est connu des services sociaux de secteur, réaffirmer le rôle de ces travailleurs sociaux pour mobiliser les familles dans les démarches d'inscription en liste d'attente SESSAD. Une copie de la notification leur est généralement adressée.
- Harmoniser les pratiques des services en matière d'inscription en liste d'attente afin de pouvoir disposer d'outil de lisibilité des situations en liste d'attente (double-compte, effectivité du maintien de la demande après un temps d'attente, adhésion de la famille à la demande de SESSAD...). Partager et rendre lisible des critères communs de priorisation des admissions
- Mettre en place à l'échelle des territoires (agglomérations, pays, territoires de santé, département ?) des instances de régulation des inscriptions en liste d'attente et de priorisation des admissions. Instances animées conjointement par les MDPH et ARS.

Modalités :

- 1) disposer d'outils permettant de croiser efficacement les données (orientations prononcées et inscriptions en liste d'attente, admissions)
- 2) définir des critères de priorisation des admissions permettant de se positionner sur les situations en attente.
- 3) animer une instance de régulation pour statuer sur les admissions.

- Définir et généraliser un socle d'interventions minimal auprès des enfants inscrits en liste d'attente :

- soit un minimum **d'une intervention** dans l'école pour une présentation du handicap et des conseils d'adaptation.

- soit un **socle minimum d'interventions** comprenant la participation aux ESS, un temps d'intervention pour informer sur la situation de handicap dans l'établissement scolaire, un temps d'évaluation de la situation pour identifier les compensations ou adaptations à mettre en place et aider au montage de dossier, ... Sont mentionnés comme références le dispositif expérimental de Paul Cézanne ou le modèle du SAAAIS IPIDV .

Au regard de l'attente avant admission en SESSAD et de la nécessité de réactivité pour certaines situations afin de mettre en place le plus tôt possible les adaptations ou conseils à l'environnement, il est proposé de pouvoir distinguer différentes modalités d'intervention au sein des SESSAD :

– **Dispositif d'évaluation**, sur le modèle du dispositif expérimental de Paul Cézanne ou du temps dédié du SAAAIS IPIDV à la gestion de la liste d'attente ou encore des notifications pour 3 mois pour le service Delta 01 : un socle minimal d'interventions (nombre à définir) comprenant des interventions d'évaluation *in situ* de l'enfant dans ses divers environnements, la participation aux ESS, des interventions

indirectes d'appui à l'environnement, démarche d'ouverture de droits. Ce dispositif permet d'apporter une réponse à minima aux jeunes et à leurs familles. De plus, il permet d'apporter une réactivité que les listes d'attente ne permettent plus.

A l'issue de ce temps d'évaluation :

- soit ce qui a été mis en place est suffisant et des relais ont pu être trouvés si besoin, et le jeune sort de la liste d'attente du SESSAD
- soit le jeune a besoin d'un accompagnement plus conséquent : l'orientation SESSAD est maintenue, il reste en attente d'une place disponible, avec si besoin, le soutien du dispositif de veille (Cf. ci-dessous)

– **Accompagnement « classique »**, où l'ensemble de l'équipe peut être mobilisé, pour des interventions directes ou indirectes, avec en moyenne 3 séances par semaine.

– **Dispositif de veille** : interventions plus espacées du service, pouvant être mobilisé à l'issue du dispositif d'évaluation en attente de place en « accompagnement classique » ou être mis en place dans le cadre de la phase de préparation à la sortie (ce qui se pratique déjà avec une diminution des interventions dans le cadre des projets de sorties). Dans le cadre de ce dispositif, les interventions seraient plus ponctuelles et devraient permettre une réactivité.

Un tel montage pourrait reposer sur une répartition de la capacité actuelle du service, en dédiant une partie de sa capacité au dispositif d'évaluation et au dispositif de veille. Ainsi, si un SESSAD de 40 places dédiait 5 places de son agrément à ces 2 fonctions, il accompagnerait 35 jeunes de manière classique et sur les 5 autres places, il pourrait répondre à un nombre plus important de situations (5 places pour 40 situations dans le dispositif Paul Cézanne). Ce modèle s'apparente au fonctionnement des CAMSP avec leur file active ou encore à celui des SAVS/SAMSAH.

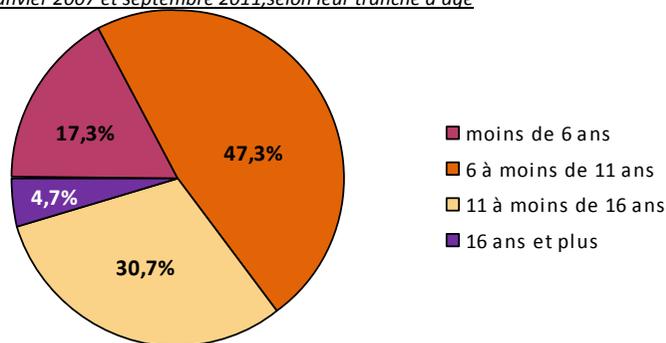
Profil avant admission

Age à l'admission

⇒ Constats

Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne

entre janvier 2007 et septembre 2011, selon leur tranche d'âge



Entre janvier 2007 et septembre 2011, les enfants admis dans un SESSAD de Bretagne sont âgés en moyenne de 9,4 ans.

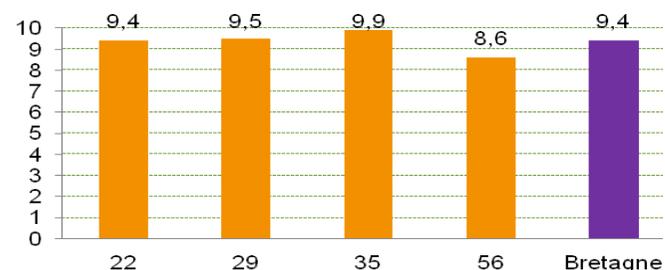
La majorité des enfants ont été admis avant 11 ans (65 %), et une part non négligeable avant 6 ans (17 %). Les admissions à l'âge de 16 ans et plus représentent tout de même 5 % du total.

Spécificités (détails en annexe 2.2.) :

- Avec un âge moyen à l'admission de 8,6 ans, les SESSAD du Morbihan enregistrent les admissions les plus précoces. Dans ce département, la part des admissions précoces (avant 6 ans) est de 25 %

contre seulement 15 à 16 % dans les autres départements. C'est aussi dans ce département que les admissions des adolescents de 16 ans et plus sont les moins nombreuses (1,2 % des admissions contre 3 à 7 % dans les autres départements).

Age moyen à l'admission par département



- Entre la période 2007-2008 et la période 2009-2011, l'âge moyen à l'admission a légèrement augmenté, passant de 9,2 ans à 9,5 ans. Cela est principalement dû à une hausse de la part des 16 ans et plus dans les admissions (de 3,3 % à 5,7 %), tandis que celle des moins de 6 ans a diminué (de 19 % à 16,2 %). Enfin, les listes d'attente ont également un impact sur l'âge à l'admission.

- **L'admission est beaucoup plus précoce pour les enfants avec un polyhandicap ou un pluri-handicap** : en moyenne, ils entrent au SESSAD à respectivement 3,8 ans et 5,6 ans. Dans les deux cas, les admissions précoces sont majoritaires avec 90 % des polyhandicapés et 58 % des pluri-handicapés. Pour les premiers, la totalité des admissions se fait d'ailleurs avant 11 ans. Cela peut s'expliquer par le fait que ces handicaps sont dépistés très tôt chez l'enfant mais surtout par le fait que ces enfants sont le plus souvent réorientés vers un établissement médico-social avec l'avancée en âge.

« Les enfants polyhandicapés entrent souvent ensuite en institution : IME de Caudan ou l'IEM de Kerpape ; le Sessad est pour

eux un sas entre le CAMSP et l'IME (notion de parcours ou filière : Cf. p. 36 du projet de service) » (SESSAD A Denn Askell).

Dans une moindre mesure, les admissions se font aussi assez tôt pour les enfants avec des déficiences motrices puisque 81,5 % d'entre eux entrent en SESSAD avant 11 ans, les admissions précoces étant de 37 %. En moyenne, ces enfants ont 7,7 ans à leur admission.

A l'inverse, les « troubles du psychisme » sont dépistés lorsque l'enfant est plus âgé. L'admission en SESSAD est donc plus tardive, avec des enfants qui entrent en moyenne à l'âge de 11,1 ans. La moitié de ces enfants ont été admis après 11 ans. Les admissions précoces sont logiquement assez faibles (4,5 % de la totalité).

De même, les admissions des enfants avec des troubles du langage se font en moyenne à l'âge de 11,1 ans. Ils sont plus de la moitié à être admis avant 11 ans (54 %). Les entrées au-delà de 16 ans représentent même 12 % de ce public contre une moyenne de 5 %. Dans ce cas aussi, les admissions précoces sont assez faibles puisqu'elles représentent 5 % de la totalité. Le besoin d'accompagnement se fait sentir au fil de la scolarité, lorsque l'enfant ne peut plus compenser seul, comme en témoigne des SESSAD interviewés.

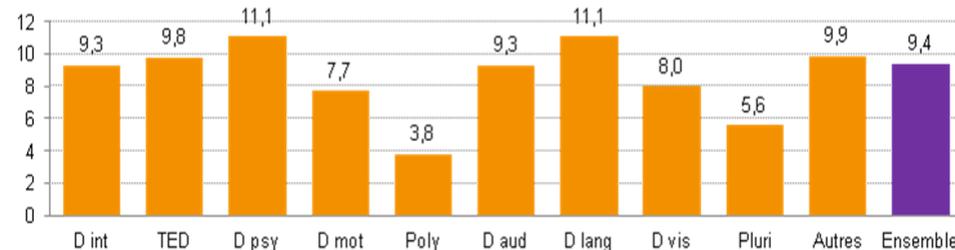
Concernant les enfants avec des déficiences visuelles, l'âge moyen à l'admission (8 ans) cache de grandes disparités : 4 enfants sur 10 ont une admission précoce et 1 sur 10 est admis après 16 ans. Dans les deux cas, ce sont de fortes proportions comparées aux autres déficiences. Cela s'explique par les parcours de ces enfants. Pour certains, le SAAAIS est une porte d'entrée précoce dans le parcours médico-social, pouvant se poursuivre par un passage de relais en SEES. Par ailleurs, le parcours en SEES peut déboucher sur une prise en charge par un SAAAIS, à l'origine de ces entrées plus tardives. Ainsi, un même enfant peut connaître plusieurs admissions entre le SAFEP et le SAAAIS à des moments différents de son parcours.

La suppression des barrières SAFEP/SAAAIS/SEES est souhaitée au profit de plate-forme déficience visuelle pour une réponse plus souple. Que l'entrée dans le dispositif soit validée, mais ensuite,

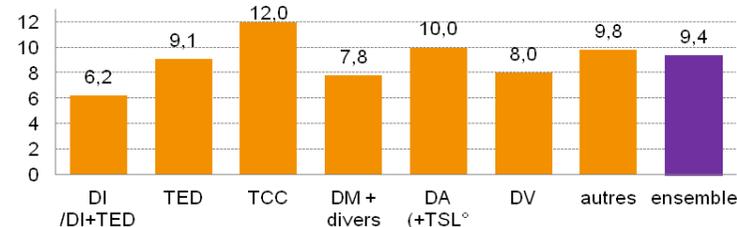
pouvoir avoir plus de souplesse pour passer de l'un à l'autre, sans avoir à attendre la notification (entretien SAAAIS).

On retrouve ce même type de parcours chez les enfants avec des déficiences auditives, à la différence que leur entrée se fait plutôt par l'intermédiaire des CAMSP dédiés à cette déficience (CAMSP qui n'existent pas pour la déficience visuelle). L'admission en SEEFIS se fait donc majoritairement entre 6 et 11 ans (52 %), avec une part d'admissions après 16 ans plus importante que pour l'ensemble des enfants (8 % contre 5 %).

Age moyen à l'admission par déficience principale

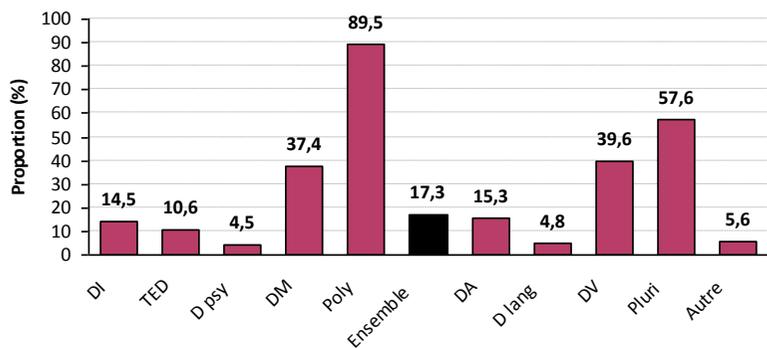


Age moyen à l'admission par agrément

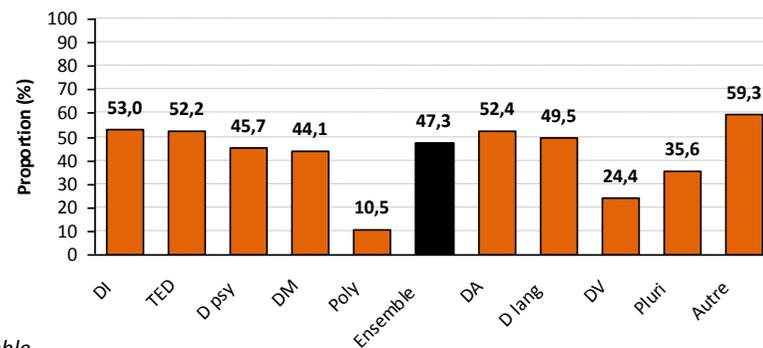


De plus, des services se sont positionnés sur l'accompagnement précoce et privilégient de fait l'accompagnement des enfants en bas âge. Cela est illustré par la part des moins de 6 ans admis au SESSAD les Alizés (32,4 % contre 15,8 % des SESSAD DI) et la durée moyenne d'attente (10,2 mois contre 12,1 mois dans les SESSAD DI).

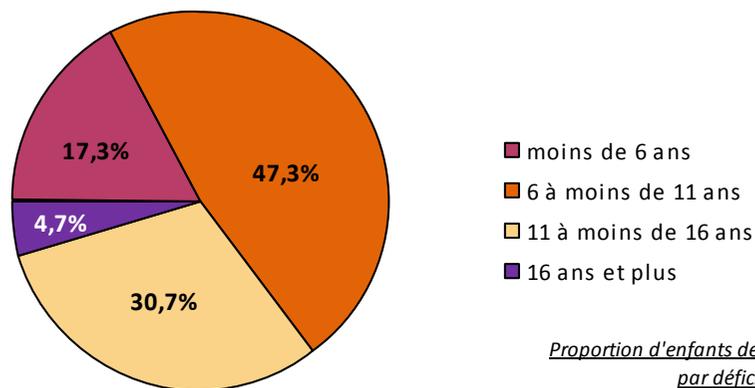
Proportion d'enfants de moins de 6 ans admis,
par déficience principale



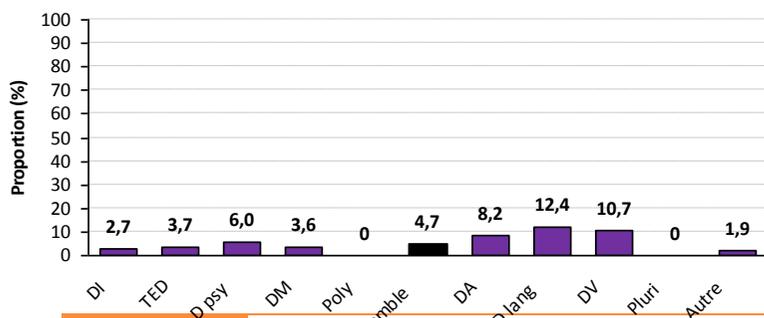
Proportion d'enfants de 6 à moins de 11 ans admis,
par déficience principale



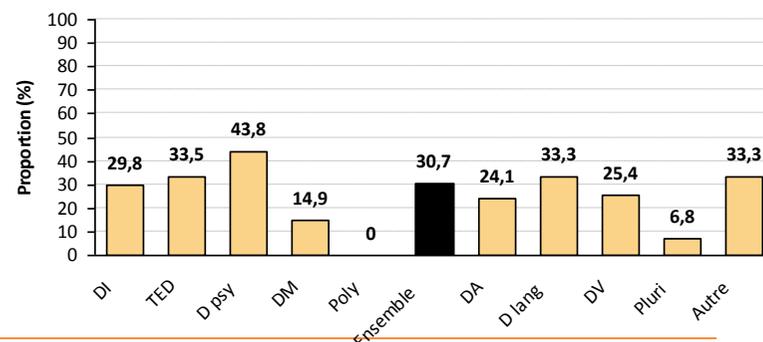
Répartition des enfants admis par l'ensemble
des SESSAD de Bretagne, entre janvier 200
et septembre 2011, selon leur tranche d'âge



Proportion d'enfants de 16 ans et plus admis,
par déficience principale



Proportion d'enfants de 11 à moins de 16 ans admis,
par déficience principale

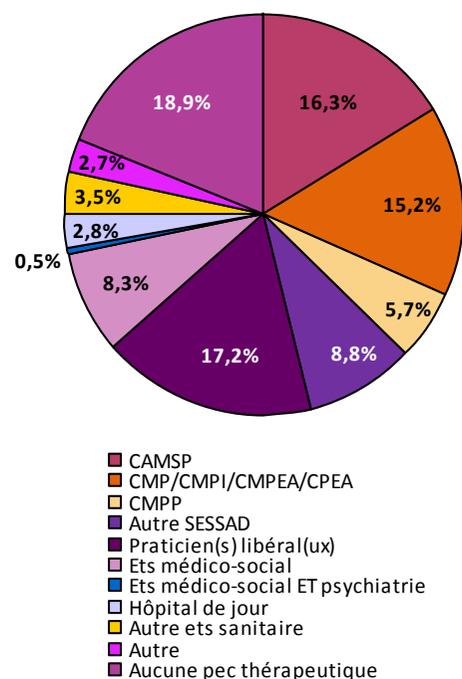


🔗 Nature des prises en charge avant admission

⇒ Constats

Les jeunes admis dans un SESSAD breton entre janvier 2007 et septembre 2011 viennent d'horizons très divers en termes de prise en charge.

Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur prise en charge antérieure



Si 2 enfants sur 10 n'avaient aucune prise en charge avant leur admission en SESSAD, la majorité bénéficiait d'au moins un accompagnement thérapeutique. 16 % ont été dirigés vers le SESSAD par un CAMSP tandis

que 17 % avaient uniquement un suivi dans le libéral. Une proportion non négligeable était auparavant dans le secteur sanitaire : 15 % en CMP auxquels il faut ajouter l'hôpital de jour (3 %) et les autres établissements sanitaires (3,5 %). Enfin, 9 % étaient accueillis dans un autre SESSAD, 8 % dans un établissement médico-social et 6 % dans un CMPP.

Spécificités (détails en annexe 2.3.) :

- Dans les Côtes d'Armor et dans le Morbihan, la part d'enfants n'ayant aucune prise en charge thérapeutique avant d'arriver en SESSAD est deux fois plus importante que dans le Finistère et l'Ille-et-Vilaine (24 à 28 % contre 12,5 à 13 %).

Les SESSAD d'Ille-et-Vilaine accueillent une proportion deux fois moins importante d'enfants venant de CAMSP que les SESSAD des autres départements (9,5 % contre 17,5 % à 22 %). Dans ce département, une partie des CAMSP est adossée à un CMPP et les passages de relais sont plus fréquents vers les CMPP pour ces CAMSP, avec parfois poursuite de l'accompagnement avec un SESSAD. Il y a d'ailleurs 12,5 % des enfants admis dans ces SESSAD qui viennent d'un CMPP, contre 0,2 à 6 % dans les autres départements.

« Aucun enfant ne vient de CAMSP, c'est une spécificité du département. Les CAMSP du département interviennent peu sur les TED. Le réseau pédopsychiatrique en Ille-et-Vilaine a mis en place une réponse adaptée pour une prise en charge précoce. La situation est différente dans le Finistère où des liens très forts existent entre acteurs de pédopsychiatrie et CAMSP » (SESSAD Mille Sabords).

Ce département se caractérise également par une part importante d'enfants venant du libéral (27 % contre 12 à 14 % ailleurs).

Le Finistère se caractérise lui par une plus grande proportion d'enfants venant d'un autre SESSAD (13 % contre 6 à 9 %).

La part d'enfants venant d'un CMPP dans les Côtes d'Armor particulièrement faible est à mettre en relation avec l'offre restreinte en CMPP dans ce département.

- Entre la période 2007-2008 et la période 2009-2011, il n'y a pas eu d'évolution significative de la répartition des prises en charge avant admission.

- Les enfants n'ayant aucune prise en charge avant leur admission sont plus représentés parmi les enfants avec des troubles du psychisme, des déficiences intellectuelles ou des déficiences sensorielles (respectivement 26 %, 23 % et 21 % contre moins de 8 % pour les autres déficiences).

7 enfants sur 10 avec un polyhandicap étaient pris en charge par un CAMSP avant d'entrer en SESSAD, proportion nettement plus importantes que pour toutes les autres déficiences. Cependant, la proportion reste importante pour les enfants avec des déficiences motrices, auditives ou un plurihandicap (34,5 à 40 %).

La moitié des enfants avec des déficiences du langage étaient eux suivis en libéral avant de venir en SESSAD. Cela concerne également 30 % des enfants avec un polyhandicap, contre 7,5 à 19 % pour les autres déficiences.

Les enfants qui étaient pris en charge par un CMPP sont plus représentés chez les enfants avec des déficiences intellectuelles, des troubles du psychisme, des déficiences du langage ou un plurihandicap que dans les autres déficiences (6 à 8,5 % contre 1 à 3 %).

Pour ce qui est des prises en charge en CMP ou hôpital de jour, cela concerne un peu plus de 5 enfants sur 10 avec TED et 2 enfants sur 10 avec des déficiences intellectuelles ou des troubles du psychisme (contre moins de 2 sur 10 toutes déficiences confondues).

Enfin, 15 à 17 % des enfants avec des troubles du psychisme, des déficiences auditives ou du langage se trouvaient dans un établissement médico-social avant d'être admis en SESSAD, contre moins de 7 % pour les autres déficiences.

- Un quart des enfants de 11 à 16 ans n'avaient aucune prise en charge thérapeutique avant le SESSAD, contre 12,5 à 19 % pour les autres tranches d'âge.

Du fait de l'agrément des CAMSP pour un public de moins de 6 ans, il y a plus d'enfants à venir de CAMSP parmi les moins de 6 ans (45 % des admissions) que dans les autres tranches d'âge (17% pour les 6-11 ans et aucun pour les plus de 11 ans).

Concernant le libéral, la part d'enfants ayant ce mode de prise en charge avant d'entrer en SESSAD diminue avec l'âge : de 19 % pour les moins de 6 ans à 8 % pour les 16 ans et plus. Pour ces derniers, le SESSAD est le plus souvent la suite d'un parcours en établissement médico-social (42 %) ou dans un autre SESSAD (15 %), sinon c'est que le handicap n'a pas nécessité de prise en charge thérapeutique (19 %).

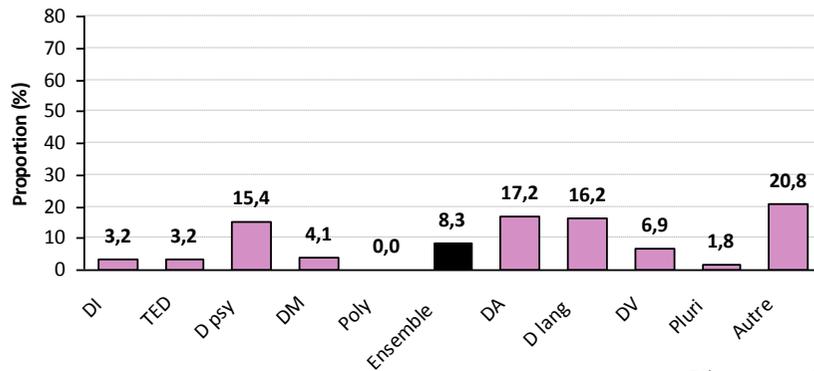
6 à 7 % des enfants de 6 à 16 ans étaient pris en charge par un CMPP, contre 2 % pour les autres tranches d'âge.

Un quart des enfants admis entre 6 et 11 ans avaient une prise en charge en CMP ou hôpital de jour. Cette proportion reste importante pour les 11-16 ans (17 %) mais est plutôt faible pour les autres tranches d'âge (de 3 à 9 %).

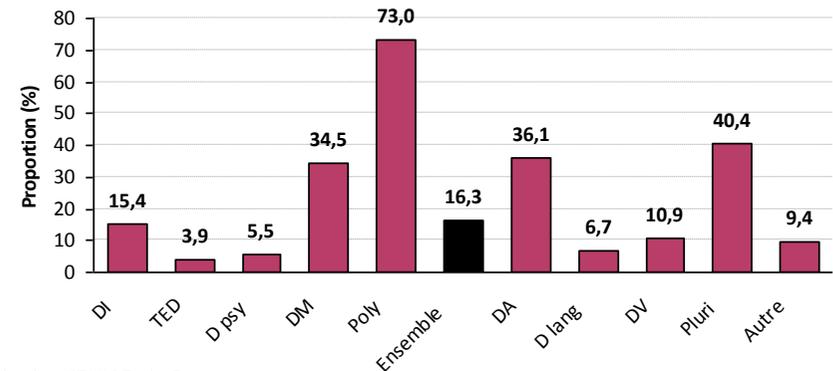
Les enfants venant d'un autre SESSAD sont plus représentés après 11 ans (15 % contre 5 à 6 % avant).

Enfin, 4 enfants sur 10 de plus de 16 ans viennent d'un établissement médico-social. Cette proportion reste non négligeable pour les 11-16 ans (17 %) mais est très faible pour les plus petits (1,5 à 2 %).

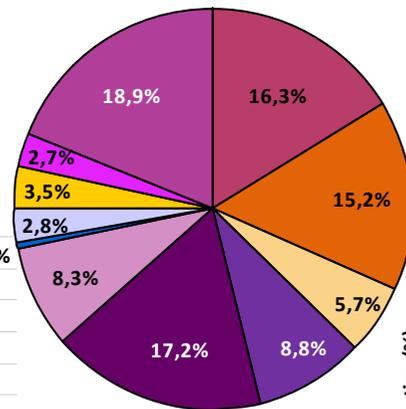
Proportion d'enfants étant pris en charge par un EMS, antérieurement à leur admission, par déficience principale



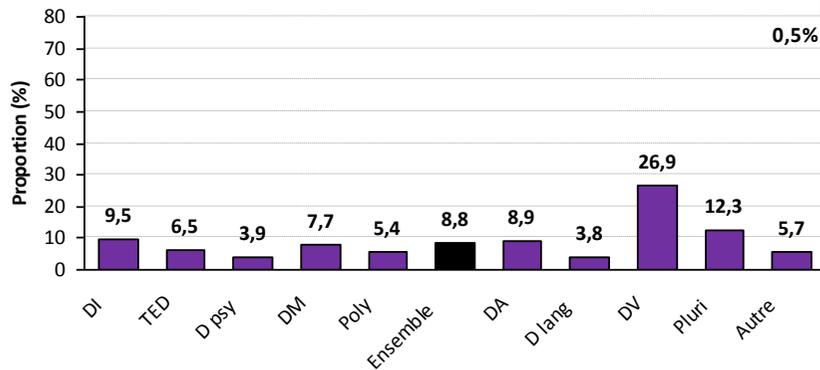
Proportion d'enfants étant pris en charge par un CAMSP, antérieurement à leur admission, par déficience principale



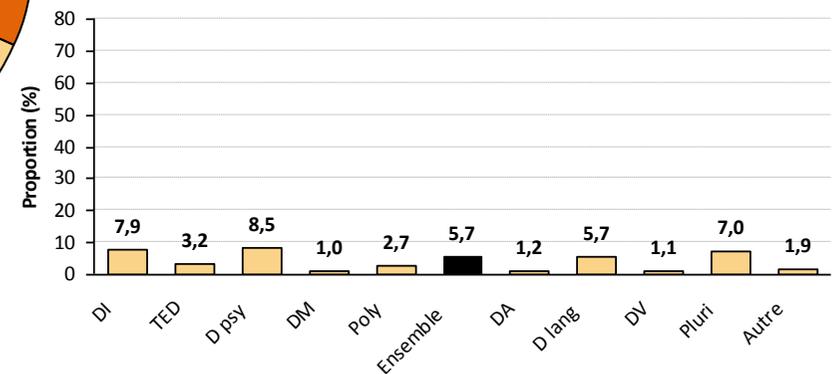
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur prise en charge antérieure



Proportion d'enfants étant pris en charge par un autre SESSAD, antérieurement à leur admission, par déficience principale

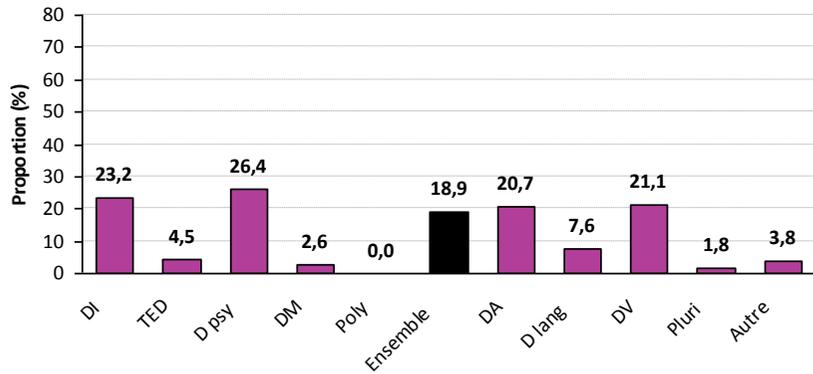


Proportion d'enfants étant pris en charge par un CMPP, antérieurement à leur admission, par déficience principale

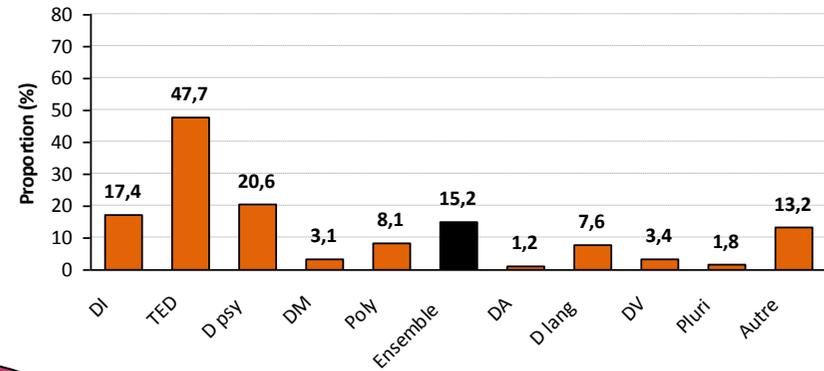


- CAMSP
- CMP/CMPI/CMPEA/CPEA
- CMPP
- Autre SESSAD
- Praticien(s) libéral(ux)
- Ets médico-social
- Ets médico-social ET psychiatrie
- Hôpital de jour
- Autre ets sanitaire
- Autre
- Aucune pec thérapeutique

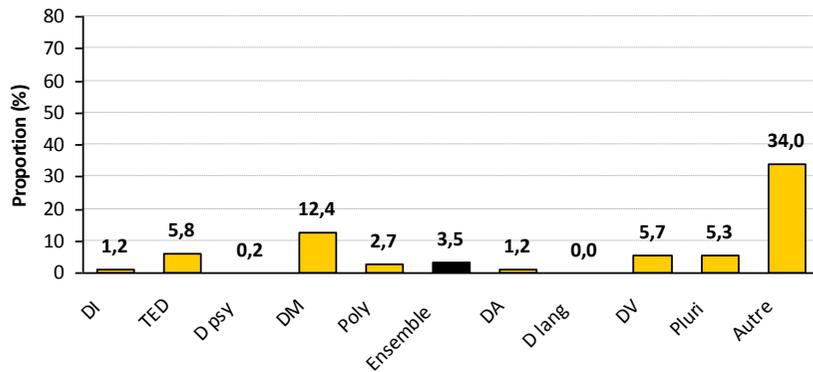
Proportion d'enfants n'ayant aucune prise en charge antérieurement à leur admission, par déficience principale



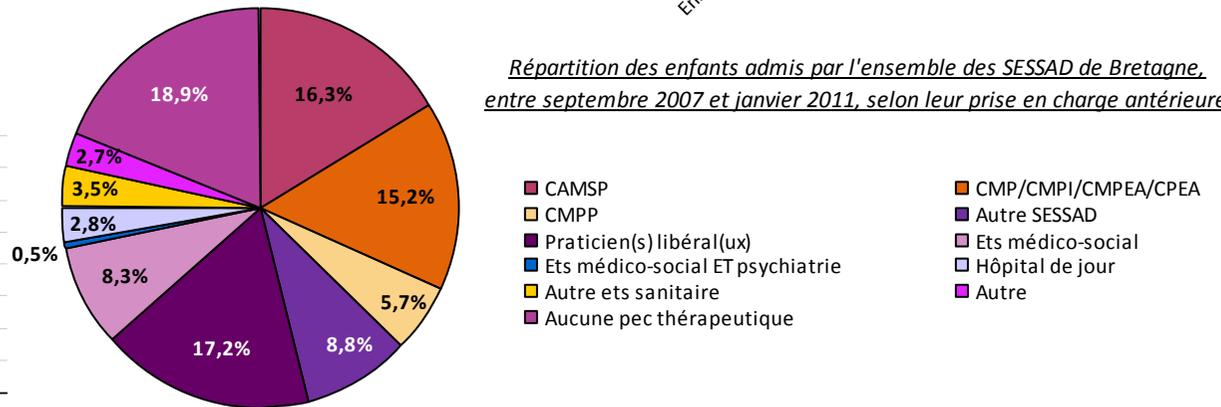
Proportion d'enfants étant pris en charge par un CMP, antérieurement à leur admission, par déficience principale



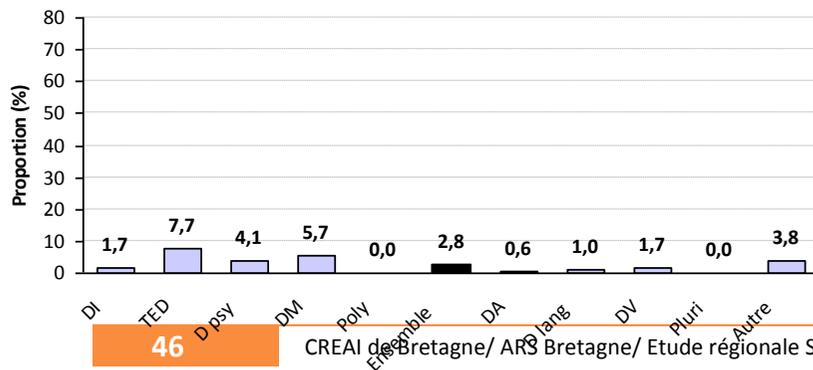
Proportion d'enfants étant pris en charge par un autre établissement sanitaire, antérieurement à leur admission, par déficience principale



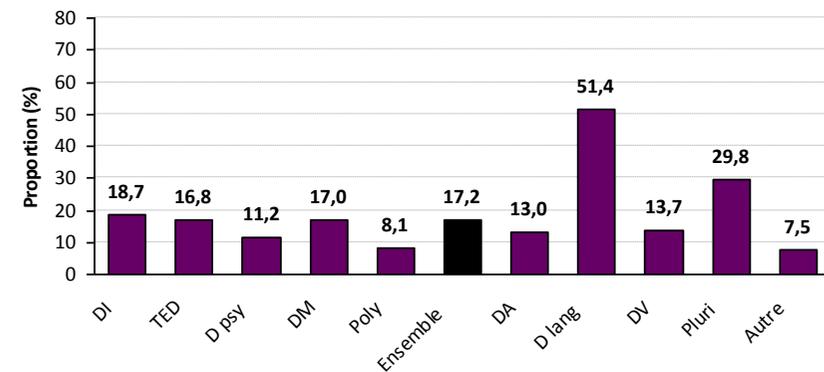
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur prise en charge antérieure



Proportion d'enfants étant pris en charge par un hôpital de jour, antérieurement à leur admission, par déficience principale



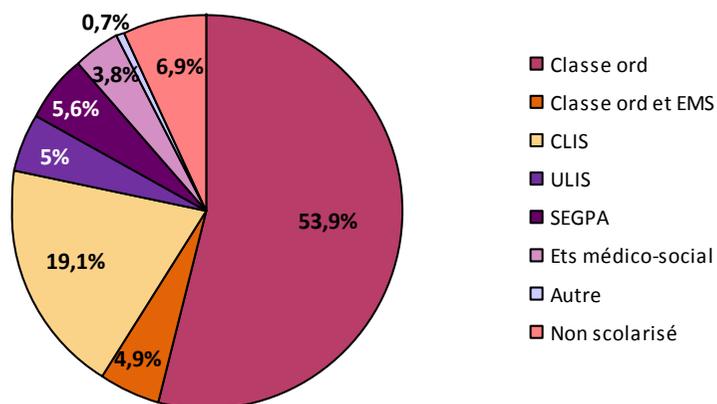
Proportion d'enfants étant pris en charge par un(des) praticien(s) libéral(aux) antérieurement à leur admission, par déficience principale



Situation scolaire

⇒ Constats

Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur situation scolaire avant admission



Les jeunes admis dans un SESSAD breton entre janvier 2007 et septembre 2011 présentent des situations scolaires très diverses à leur admission. Si 7 % des enfants n'étaient pas scolarisés à leur admission en SESSAD, la majorité bénéficiait d'un type de scolarisation.

Cette scolarisation se fait le plus souvent en classe ordinaire (83,6 %), de manière individuelle (53,9 %), collective (24,1 % en CLIS ou ULIS) ou encore en SEGPA (5,6%). Enfin, moins d'un enfant sur 10 était scolarisé dans un établissement médico-social avant son admission en SESSAD (3,8 % étaient scolarisés en établissement médico-social et 4,9 % bénéficiaient d'une scolarisation partagée entre l'Education Nationale et l'établissement médico-social).

Spécificités (détail en annexe 2.4.)

- Le mode de scolarisation avant admission en SESSAD sur la période 2007/2011 est à mettre en perspective avec l'offre de dispositifs de scolarisation existant sur les départements : ainsi, les enfants admis dans un SESSAD finistérien ou costarmoricaïn étaient plus souvent scolarisés en CLIS que les enfants des autres départements (respectivement 22 % et 24 % contre 15 %). Ces deux départements sont également ceux dont les capacités d'accueil en CLIS sont les plus développées au regard de la population de moins de 20 ans. La proportion d'enfants scolarisés en classe ordinaire de manière individuelle varie de 48 % dans les Côtes d'Armor à 61 % en Ile-et-Vilaine. La part d'enfants non scolarisés avant admission en SESSAD est plus importante dans le Morbihan.

Académie	Nombre de CLIS	Nombre d'élèves
En 2010/2011	158 (119 public + 39 privé)	1 737 élèves (1 298 public + 439 privé)
En 2009/2010	159 (121 public + 38 privé)	1 609 élèves (1 207 public + 402 privé)
En 2008/2009	157 (120 public + 37 privé)	1 645 élèves (1 227 public + 368 privé)
En 2007/2008	151 (117 public + 34 privé)	1 583 élèves (1 231 public + 352 privé)
En 2006/2007	150 (117 public + 33 privé)	1 609 élèves (1 256 public + 353 privé)

Source : Rectorat d'Académie de Rennes au 30/09/2011

- Entre la période 2007/2008 et la période 2009/2011, la part d'enfants scolarisés en milieu ordinaire en individuel, a diminué, passant de 57 % à 52 % au profit de la scolarisation collective en milieu ordinaire : 26 % des enfants admis sur la période 2009/2011 étaient scolarisés en

CLIS ou ULIS contre 22 % sur la période précédente. Ce constat est à mettre en lien avec le développement de ces dispositifs de scolarisation.

- Lors de l'admission en SESSAD, la scolarisation en CLIS est plus répandue chez les enfants déficients intellectuels, en lien avec la typologie des CLIS de Bretagne (majorité des CLIS de type TFC). Cette sur-représentation s'observe également pour les enfants avec TED ou avec troubles du psychisme. De même, la part d'enfants venant d'ULIS est plus importante pour ces publics.

	Côtes d'Armor		Finistère		Ille-et-Vilaine		Morbihan		Académie	
	Nb CLIS	Nb élèves	Nb CLIS	Nb élèves	Nb CLIS	Nb élèves	Nb CLIS	Nb élèves	Nb CLIS	Nb élèves
CLIS 1 pour TFC	31 (26+5)	352 (300+52)	47 (36+11)	543 (414+129)	40 (29+11)	488 (353+135)	31 (19+12)	362 (223+139)	154 (116+38)	1 740 1 286+455
CLIS 1 dédiées aux TED (ou troubles de la personnalité ou TSA en 29)	-	-	5 (5+0)	48 (48+0)	1 (1+0)	8 (8+0)	1 (1+0)	8 (8+0)	6 (6+0)	52 (52+0)
CLIS 4 pour TFM (motrices)	-	-	1 (1+0)	4 (4+0)	1 (1+0)	7 (7+0)	-	-	2 (2+0)	11 (11+0)
CLIS 2 pour TFA (auditives)	-	-	2 (2+0)	16 (16+0)	-	-	-	-	2 (2+0)	16 (16+0)
CLIS 3 pour TFV (visuelles)	1 (1+0)	4 (4+0)	2 (2+0)	6 (6+0)	-	-	1 (1+0)	6 (6+0)	4 (4+0)	16 (16+0)
CLIS 4 pour TMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	32 (27+5)	356 (304+52)	57 (46+11)	617 (488+129)	42 (31+11)	503 (368+135)	33 (21+12)	376 (237+139)	168 (130+38)	1 836 1 381+455

Source : Rectorat d'Académie de Rennes au 30/09/2011

Note de lecture : 32 (27+5) CLIS dans les Côtes d'Armor se lit 32 CLIS dont 27 public et 5 privé

La scolarisation en SEGPA est plus fréquente parmi les enfants avec troubles du psychisme (16 % contre moins de 6 % pour les autres déficiences).

La moitié des enfants avec déficience auditive étaient scolarisés en établissement médico-social (55 %) avant leur admission en SESSAD, dont une partie avec scolarisation partagée Education Nationale/établissement médico-social.

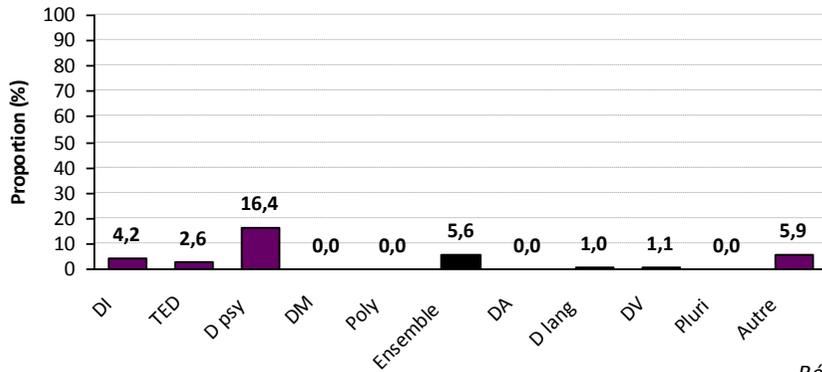
Parmi les jeunes déficients visuels, une part importante est scolarisée en classe ordinaire en individuel (66,5 % contre 54 % de l'ensemble des enfants). A l'inverse, une part non négligeable n'est pas scolarisée (17 %

contre 7 %), en raison notamment de la précocité des admissions (Cf. âge à l'admission).

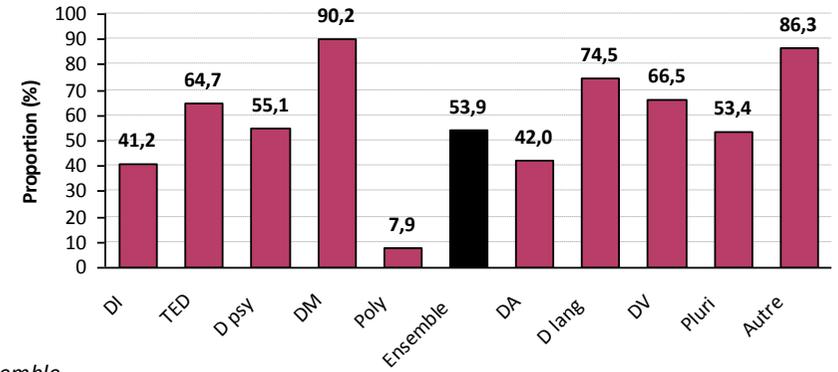
Ce sont aussi les situations les plus « lourdes » qui ne sont pas scolarisées au moment de leur admission en SESSAD : ainsi, 92 % des enfants polyhandicapés et 29 % des enfants plurihandicapés ne sont pas scolarisés, en lien également avec la précocité de leur admission.

Enfin, 9 enfants sur 10 avec déficience motrice étaient scolarisés en classe ordinaire en individuel. Les possibilités de scolarisation collective sont rares pour ce public. Par ailleurs, 75 % des enfants avec déficience du langage étaient scolarisés en milieu ordinaire en individuel : pour ces jeunes, l'école est souvent le révélateur des troubles.

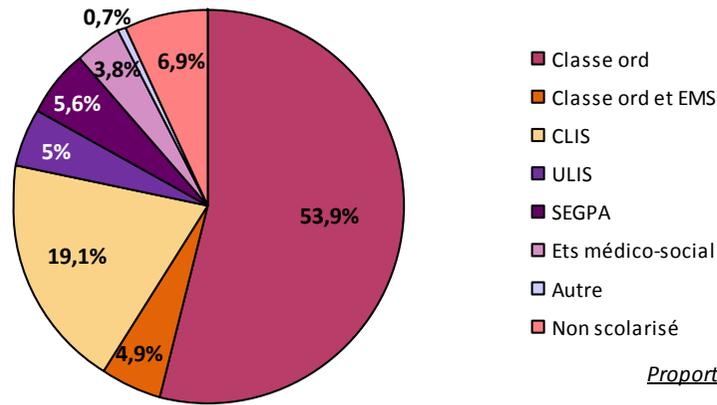
Proportion d'enfants scolarisés en SEGPA à leur admission, par déficience principale



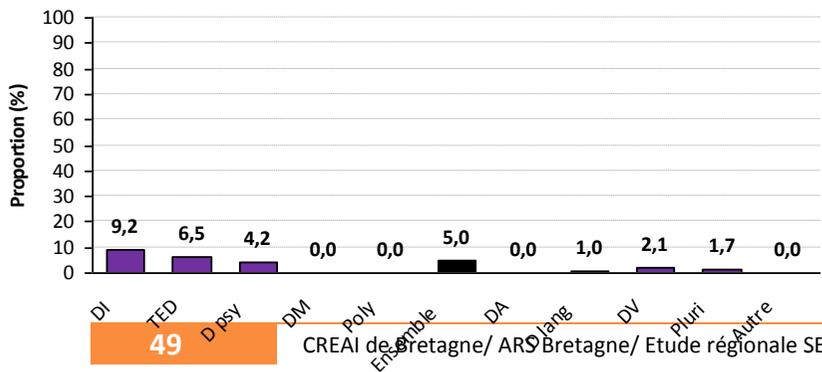
Proportion d'enfants scolarisés en classe ordinaire à leur admission, par déficience principale



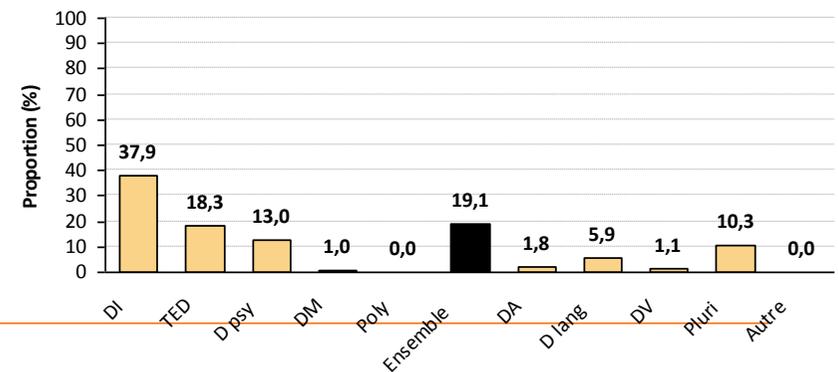
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur situation scolaire avant admission



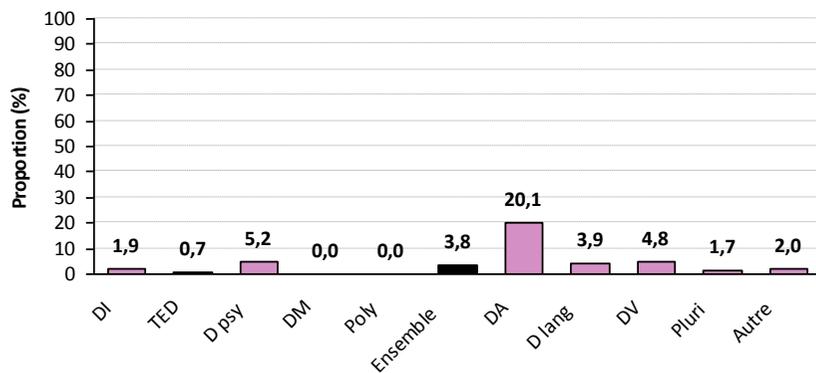
Proportion d'enfants scolarisés en ULIS à leur admission, par déficience principale



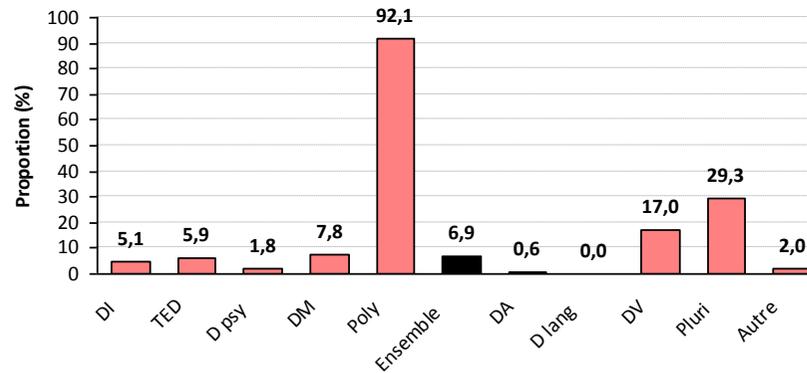
Proportion d'enfants scolarisés en CLIS à leur admission, par déficience principale



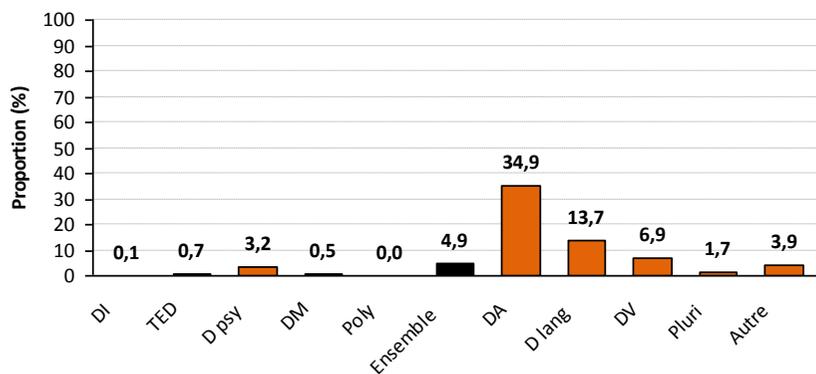
Proportion d'enfants scolarisés en EMS à leur admission, par déficience principale



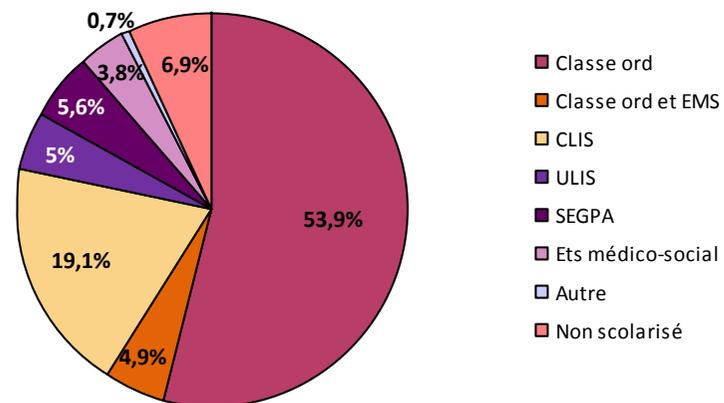
Proportion d'enfants non scolarisés à leur admission, par déficience principale



Proportion d'enfants scolarisés en classe ordinaire et EMS à leur admission, par déficience principale



Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur situation scolaire avant admission



III-2. Les sorties

⇒ Constats

- **Existence d'étapes dans l'accompagnement** des enfants par les SESSAD :
 - temps d'admission/observation ;
 - période de suivi ;
 - temps de préparation à la sortie
- **Constats d'une intensité d'intervention parfois moindre sur la période de préparation à la sortie** pour certains jeunes : cette intensité moindre s'accompagne parfois dans certains services d'un sur-effectif (nombre de suivis supérieur à l'agrément, sans générer de sur-activité). Les participants à la réunion du groupe d'analyse partagée confirment cette pratique de diminution de l'intensité des interventions sur la période de préparation à la sortie du SESSAD. Toutefois, le dépassement de l'effectif autorisé n'est pas pratiqué par tous les services. Un participant mentionne une note de l'ARS précisant qu'à tout moment « l'effectif présent doit être conforme à l'agrément ».
- L'accompagnement par le SESSAD peut prendre fin au regard de **divers critères** :
 - ✓ évolution de la situation du jeune avec constat d'une autonomie suffisante pour le milieu ordinaire avec ou sans passage de relais pour les soins (libéral, CMP, ...)

« L'année 2011 aura donc été marquée par un certain nombre de mouvements : 10 entrées et 9 sorties. Ceci s'explique d'une part par l'extension de 3 places (opérationnelles en septembre 2011) et d'autre part par des mises en œuvre plus précoces de relais avec des praticiens libéraux, pour des jeunes ne relevant

plus d'un accompagnement pluridisciplinaire » (In document Compte administratif 2011, p. 9, SESSAD A Denn Askell)

- ✓ à l'inverse, évolution de la situation du jeune ne lui permettant plus de rester scolarisé dans le milieu ordinaire et réorientation vers un établissement médico-social
- ✓ demande du jeune de ne plus être accompagné (constat notamment à l'adolescence)
- ✓ demande des familles

Extrait atelier 4 des 9^è journées nationales SESSAD

L'arrêt d'une intervention, la préparation à la sortie, l'orientation :

Ces étapes impliquent de prévoir des temps d'évaluation appuyés sur des critères, sachant qu'une situation est toujours singulière et que le critère n'est qu'un point de repère qui permet de situer les spécificités de cette situation

Ex : L'arrêt de l'accompagnement à domicile peut être envisagé

- *Si l'objectif est atteint (appropriation par les parents de certains gestes)*
- *Si la situation fait l'objet d'un rejet du jeune.*
- *Si le professionnel ne peut plus travailler dans les conditions définies en équipe (présence d'un membre de la famille qui interfère avec la prise en charge)*

Ces critères aident notamment à ne pas « laisser filer » la situation, à ne pas repousser indéfiniment des décisions parce qu'elles provoqueront un problème avec le jeune, sa famille, l'école (risque d'être prisonnier de la systémie familiale développée autour de la difficulté de l'enfant), devant les tentatives de le faire évoluer le système tend à intégrer les éléments venus de l'extérieur pour retrouver un équilibre interne.

Les SESSAD courent alors le risque de repousser indéfiniment le traitement de certaines problématiques.

Aussi les équipes doivent apporter une vigilance particulière aux signes de piétinement : décisions repoussées, occasions manquées, insatisfaction latente, collaboration flottante, objectifs indécis, etc.

Ex : Une jeune fille arrivant du Zaïre est accueillie au foyer de son père où vivent son épouse et leurs enfants. Elle est alors scolarisée en CLIS et orientée vers un SESSAD pour un accompagnement de sa scolarité qui au fil des ans se déroule de manière de plus en plus satisfaisante en parallèle avec le développement d'un bon niveau d'autonomie. Il apparaît cependant rapidement que la jeune fille est au centre d'enjeux conjugaux et l'équipe craint qu'elle ne fasse l'objet d'un renvoi au Zaïre. Ils décident donc de poursuivre l'accompagnement jusqu'à sa majorité. A la suite de plusieurs incidents les professionnels constatent que les objectifs du prolongement de leur accompagnement sont devenus opaques et qu'ils se sont positionnés en protecteurs de la jeune fille face à des parents considérés comme menaçants, se mettant dans une situation d'impuissance telle qu'ils envisagent un relais social. Cette prise de conscience les amène à repréciser les raisons de la poursuite de l'accompagnement sans faux semblants. Ils proposent alors d'aider les parents à clarifier la situation administrative de la jeune fille, modifiant sensiblement –au moins provisoirement-la systémie familiale (famille menaçante /professionnels protecteurs à équipe soutenant des parents en difficulté) et fixant une échéance justifiée à leur accompagnement.

Certains points de passage particuliers demanderont aux équipes une vigilance accrue : seuils d'âge, modification de la structure familiale, changements d'établissement scolaire, accès au monde du travail, passage du milieu ordinaire au milieu adapté, passage de relais vers un autre type d'intervention (hospitalière, sociale ou judiciaire).

Gérer le temps c'est accompagner la construction d'une trajectoire :

La compensation proposée par le service n'est pas destinée à se pérenniser bien que les suivis SESSAD soient désormais de plus longue durée. La notion de parcours vient en substitution à celle de filière. Le SESSAD peut être amené à s'effacer après une période de suivi intense puis à être à nouveau plus présent à l'occasion d'une échéance difficile.

Les scissions du rythme d'accompagnement du SESSAD contribuent à éviter la chronicisation.

Des ruptures temporaires sont parfois nécessaires, des périodes de latence utiles pour assimiler des acquisitions avant que soient proposées de nouvelles étapes. D'autres formes d'intervention, d'étayage sont sollicitées utilisant les ressources de l'environnement pour prolonger ou relayer. C'est à ce prix que

l'enfant et les parents pourront développer des stratégies personnelles en s'appuyant sur celles proposées par le service.

• Diverses difficultés rencontrées en matière de fin de prise en charge

Lorsque le SESSAD fait le constat d'une évolution de la situation du jeune, il peut être amené à préconiser une fin d'accompagnement dans le cadre d'un passage de relais. Si certains passages de relais se déroulent sans difficulté, certaines équipes rencontrées font état parfois d'obstacles ou de freins en matière de fin de prise en charge :

– Difficultés à passer le relais vers un autre acteur, en raison de :

- La saturation des dispositifs (liste d'attente en établissements médico-sociaux, en CMPP, CMP ...)
- L'absence de relais adaptés sur le territoire (ex : TED, troubles psychiatriques graves)

Constats du SESSAD Mille Sabords de l'absence de relais adaptés l'amenant à prolonger ses accompagnements (réticence de certains CMP à accueillir des jeunes TED de 16 ans, absence de SAVS TED)

– Des parents refusant la fin de l'accompagnement SESSAD.

Les professionnels de SESSAD font part de la difficulté de certains parents à accepter la fin de l'accompagnement par le SESSAD.

Un participant du Morbihan au groupe d'analyse partagée signale la cessation du versement de l'AEEH à l'arrêt de l'accompagnement par le service. Ce qui peut freiner les parents à mettre fin à l'accompagnement.

Le représentant du SSEFIS Paul Cézanne fait état de fin de notification SSEFIS à l'entrée en ULIS. De même, le représentant du SAAAIS des Côtes-

d'Armor mentionne une fin de prise en charge à l'entrée du jeune en SEGPA.

- **Des professionnels inquiets quant à la « prise de risque » d'une fin d'accompagnement par le SESSAD** pour des situations pour lesquelles des transitions vont avoir lieu dans les années à venir (ex : entrée au collège).

Ce type de situation révèle aussi l'intérêt du dispositif de veille, mentionné précédemment, qui permettrait au SESSAD d'accompagner de manière plus ponctuelle et espacée un certain nombre de jeunes.

Pour une des représentantes de MDPH interviewée, « *certaines SESSAD n'arrivent pas à mettre fin aux prises en charge, ils suivent des jeunes en CLIS, puis en ULIS, puis en ULIS Pro... Cela ne devrait pas être des prises en charge sur 10 ans, il faudrait limiter leur intervention. Il faut développer l'autonomie de l'enfant et préparer la sortie* ». La MDPH peut être amenée alors à renouveler l'orientation pour une année.

Il est rappelé que les SESSAD peuvent intervenir ponctuellement après la sortie du service dans le cadre de l'obligation de suivi au cours des 3 années suivantes la sortie du SESSAD ¹⁴ (ex : intervention lors de l'entrée au collège, accompagnement dans la recherche de stage ou d'un praticien libéral).

¹⁴ L'article 8 des Annexe XXIV au décret n° 89-798 du 27 octobre 1989¹⁴ mentionnait que « *L'établissement ou le service assure l'accompagnement de l'insertion sociale et professionnelle de l'adolescent à sa sortie. Afin d'apporter son appui au jeune et à sa famille, en liaison avec les services administratifs et sociaux compétents auxquels il ne se substitue pas, il apporte son concours aux démarches nécessaires pour faciliter l'insertion professionnelle et l'insertion sociale. Cet accompagnement court sur une durée minimum de trois ans* ». Cet article ne définit pas les moyens alloués à cette mission, qui de fait a été investie de manière très hétérogène selon les structures médico-sociales.

⇒ Préconisations

- Définir un cadre commun de modularité des effectifs accompagnés en fonction des différentes intensités d'accompagnement (Distinguer le sur-effectif de la sur-activité)
- Rappeler l'obligation de suivi dans le cadre des 3 années suivants la sortie du SESSAD
- Introduire de la souplesse dans les démarches administratives en facilitant les passages entre SESSAD et établissement médico-social (logique de dispositif), notamment pour la déficience visuelle (SAFEP ⇒ SAAAIS ⇒ IES) en se préservant de « l'effet filière » et en garantissant une régulation de ces prises en charge par les MDPH.
- Adapter l'offre aux besoins (liste d'attente, absence de réponses pour certains publics ...)

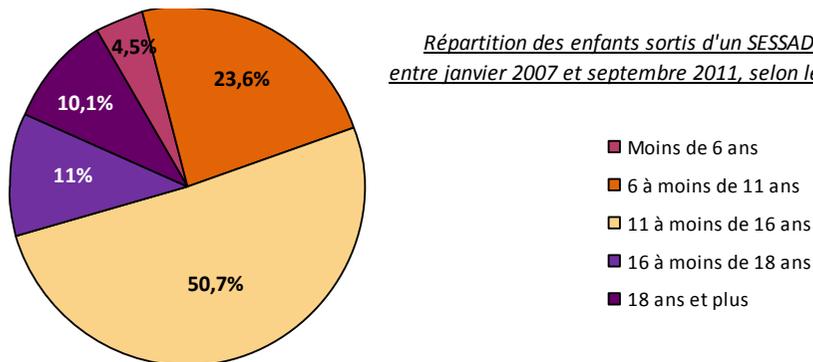
Profil à la sortie

👉 Age à la sortie

⇒ Constats

Les enfants sortis de SESSAD sur la période du 1^{er} janvier 2007 au 30 septembre 2011 étaient âgés en moyenne de 12,8 ans au moment de la fin de l'accompagnement.

2 enfants sur 10 sont sortis du service après 16 ans, mais la majorité (51 %) est sortie entre 11 et 16 ans.



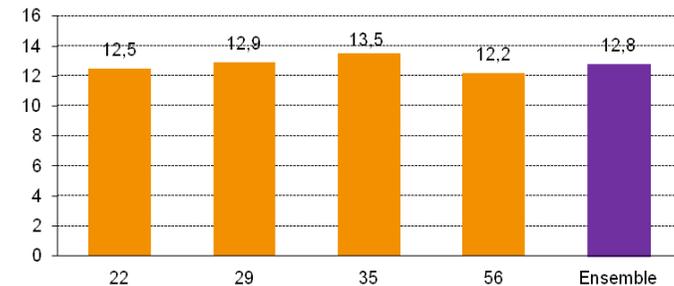
Spécificités (détails en annexe 2.5.) :

Pour chacune des spécificités, plus l'âge moyen à l'admission est précoce, plus l'âge moyen à la sortie l'est également.

- Avec un âge moyen à la sortie de 13,5 ans, les SESSAD d'Ille-et-Vilaine enregistrent les sorties les plus tardives. Dans ce département, la

part des sorties après 16 ans est de 29 % contre 15,5 à 19 % dans les autres départements. Les sorties après 18 ans sont également importantes (13 % contre 7 à 12 % dans les autres départements). C'est aussi dans ce département que les sorties des enfants de moins de 6 ans sont les moins nombreuses (3 % des sorties contre 4 à 6 % ailleurs).

Age moyen à la sortie par département



- Entre la période 2007-2008 et la période 2009-2011, l'âge moyen à la sortie a légèrement augmenté, passant de 12,6 ans à 12,8 ans. Cela est principalement dû à une hausse des sorties après 16 ans (de 19 % à 23 %), tandis que celles avant 6 ans ont diminué (de 5,8 % à 3,6 %).

- La sortie du service se fait très tôt pour les enfants polyhandicapés : en moyenne, ils sortent du SESSAD à 6,2 ans. Quasiment la totalité des sorties se fait avant 11 ans (97 %) et ils sont même une majorité à sortir avant 6 ans (55 %), le plus souvent pour une réorientation vers un établissement médico-social.

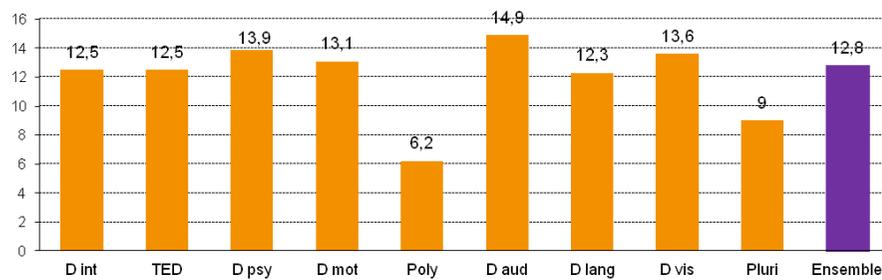
Avec une moyenne de 9 ans à la sortie du service, les enfants avec un pluri-handicap sortent aussi assez tôt. 7 sur 10 de ces enfants sortent entre 6 et 11 ans, pour être le plus souvent également réorienté vers un établissement médico-social.

Ce sont les enfants avec des déficiences auditives qui sortent le plus tard du service avec un âge moyen à la sortie de 14,9 ans. En effet, la moitié

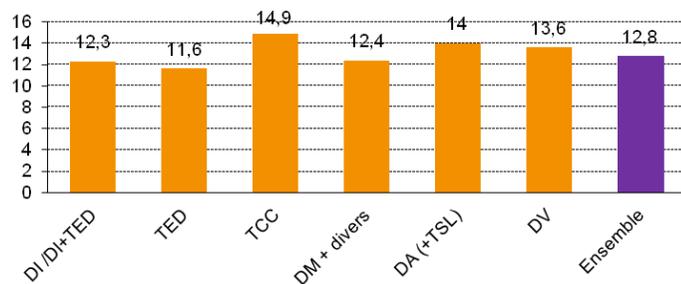
d'entre eux sortent après 16 ans, 35 % sortant même après 18 ans. De plus, aucun enfant ne sort avant 6 ans.

Comme pour l'âge à l'admission, l'âge moyen à la sortie des enfants avec des déficiences visuelles, qui est de 13,6 ans, cache deux mouvements : 13,5 % d'entre eux sortent avant 6 ans (passage de SAFEP à SAA AIS ou de SAA AIS à SEES) et 26 % sortent après 18 ans, en lien avec leur parcours d'accompagnement (cf. âge à l'admission).

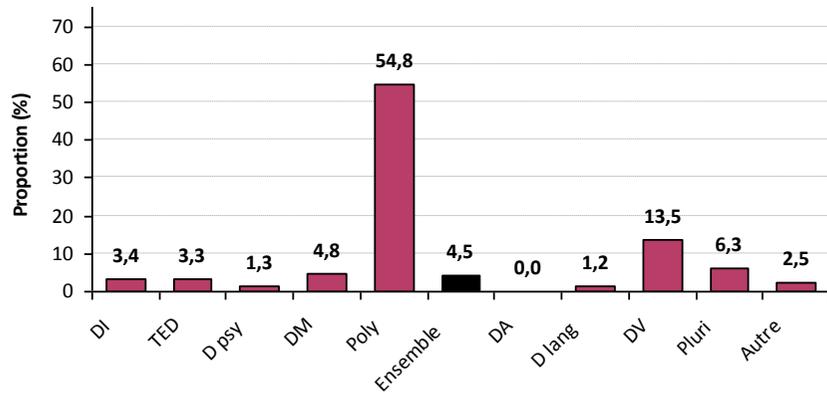
Age moyen à la sortie par déficience principale



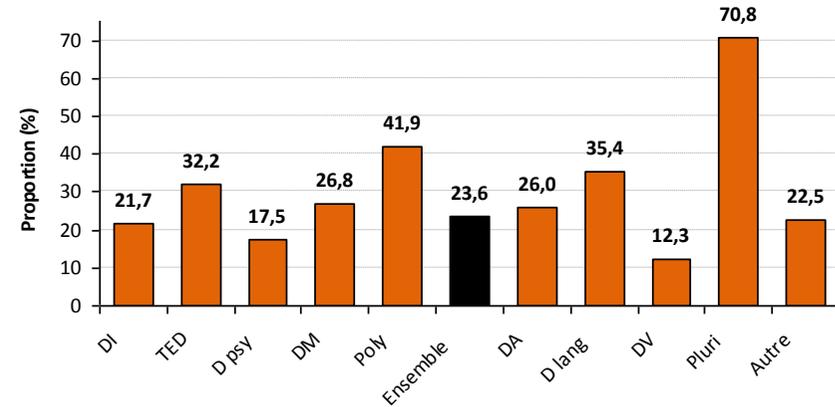
Age moyen à la sortie par agrément



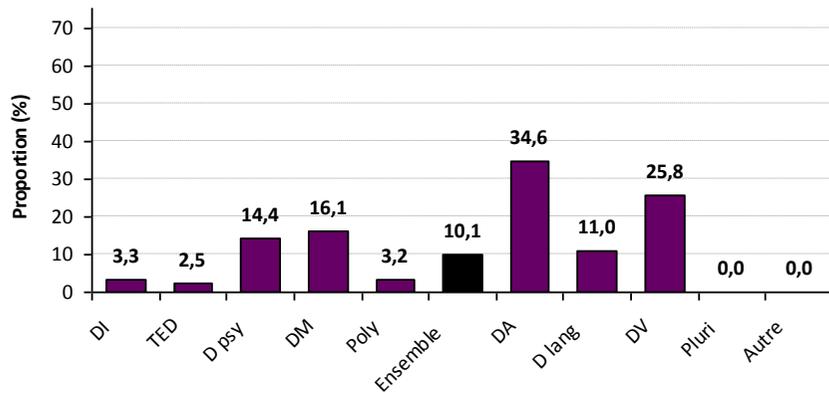
Proportion d'enfants de moins de 6 ans par déficience principale



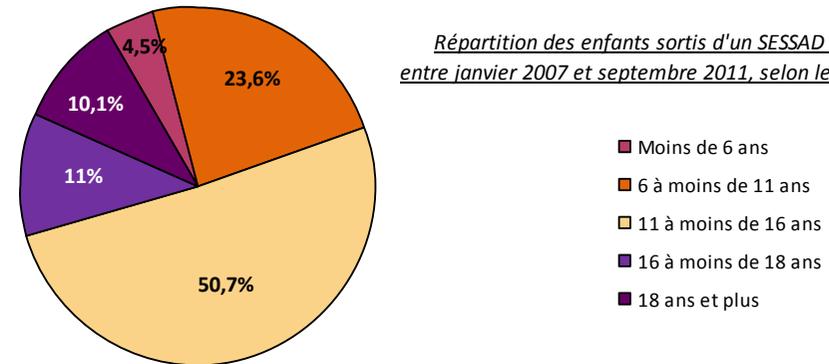
Proportion d'enfants de 6 à moins de 11 ans par déficience principale



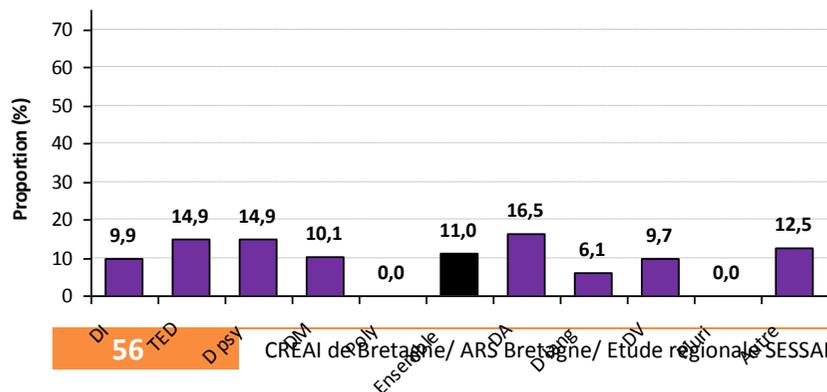
Proportion d'enfants de 18 ans et plus par déficience principale



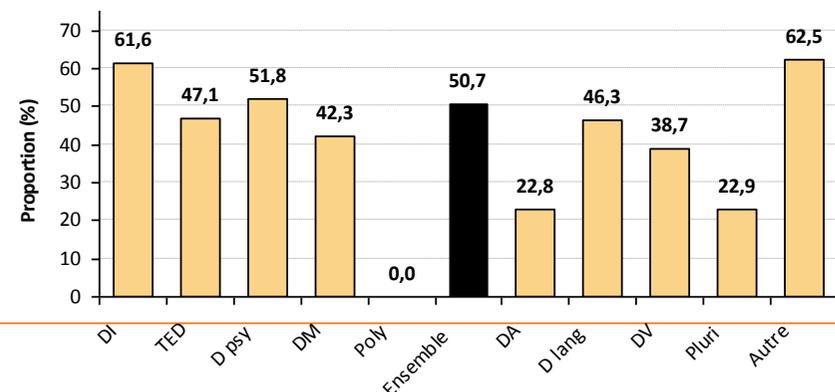
Répartition des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, selon leur tranche d'âge



Proportion d'enfants de 16 à moins de 18 ans par déficience principale



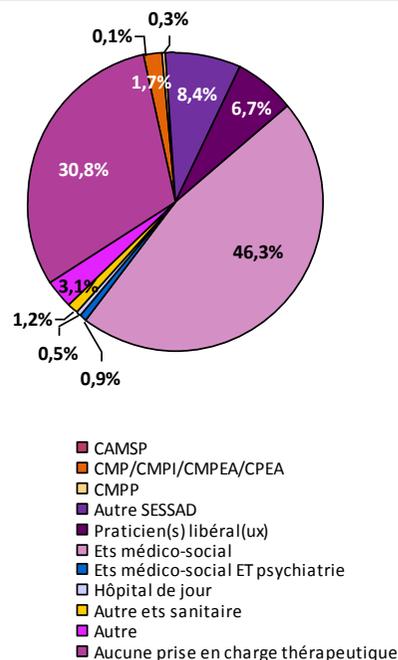
Proportion d'enfants de 11 à moins de 16 ans par déficience principale



Orientation à la sortie

⇒ Constats

Répartition de l'ensemble des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur prise en charge à la sortie du service



Entre janvier 2007 et septembre 2011, parmi les jeunes sortis d'un SESSAD breton 5 sur 10 ont été admis dans un établissement médico-social et 2 sur 10 ont eu un autre mode de prise en charge (libéral, autre SESSAD...). A l'inverse, 3 jeunes sur 10 n'avaient aucune prise en charge thérapeutique à leur sortie.

Spécificités (détails en annexe 2.6.) :

- La répartition des prises en charge à la sortie des SESSAD est assez homogène entre les départements bretons.

L'Ille-et-Vilaine présente cependant quelques particularités. En effet, c'est le département qui présente la part la plus importante d'enfants sortants du SESSAD sans aucune prise en charge thérapeutique (38 % contre 27 à 29 % dans les autres départements). Avec 36 % d'enfants admis en établissement médico-social à la sortie du SESSAD, ce département présente par contre la proportion la plus faible (45 à 53 % dans les autres départements). On peut mettre ce constat en lien avec une surreprésentation des jeunes avec des troubles du psychisme en Ille-et-Vilaine. En effet, à la sortie du SESSAD, ces jeunes se dirigent moins vers un établissement médico-social que la moyenne et il est plus fréquent qu'ils n'aient aucune prise en charge.

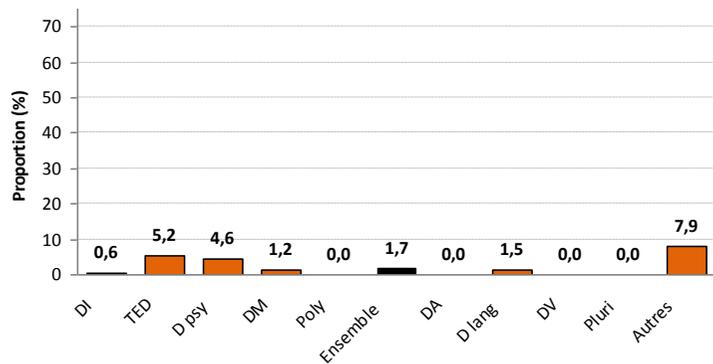
- Entre la période 2007-2008 et la période 2009-2011, il n'y a pas eu d'évolution significative de la répartition des prises en charge à la sortie du SESSAD.

- Avec 7 enfants sur 10 concernés, c'est pour le polyhandicap et le plurihandicap que le passage de relais d'un SESSAD vers un établissement médico-social est le plus fréquent. Les jeunes avec des déficiences intellectuelles sont aussi 6 sur 10 à entrer en IME à la sortie du SESSAD. Pour les autres déficiences, la proportion va de 2 à 5 enfants sur 10. Le suivi en libéral à la sortie d'un SESSAD est très présent parmi les jeunes avec des déficiences motrices : 40 % contre moins de 7 % pour les autres déficiences. Il s'agit principalement de prises en charge par des kinés. La prise en charge par un autre SESSAD représente une part importante des jeunes avec des déficiences visuelles (27 % contre moins de 16,5 % pour les autres déficiences). Cela s'explique par le passage fréquent du SAFEP (0-3 ans) au SAAAIS (3-20 ans) ou encore du SAAAIS des PEP 22 (agrégé jusqu'à 14 ans) vers le SAAAIS de Voir Ensemble (agrégé de 13 à 20 ans).

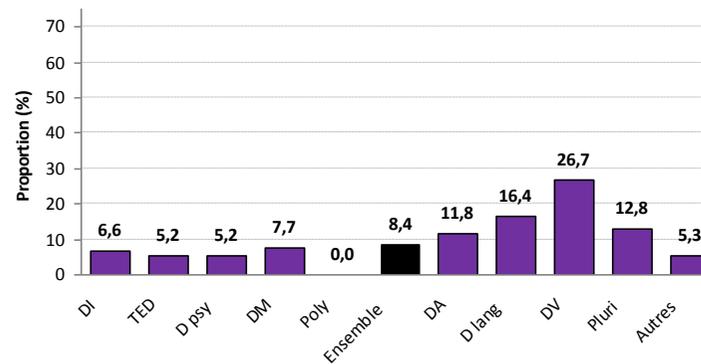
6 jeunes sur 10 avec des déficiences auditives n'ont aucune prise en charge thérapeutique à leur sortie du SESSAD. Cette part reste importante pour les jeunes avec des déficiences visuelles ou des troubles du psychisme (respectivement 48 % et 43,5 %).

En comparant les résultats selon la déficience principale et selon l'agrément, on observe des différences entre les SESSAD TED et les SESSAD avec double agrément DI+TED. En effet, si 48 % des jeunes TED vont en établissement médico-social à la sortie du SESSAD, seulement 21 % des jeunes sortant d'un SESSAD TED prennent cette direction. L'établissement médico-social apparaît comme un type de prise en charge qui serait plus proposé par des SESSAD avec double agrément DI+TED que par les SESSAD spécifiques TED. Il en est de même pour la proportion de jeunes n'ayant aucune prise en charge à la sortie : cela concerne 20 % des jeunes TED mais 10 % des jeunes sortant de SESSAD TED. A l'inverse, 11 % des jeunes TED sont pris en charge par un CMP ou un autre établissement sanitaire à leur sortie du service. Cette proportion est de 47 % pour les jeunes sortant de SESSAD TED. Ce passage de relais est plus fréquent au sein des SESSAD TED qu'en SESSAD avec double agrément DI+TED.

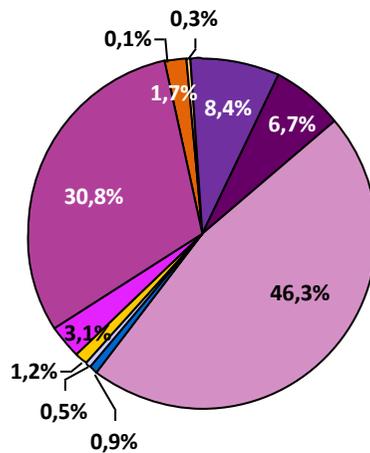
Proportion de jeunes étant pris en charge par un CMP à la sortie du service, par déficience principale



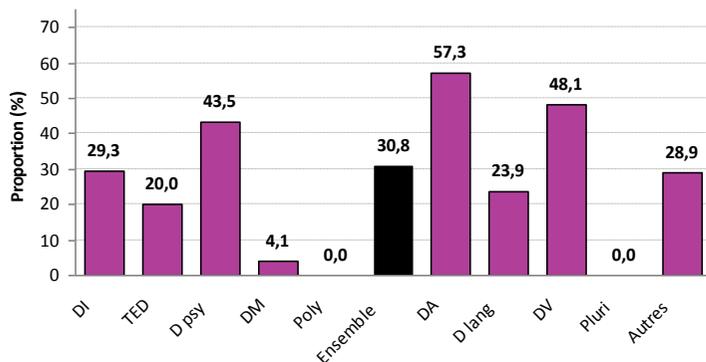
Proportion de jeunes étant pris en charge par un autres SESSAD à la sortie du service, par déficience principale



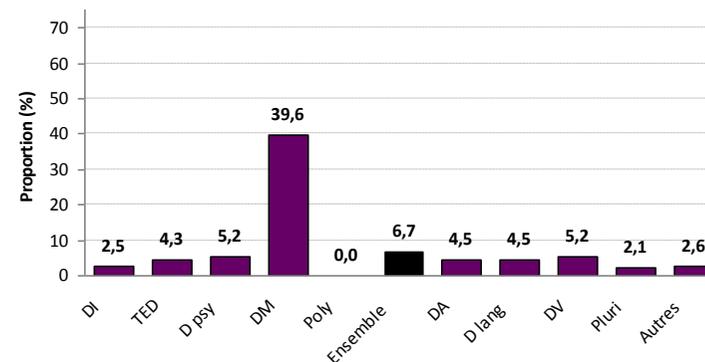
Répartition de l'ensemble des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur prise en charge à la sortie du service



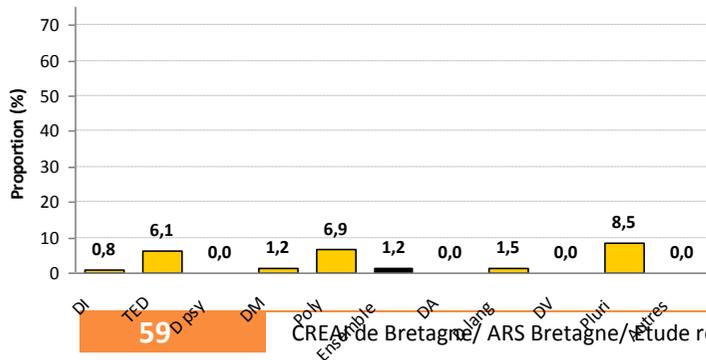
Proportion de jeunes n'ayant aucune prise en charge thérapeutique à la sortie du service, par déficience principale



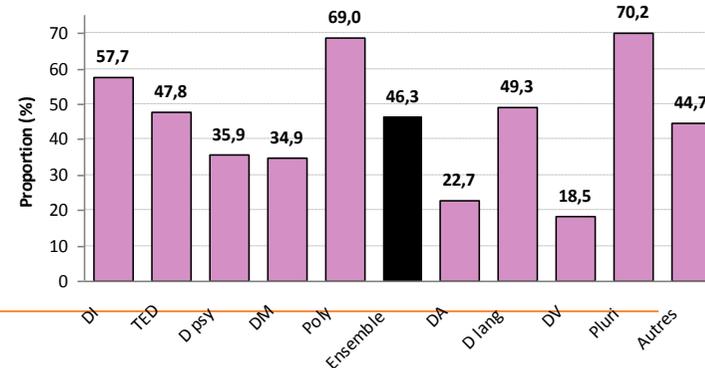
Proportion de jeunes étant pris en charge par un (des) praticien(s) libéral(ux) à la sortie du service, par déficience principale



Proportion de jeunes étant pris en charge par un autre établissement sanitaire à la sortie du service, par déficience principale



Proportion de jeunes étant pris en charge par un EMS à la sortie du service, par déficience principale

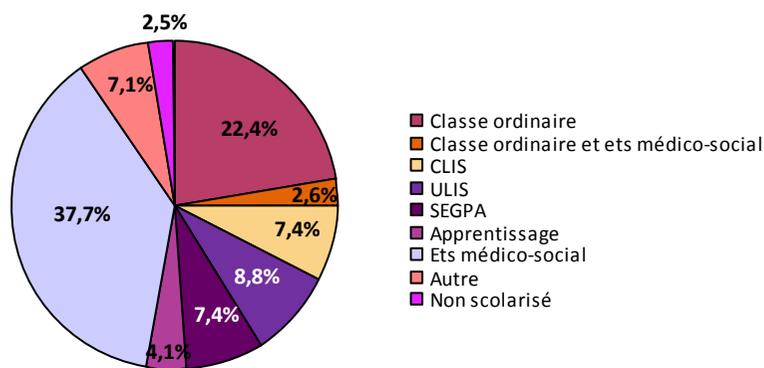


- CAMSP
- CMP/CMPI/CMPEA/CPEA
- CMPP
- Autre SESSAD
- Praticien(s) libéral(ux)
- Ets médico-social
- Ets médico-social ET psychiatrie
- Hôpital de jour
- Autre ets sanitaire
- Autre
- Aucune prise en charge thérapeutique

📍 Situation scolaire à la sortie

⇒ Constats

*Répartition des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne,
entre janvier 2007 et septembre 2011, selon leur situation scolaire à la sortie*



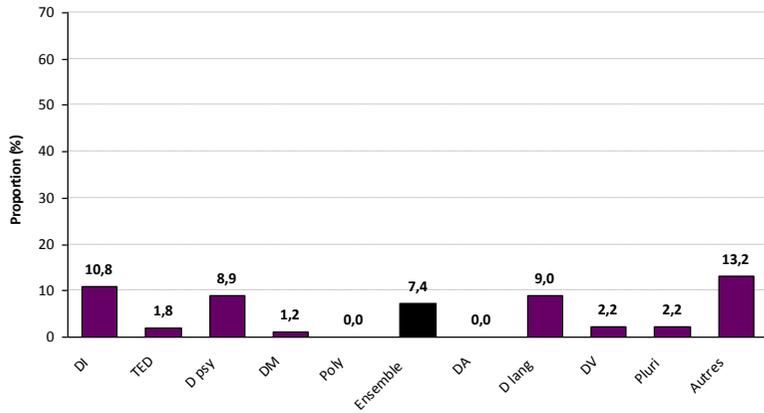
Entre janvier 2007 et septembre 2011, les jeunes sortis d'un SESSAD breton avaient des types de scolarisation très divers.

4 enfants sur 10 sont scolarisés en établissement médico-social dont une partie avec scolarisation à temps partiel en milieu ordinaire (2,6 % des enfants sortis). 5 enfants sur 10 sont scolarisés en milieu ordinaire à leur sortie du SESSAD : 22,4 % sont en classe ordinaire en individuel, 16,2 % sont en scolarisation collective, 7,4 % sont en SEGPA et 4,1% en apprentissage. Une partie des enfants ne sont pas scolarisés à leur sortie du SESSAD.

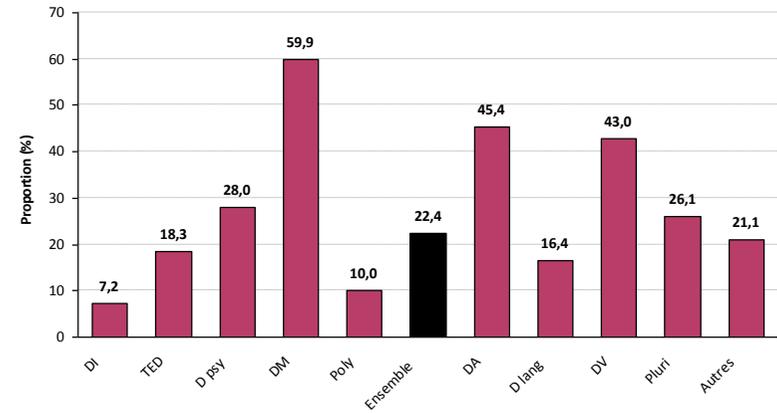
Spécificités (détails en annexe 2.7.) :

- La part d'enfants scolarisés en établissement médico-social varie de 29,5 % à la sortie d'un SESSAD d'Ille-et-Vilaine à 49 % à la sortie d'un SESSAD finistérien, dont certains à temps partiel dans le milieu ordinaire. Les sorties vers l'apprentissage sont plus répandues en Ille-et-Vilaine que dans les autres départements (8 % contre 2 à 3 %). La part d'enfants scolarisés en SEGPA varie de 4 % à la sortie de SESSAD finistériens à 10 % à la sortie de SESSAD morbihannais.

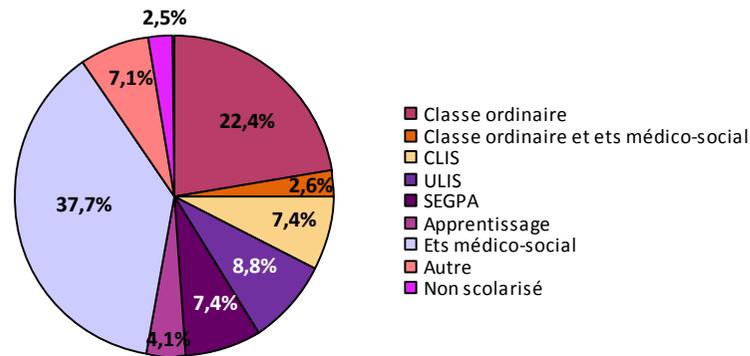
Proportion de jeunes étant scolarisés en SEGPA,
par déficience principale



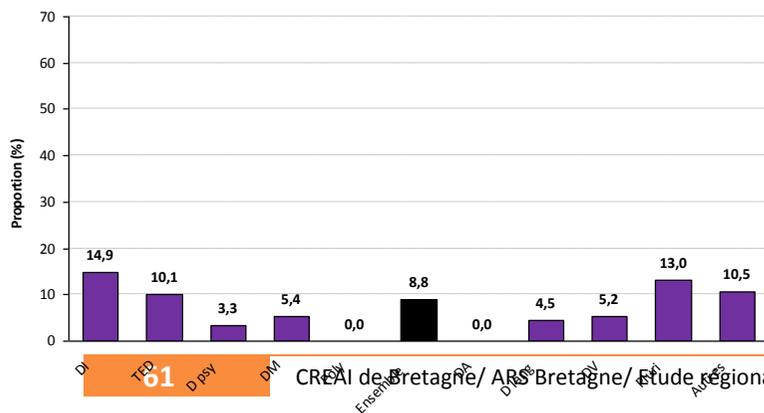
Proportion de jeunes étant scolarisés en classe ordinaire,
par déficience principale



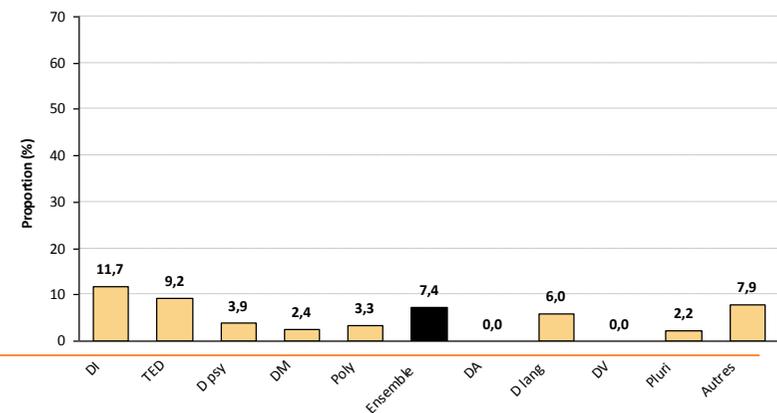
Répartition des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne,
entre janvier 2007 et septembre 2011, selon leur situation scolaire à la sortie



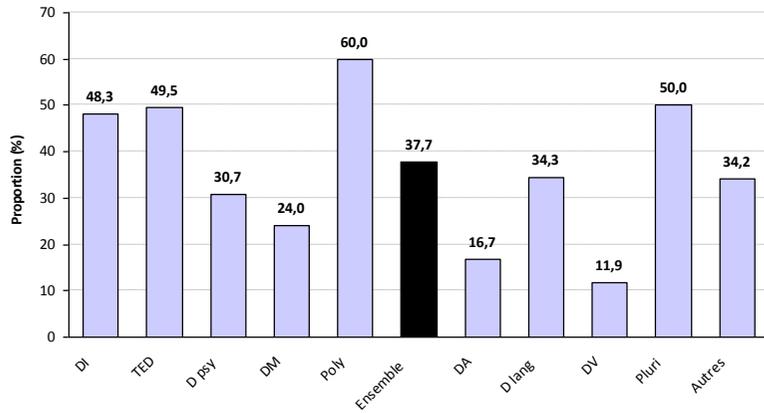
Proportion de jeunes étant scolarisés en ULIS,
par déficience principale



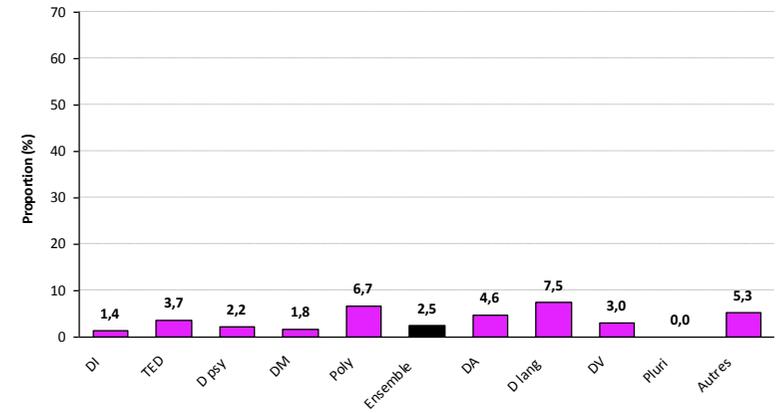
Proportion de jeunes étant scolarisés en CLIS,
par déficience principale



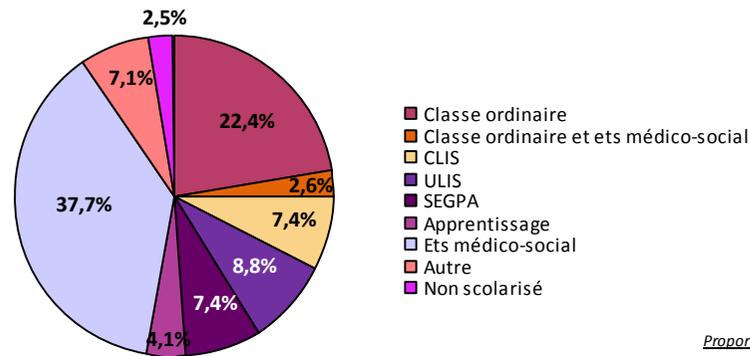
Proportion de jeunes étant scolarisés en EMS,
par déficience principale



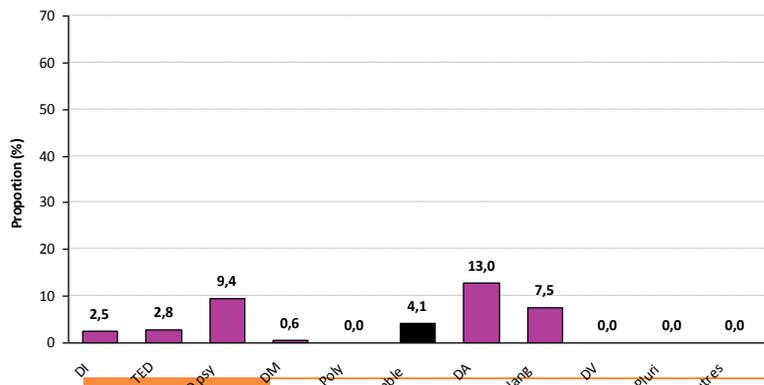
Proportion de jeunes non scolarisés,
par déficience principale



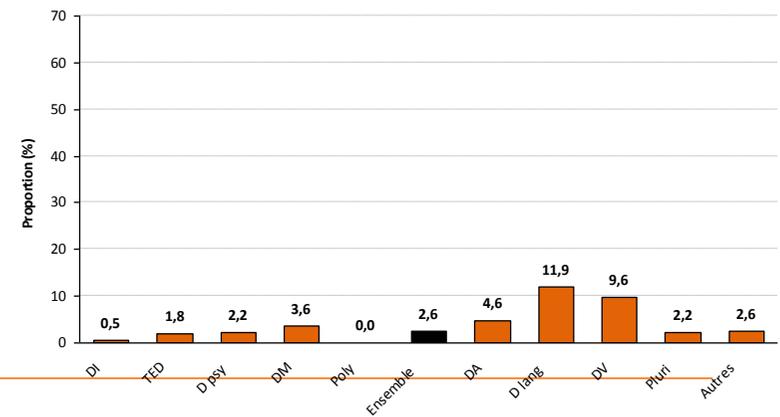
Répartition des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne,
entre janvier 2007 et septembre 2011, selon leur situation scolaire à la sortie



Proportion de jeunes étant en apprentissage,
par déficience principale



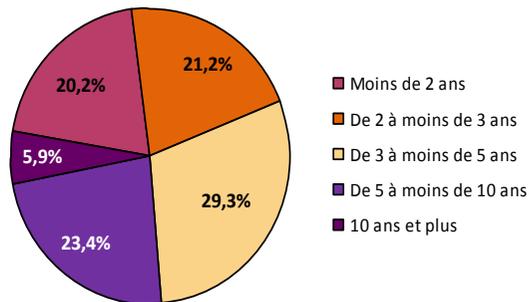
Proportion de jeunes étant scolarisés en classe ordinaire et EMS,
par déficience principale



Durée d'accompagnement

⇒ Constats

Répartition des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, selon la durée d'accompagnement par le service



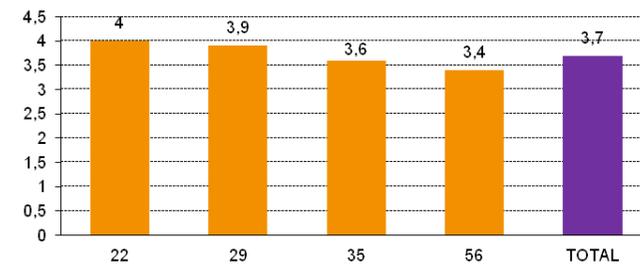
Les enfants sortis de SESSAD sur la période du 1^{er} janvier 2007 au 30 septembre 2011 ont bénéficié d'un accompagnement d'une durée moyenne de 3,7 ans.

La répartition est très hétérogène : 4 enfants sur 10 ont été accompagnés moins de 3 ans, 3 enfants sur 10 entre 3 et 5 ans et la même proportion a été accompagnée plus de 5 ans.

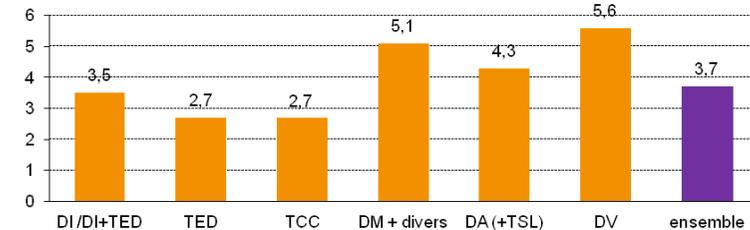
Spécificités (détails en annexe 2.8.) :

- La durée moyenne d'accompagnement par un SESSAD breton est assez homogène entre les départements bretons, si ce n'est dans le Morbihan où 29 % des enfants ont été accompagnés moins de 2 ans contre 16 à 22 % dans les autres départements.

Durée moyenne d'accompagnement par département (en années)



Durée moyenne d'accompagnement par déficience principale (en années)



- Entre la période 2007-2008 et la période 2009-2011, la durée moyenne d'accompagnement par le service n'a que très légèrement augmenté, passant de 3,6 ans à 3,8 ans. La part d'enfants accompagnés moins de 3 années est passée de 43 % à 40 % sur cette période et, à l'inverse, la part des enfants accompagnés 5 années et plus est passée de 27,5 % à 30,5 %.

Ce constat est confirmé par les professionnels rencontrés en entretien. Ces derniers mettent notamment en avant le développement des dispositifs de scolarisation collective (ULIS) en collège et lycée. Ceux-ci permettent aux enfants de rester scolarisés en milieu ordinaire avec un accompagnement SESSAD au lieu d'être réorientés vers un établissement médico-social.

Cf plus loin, profil de scolarisation à la sortie

Evolution de la répartition départementale des ULIS

	2003/2004		2008/2009		Rentrée 2010		Rentrée 2011	
	Nb d'UPI	Nb d'élèves	Nb d'UPI	Nb d'élèves	Nb d'ULIS	Nb d'élèves	Nb d'ULIS	Nb d'élèves
Côtes d'Armor	4	40	14 (11 Public + 3 Privé) dont 2 en UPI Pro	115 élèves (101 Public + 14 Privé) dont 16 en UPI Pro	19 (14+5)	174 (134+40)	19 (14+5)	186 (142+44)
Finistère	7	63	20 (13 Public + 7 Privé) dont 2 en UPI Pro	195 élèves (138 Public + 57 privé) dont 11 en UPI Pro	28 (18+10)	250 (168+82)	30 (20+10)	302 (201+101)
Ille-et-Vilaine	9	81	24 (17 Public + 7 Privé)	237 élèves (158 Public + 79 Privé)	28 (18+10)	270 (177+93)	30 (20+10)	280 (182+98)
Morbihan	8	68	17 (7 Public + 10 Privé) dont 2 LP	154 (58 Public + 96 Privé)	23 (10+13)	205 (89+116)	24 (11+13)	239 (109+130)
Bretagne	28	252	75 (48 Public + 27 Privé)	701 élèves (455 Public + 246 Privé)	98 (60+38)	899 (568+331)	103 (65+38)	1007 (633+373)

Sources : IEN-ASH des quatre départements bretons ; N.B. : L'Ille et Vilaine dispose d'une ULIS mixte (TFC/TFM) à St Malo en collège. Elle est comptée en TFC pour le nombre d'ULIS mais ses élèves sont répartis entre TFC et TFM.

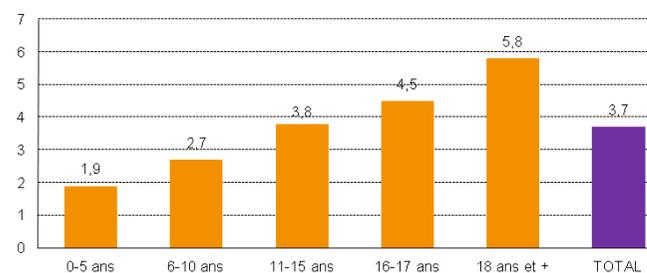
- Les enfants accompagnés le plus longtemps, en moyenne, par un SESSAD sont ceux avec des déficiences motrices (5,6 ans), auditives (5,4 ans) ou visuelles (5,6 ans). Pour chacune de ces déficiences, un enfant sur deux est accompagné plus de 5 ans. 18 à 20 % des enfants avec des déficiences physiques sont accompagnés plus de 10 ans, contre moins de 6 % pour les autres déficiences.

A l'inverse, les enfants avec des déficiences du langage sont ceux dont la durée d'accompagnement est la plus courte (2,3 ans). La grande majorité de ces enfants a eu un accompagnement inférieur à 3 ans (62 %), 38 % ayant même été accompagnés moins de 2 ans.

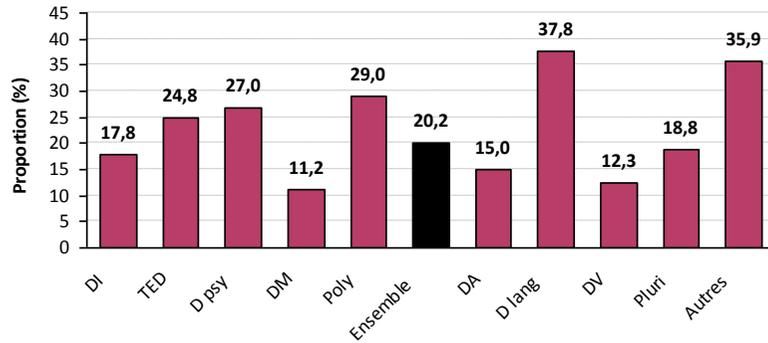
Il faut noter que certains SESSAD pour enfants autistes ont ouvert récemment. Dans ce cas, l'étude n'observe que les sorties « inhabituelles ». Par exemple, au SESSAD Mille Sabords, parmi les enfants sortis sur la période observée, certains ont été réorientés en établissement médico-social, un enfant est décédé, certains ont déménagé ou encore ont demandé à arrêter l'accompagnement au moment de l'adolescence. La durée d'accompagnement des enfants autistes est donc ici sous-estimée.

- La durée moyenne d'accompagnement augmente en même temps que l'âge à la sortie : de 1,9 an pour les enfants sortis avant 6 ans jusqu'à 5,8 ans pour les jeunes sortis après 18 ans. Ainsi, si les enfants sortent jeunes, c'est qu'ils ont été accompagnés peu de temps. Et inversement. En effet, 39 % des enfants sortis avant 6 ans ont été accompagnés moins de 2 ans (contre 20 % de l'ensemble des enfants) tandis que 23 % des enfants sortis à 18 ans ou plus ont été accompagnés au moins 10 ans (contre 6 % de l'ensemble des enfants).

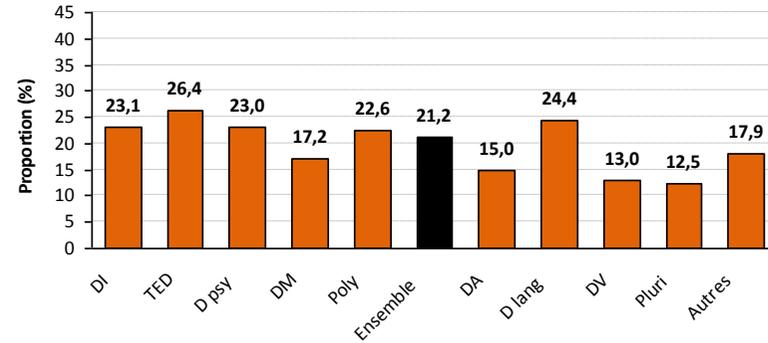
Durée moyenne d'accompagnement par tranche d'âge (en années)



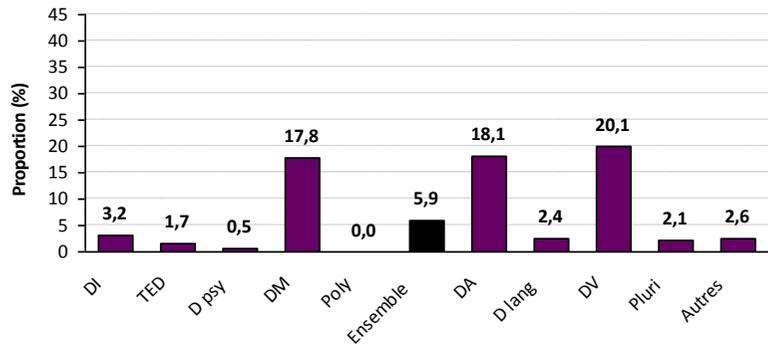
Proportion d'enfants ayant été accompagnés moins de 2 ans, par déficience principale



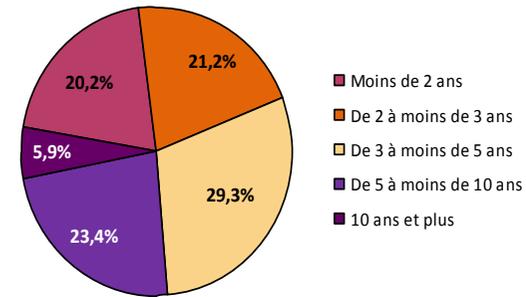
Proportion d'enfants ayant été accompagnés de 2 à moins de 3 ans, par déficience principale



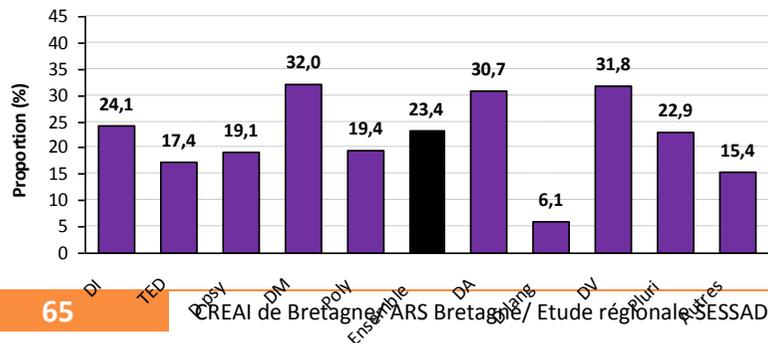
Proportion d'enfants ayant été accompagnés 10 ans et plus, par déficience principale



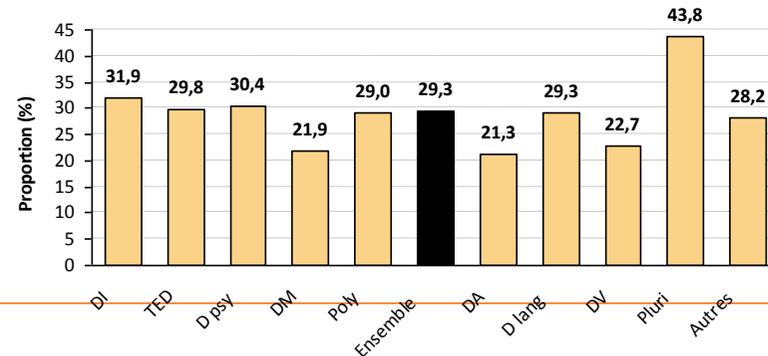
Répartition des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, selon la durée d'accompagnement par le service



Proportion d'enfants ayant été accompagnés de 5 à moins de 10 ans, par déficience principale



Proportion d'enfants ayant été accompagnés de 3 à moins de 5 ans, par déficience principale



IV - La mise en œuvre des missions

IV-1. Approche globale et le projet personnalisé

⇒ Constats

- Les missions des professionnels du SESSAD s'inscrivent dans le cadre d'une **approche globale** de la situation de handicap qui se décline dans le projet de service et les **projets personnalisés**. Ces derniers reposent sur la **pluridisciplinarité des interventions** et les regards partagés sur la situation du jeune

« Il faut que les différents projets, thérapeutique, éducatif, pédagogique soient réellement articulés afin que les transversalités soient non seulement possibles d'un point de vue fonctionnel mais autorisent la définition d'espaces et de langages communs entre professionnels (...) Le Sessad propose un large éventail d'intervention pouvant répondre aux besoins de l'enfant et de sa famille ; c'est le projet personnalisé qui détermine et agence dans le temps les différentes interventions de l'équipe. Ce projet est le résultat d'une négociation lors d'une synthèse au sein même des différentes interventions du Sessad. (...) Le projet personnalisé sera le fil conducteur que chaque professionnel utilisera par le biais de ses compétences et de ses outils spécifiques. Il s'agit bien d'une approche globale et non pas d'une addition de diverses interventions juxtaposées : le jeune vers lequel nous agissons est un tout indivisible. » (SESSAD du panel)

- Lors de précédentes journées SESSAD ainsi que des entretiens dans le cadre de l'investigation, l'impact de la logique de compensation (via notamment la PCH aide humaine) sur les options des parents a été mis en avant. Ainsi, des parents font le choix d'approche thérapeutique spécifique non proposée par le SESSAD et salarient en direct des psychologues comportementalistes, des enseignants spécialisés ou des éducateurs via les compléments à l'AAEH ou la PCH aide humaine (Cf. chapitre relatif aux critères d'orientation). Ces stratégies mettent en opposition le modèle de prestations parcellisées non coordonnées à une approche globale pluridisciplinaire.

« On sait qu'il y a des prises en charge qui se sont mises en place (ex. : psychologue comportementaliste, éducateur en libéral) mais on ne sait pas si des allocations supplémentaires sont versées aux familles pour financer ces interventions extérieures. Ces demandes d'intervention, à l'initiative des parents, restent minoritaires. Elles concernent plus les enfants autistes. Notre vigilance est de rester dans une approche globale concernant ce public d'enfants autistes. Les familles demanderaient presque à utiliser le SESSAD dans une logique de prestation de service avec tel ou tel professionnel. Le directeur reste très ferme : le SESSAD a une approche pluri-professionnelle et globale et qu'on ne vient pas au SESSAD en disant "je veux un peu de psycho et de psychiatre, mais pas d'éducatif". On a une mission de service public et c'est après l'élaboration du projet réalisé avec la famille que l'on va déterminer les intervenants, ce n'est pas venir faire son marché. (...) Les parents d'enfants autistes sont experts. Les familles sont très informées sur les méthodes et sur tout ce qui se passe autour de l'autisme. On est donc très interpellés par rapport à ça. Parfois, des familles appellent en demandant si le SESSAD connaît la méthode XYZ. » (sessad du panel)

IV-2. Ressources humaines et pluridisciplinarité des interventions

⇒ Constats

- **Pluridisciplinarité des équipes et spécificités des plateaux techniques**, notamment en SESSAD spécialisés : diversité des métiers (ergothérapeute, enseignant spécialisé, psychologue, neuropsychologue, professeur de sport ..., ou encore AVJiste, transcripteur, instructeur en locomotion dans les SAAAIS ou codeur en SFEFIS).
- **Difficultés de recrutement** de professionnels médicaux (psychiatres), paramédicaux (orthophonistes, kinésithérapeutes, ...) ou de professionnels spécialisés (déficience sensorielle).

Lors de l'analyse partagée, un représentant de SFEFIS attire l'attention sur la difficulté à recruter et à maintenir en poste des orthophonistes au sein du service. Certains professionnels s'installent en libéral à proximité du service après quelques années de pratique et de formation au SFEFIS.

- **Pratiques de co-interventions de SESSAD pour certaines situations** de combinaisons de handicaps :
 - **Co-intervention de deux SESSAD dans le cadre d'une double notification ou d'une mise à disposition de professionnels** d'un SESSAD pour intervenir auprès d'un jeune accompagné par un autre SESSAD pour des situations où plusieurs handicaps sont présents.

Le représentant du SESSAD Les Ajoncs d'Or (DI) fait état d'enfants avec des déficiences motrices associées qui leur sont adressés et pour lesquels la déficience principale est difficile à identifier : pour ces situations, il est difficile de monter un partenariat avec un SESSAD déficients moteurs

pour apporter la complémentarité, au regard du peu de disponibilité des professionnels de ces SESSAD.

De même, le représentant du SAAAIS des Côtes d'Armor fait état des conventions passées avec les services spécialisés du département (SFEFIS, SESSAD Déficiants moteurs) pour des sollicitations pour intervenir auprès de certains jeunes avec des troubles associés, mais lorsque ces services sont « saturés » par leur propre suivi, ils sont en difficultés pour répondre à ces sollicitations.

Dans le Morbihan, lorsqu'un enfant cumule plusieurs déficiences, l'EPE de la MDA56 cherche à identifier la déficience principale et notifie alors l'orientation vers le SESSAD ayant cet agrément, puis demande à ce service de passer convention avec un SESSAD ayant les compétences pour apporter la réponse à la déficience associée (sans notification). C'est le cas actuellement d'une situation suivie par le SESSAD DI à Ploermel pour un enfant ayant des déficiences motrices associées : le SESSAD DI a passé convention avec le SESSAD APF pour la mise à disposition de l'ergothérapeute. Le SESSAD DI propose via l'association ADAPEI de mettre des locaux à disposition à Ploermel pour tous les SESSAD pour permettre aux SESSAD éloignés de faire des prises en charge.

Les doubles-notifications se pratiquent mais restent compliquées au regard des démarches administratives.

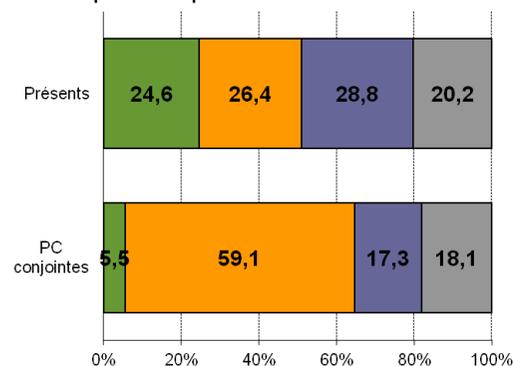
- **Pratiques d'interventions conjointes ou parallèles avec des acteurs de la psychiatrie :**

Dans certaines situations, un enfant accompagné par un SESSAD peut bénéficier en parallèle d'intervention en psychiatrie.

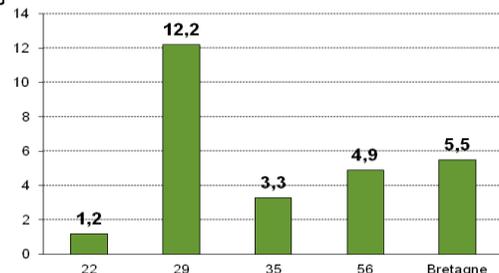
Sur 67 SESSAD répondants à la phase quantitative, 38 déclarent accompagner des jeunes au 30 septembre 2011 ayant par ailleurs un accompagnement en psychiatrie, soit 57 % des SESSAD concernés.

Sur 2 326 jeunes présents à la date de référence, 127 bénéficient en parallèle d'un accompagnement en psychiatrie, soit 5,5 % des jeunes

La part de ces situations varie d'un SESSAD à l'autre, avec des situations nettement plus fréquentes dans le Finistère.

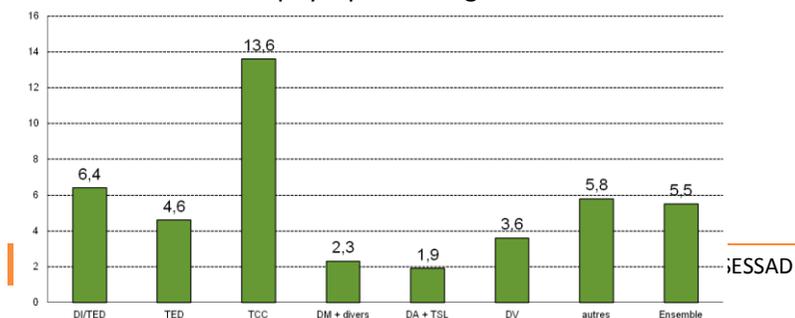


% de jeunes concernés parmi les présents



Ces situations sont nettement plus fréquentes au sein des SESSAD ITEP.

Les SESSAD déficience physique sont également concernés



Ces prises en charge conjointes avec la psychiatrie, en raison de :

- ✓ L'insuffisance ou l'absence de ressources humaines au sein du SESSAD (ex : SESSAD du Poher par le passé, SESSAD Grafic qui renvoie vers droit commun, ...)
- ✓ La continuité des soins engagés en psychiatrie avant l'admission en SESSAD
- ✓ Le choix de certains parents de l'approche thérapeutique
- ✓ La spécificité de l'approche thérapeutique proposée en psychiatrie

Au SESSAD TED de Bohars, 4 jeunes sont concernés par de la psychothérapie en libéral pour des enfants avec peu de souffrance et des capacités. Le SESSAD ne propose pas en interne de psychothérapie, ce qui nécessite le recours à des psychothérapeutes extérieurs. Pour les plus grands, l'idée d'autonomie par rapport à la psychothérapie amène le SESSAD à rechercher des solutions sur l'extérieur.

« La question de l'adhésion de la famille au Sessad ne se pose pas, c'est plutôt la question de la venue et de l'acceptation de soins en psychiatrie qui se pose ; En effet, les familles ont évidemment des difficultés à aller vers la psychiatrie, alors que leur enfant va très mal. Le SESSAD fait un bon travail de préparation des familles au soin en psychiatrie (un cas où les parents sont revenus vers la psychiatrie après une interruption, ce qui les a conduit au SESSAD et ensuite revenus en pédo-psy) (...) Modalités de travail quand un enfant est suivi conjointement par la pédo-psychiatrie et un SESSAD : quand les enfants présentent des pathologies psychiatriques importantes, du fait de la présence d'un médecin au SESSAD, l'équipe est soumise et habituée au secret médical, donc on ouvre nos réunions de synthèse à ces seuls professionnels (mais non ouvertes au CDAS ou écoles...) ; et participation si possible aux réunions dans les écoles sur le projet de scolarisation. L'enfant est accueilli en hôpital de jour à temps partiel,

en parallèle de l'école ; donc la complémentarité est évidente. Par ailleurs, le soin, dans sa diversité, est l'axe de travail essentiel en psychiatrie, ce qui n'est pas le cas en SESSAD » (partenaire de CMP/hôpital de jour)

Moment de la mise en place des interventions de psychiatrie en fonction de l'âge des enfants :

Effectif	< 6 ans	6-10 ans	11-15 ans	16 ans et +	Ensemble
Avant l'admission au SESSAD	4	35	25	5	69
En cours de prise en charge SESSAD	1	11	13	2	27
Pour préparer la sortie du SESSAD		1	1	1	3
Information inconnue	0	8	9	9	26
	5	55	48	17	125

Nature des prises en charge en psychiatrie

	Effectifs	%
CMP	84	66%
<i>dt + CATTP</i>	2	2%
<i>dt + HJ</i>	6	5%
CATTP	9	7%
<i>dt + CMP</i>	2	2%
<i>dont +HJ</i>	1	1%
Hopital de jour	27	21%
<i>dont + CMP</i>	6	5%
<i>dont + CATTP</i>	1	1%
Pédopsy libéraux	9	7%

Rythme des prises en charge

effectifs	CMP	CATTP	Hôp de jour	pédopsy libéraux
3 fois et +/-sem	6		5	
2 fois /sem	9		8	2
1 fois /sem	38	8	9	1
2 à 3 fois /mois	4		1	
<= 1 fois /mois	13	1	3	4
non précisé	14		1	
TOTAL	84	9	27	7

Rdv individuel psychologue en psychiatrie	Rdv individuel psychologue au SESSAD			
	Oui	Non	SR	Total
Oui	10	16	14	40
Non	6	13	2	21
SR	37	6	23	66
Total	52	35	39	127

Rdv individuel psychiatre en psychiatrie	Rdv individuel médical au SESSAD			
	Oui	Non	SR	Total
Oui	16	15	7	37
Non	15	10	0	25
SR	28	15	21	64
Total	59	40	28	127

Rdv individuel paramédical en psychiatrie	Rdv individuel paramédical au SESSAD			
	Oui	Non	SR	Total
Oui	15	8	10	33
Non	14	14	0	28
SR	22	21	23	66
Total	49	43	33	127

Groupe en psychiatrie	Groupe au SESSAD			
	Oui	Non	SR	Total
Oui	11	8	13	32
Non	21	13	0	34
SR	23	25	13	61
Total	52	46	26	127

Psychiatrie	Autres	SESSAD		
		Rdv indiv éducatif	Rdv indiv pédagogique	Autre
Oui	6	110	24	9
Non	24	5	63	36
SR	97	12	40	82
Total	127	127	127	127

- **Pratiques d'interventions conjointes ou parallèles avec des praticiens libéraux**

L'intervention de praticiens libéraux en parallèle du SESSAD répond à divers contextes :

- Une insuffisance ou absence de professionnels au sein du SESSAD (ex : poste d'orthophoniste ou projet de service du SESSAD Grafic qui renvoie vers droit commun, ...)
 - « Avec le départ de l'orthophoniste exerçant à 0.8 ETP, le SESSAD a été amené à solliciter des orthophonistes en libéral afin de maintenir cette prestation pour les jeunes qui en avaient besoin. 12 conventions avec 8 orthophonistes ont été contractualisées » (SESSAD Les Alizés)
- La continuité des soins engagés en libéral avant l'admission en SESSAD,
- Le choix de certains parents de l'approche thérapeutique en raison de sa spécificité,
- L'éloignement géographique du domicile familial par rapport au SESSAD et l'organisation d'une réponse de proximité en libéral

Les entretiens révèlent une hétérogénéité des modalités de coopération avec les praticiens libéraux. Certains SESSAD ont élaboré une convention type signée par les praticiens libéraux avec lesquels ils collaborent. Ces conventions peuvent mentionner les modalités de ce partenariat : participation aux réunions de synthèse, rédaction d'un bilan.

Toutefois, lors de la réunion d'analyse partagée, un représentant de SESSAD fait part du refus de la part de certains praticiens libéraux de ces modalités de coordination.

Les modalités de prise en charge de ces prestations paramédicales extérieures par les SESSAD sont à mettre à plat : ainsi, le SESSAD du Poher

signale ne pas avoir de ligne budgétaire pour les soins paramédicaux extérieurs ni pour les taxis.

La fonction de coordination des soins ou de poste de coordinateur des soins au sein des SESSAD émerge. Ainsi, le SESSAD de la Charente-Maritime devrait créer prochainement un poste de coordinateur chargé de faire le lien avec les kinésithérapeutes libéraux. En effet, afin de palier aux difficultés de recrutement de professionnels, surtout paramédicaux, les services sont contraints de recourir au secteur libéral. (cf article ASH du 31 août 2012 « Les SESSAD en plein essor »).

Des réflexions voient le jour en matière d'adaptation des autorisations SESSAD à l'intensité des accompagnements. Ainsi, le SESSAD A Denn Askell et le SESSAD APF de Plescop ont proposé à la DT ARS 56 un programme expérimental basé sur l'idée de « places de coordination » où le Sessad aurait une fonction de coordination de différents professionnels, dont des libéraux (sur le modèle des SAMSAH coordinateurs) et les professionnels des écoles. Cette organisation pourrait concerner :

- l'entrée dans le Sessad, en travaillant sur l'amélioration du diagnostic avec des neuro-psy pour la déficience, des psychologues pour les TSA, et d'autres praticiens pour la dyspraxie...
- certains sortants, pour préparer les relais, étant donné les enjeux liés à l'arrêt des prises en charge.

Par ailleurs, le projet d'antenne du SESSD APF 29 dans la Maison de santé pluridisciplinaire au Faou (location d'une salle 2 demi-journées par semaine pour des consultations médicales, des séances de rééducation, des rencontres familles ...) met en exergue, au-delà du bénéfice de la proximité géographique, des effets secondaires en terme de partenariat avec les praticiens de cette Maison de santé pluridisciplinaire.

⇒ Préconisations

- **Garantir l'approche globale** qu'offrent les SESSAD et ce quel que soient les modes de recours aux praticiens extérieurs (libéraux ou autre) : **garantir la coordination des interventions** via le projet personnalisé individuel et des temps de coordination avec les différents intervenants
 - ↳ Dans un contexte de recours aux praticiens libéraux et dans l'hypothèse de son développement, affirmer le rôle de coordination et rendre lisible cette fonction de coordination
- **Proposer une convention type de partenariat** entre le SESSAD et les praticiens libéraux mentionnant la participation aux synthèses et la production de bilans écrits.
- **Accompagner l'acceptation par les praticiens libéraux de ces temps de coordination** : chercher des financements sur l'ambulatoire pour la participation aux réunions de synthèse :

cf. Article L221-1-1 du code de la Sécurité Sociale (AQSV)

Modifié par [LOI n°2010-1594 du 20 décembre 2010 - art. 87](#)

Modifié par [LOI n°2010-1594 du 20 décembre 2010 - art. 88](#)

I.-Il est créé un fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

Le fonds finance des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé.

Il finance le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux dans les conditions prévues à l'article [L. 162-45](#).

IV-3. Etapes dans l'accompagnement

Les SESSAD du panel identifient le plus souvent 3 étapes dans l'accompagnement des enfants :

- **Une phase d'admission et d'observation** : période des 2 ou 3 premiers mois où sont réalisées des observations par divers professionnels du service, voire des bilans complémentaires permettant d'identifier plus finement les besoins de l'enfant et les compensations à mettre en place et ainsi d'élaborer le projet personnalisé d'intervention, fil conducteur des interventions des professionnels du service. Un des SESSAD du panel fait état de 3 à 5 séances par semaine par enfant pendant cette période pour réaliser les différents bilans.
- A l'issue de cette première phase, les prestations du service vont consister à **décliner le projet personnalisé d'intervention**. L'intensité des interventions du service auprès de l'enfant et de son entourage varie alors en fonction des situations elles-mêmes, des âges (moins de disponibilités dans les emplois du temps des collégiens et lycéens mais aussi parfois demande d'une mise à distance des professionnels par les adolescents), des événements (entrée au collège, changement d'école, événement familial, ...). La référence à 3 actes par semaine est évoquée comme fréquence d'intervention par des participants à la réunion d'analyse partagée. Ce nombre d'actes à réaliser n'a pas de caractère réglementaire. De plus, le mode de comptage des actes réalisés n'est pas harmonisé entre les services. Enfin, cette intensité de séances par enfants et par semaine varie entre les services.
- Enfin, une troisième étape, celle de la **préparation à la sortie**, est identifiée : les professionnels rencontrés font le constat d'un accompagnement plus léger sur cette période. Ainsi, un des SESSAD du panel n'intervient plus que tous les 15 jours auprès de l'enfant ou de son environnement pour préparer cette sortie. Ce service précise que lorsque qu'il y a plusieurs situations en phase de préparation à la sortie, il accompagne alors un nombre plus élevé d'enfants que celui défini par son agrément. Ainsi, ce « sur-effectif » est fonction du nombre de

sorties en préparation. Un autre service mentionne également n'intervenir qu'une fois par semaine ou tous les 15 jours au lieu des 2 séances par semaine.

La notion de veille

Lors de la réunion d'analyse partagée, un représentant de SESSAD interroge, pour certains accompagnements, la possibilité de faire « une pause » : pour certains jeunes, il serait intéressant de pouvoir espacer les interventions (ex : une fois tous les trimestres) pendant un temps et de pouvoir ré-intensifier ensuite les accompagnements. Cette fonction de « veille »¹⁵ évoquée précédemment permettrait une réactivité utile lors des étapes importantes du parcours (entrée au collège, etc.).

⇒ Préconisations

- Définir un cadre commun de modularité des effectifs accompagnés en fonction des différentes intensités d'accompagnement (Distinguer le sur-effectif de la sur-activité)
- Mettre à plat les modalités de comptage des actes à réaliser par les SESSAD.

¹⁵ **Dispositif de veille** : interventions plus espacées du service, pouvant être mobilisé à l'issue du dispositif d'évaluation en attente de place en « accompagnement classique » ou être mis en place dans le cadre de la phase de préparation à la sortie (ce qui se pratique déjà avec une diminution des interventions dans le cadre des projets de sorties). Dans le cadre de ce dispositif, les interventions seraient plus ponctuelles et devraient permettre une réactivité.

IV-4. Description des mises en œuvre des missions

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (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 ».

La note de cadrage de la Recommandation de Bonnes pratiques de l'ANESM relative aux SESSAD¹ vient réaffirmer le champ d'intervention des SESSAD :

Pour un Sessad, accompagner la socialisation d'un jeune handicapé, c'est l'accompagner dans le développement de ses relations aux autres, dans des interactions avec des milieux de vie et d'activité non spécialisés, et plus largement dans sa vie sociale aux différents âges et la préparation de sa vie d'adulte, professionnelle notamment.

La socialisation est constituée d'appartenances multiples : la famille, le quartier de vie, la structure d'accueil petite enfance, le centre de loisirs ou de vacances, le club de sport ou d'activité artistique, l'établissement scolaire ou de formation professionnelle, etc.

La formation en milieu ordinaire, et notamment la scolarisation, sont des composantes essentielles de la socialisation des jeunes handicapés. Après la petite enfance, l'inscription sociale de tout enfant ou adolescent est d'abord une inscription scolaire. La scolarisation renvoie aux apprentissages et à l'accès au socle commun de connaissances, ainsi qu'à l'intégration à la communauté scolaire, puis à la communauté professionnelle ».

Par ailleurs, les missions des SESSAD sont amenées à évoluer. La réflexion sur les annexes XXIV du Groupe de travail de la Commission Education-scolarité précise que, au regard du principe de la pleine participation de l'enfant et de l'adolescent - dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie - impulsé par la loi du 11 février 2005, les établissements et services médico-sociaux fonctionnent dans **l'esprit de dispositifs médico-sociaux d'accompagnement**, au service du projet individualisé. Ils couvrent tous les environnements de l'enfant (entendu au sens de jeune enfant, adolescent, jeune adulte) en situation de handicap dans tous ses lieux de vie et à tout moment. Afin de garantir la priorité donnée au milieu ordinaire, il est nécessaire de développer des dispositifs d'accompagnement de proximité, qui prendront appui sur un ensemble de réponses organisées en **plate-forme de réponses**.

Si les SESSAD continuent d'accompagner des projets personnalisés, certains d'entre eux assurent d'autres missions. Ainsi, les SESSAD peuvent être experts dans certains domaines tels que l'évaluation, comme cela a été illustré précédemment (bilans, conseils...) en valorisant la compétence des équipes pluridisciplinaires. « *Il pourrait alors s'opérer un glissement d'un mode interventionniste vers un mode d'expertise, au profit d'une évaluation qui prendrait en compte l'observation environnante* ». « D'autre part, les SESSAD pourront mettre en avant une certaine expertise au niveau de l'écoute des demandes des familles et des enfants ? (accompagner, suggérer, laisser le temps du cheminement des familles...)».

Pour décrire la mise en œuvre des missions, ces dernières ont été déclinées selon les domaines suivants, les uns et les autres étant liés et complémentaires entre eux :

- Soins
- Soutien à l'acquisition de l'autonomie (vie quotidienne, intégration sociale, participation...)
- Soutien à l'intégration scolaire
- Soutien au projet d'insertion socioprofessionnelle pour les 16 ans et plus
- Conseil et accompagnement des familles
- Ressources : information/formation/conseils...

IV.3.1. Soins

⇒ Constats

La mission soin se décline via la mise en œuvre de diverses prestations :

- **Approfondissement du diagnostic**

Le SESSAD peut contribuer à l'approfondissement du diagnostic par ses compétences internes ou en coordonnant les consultations spécialisées extérieures.

« Travail pour affiner le diagnostic posé (quelque soit l'âge) : soit au début de la prise en charge (préciser certaines choses, réévaluation) soit en cours de prise en charge, en réactivité à certaines occasions » (SESSAD Mille sabords)

« Des consultations spécialisées extérieures peuvent être mobilisées. Exemple : un diagnostic sur une maladie neuro-musculaire à Brest ou la consultation spécialisée de Kerpape. Le médecin du Sessad assure cette coordination, notamment avec des médecins spécialistes extérieurs. Des membres de l'équipe peuvent accompagner des enfants à la consultation spécialisée de Nantes sur les maladies neuro-dégénératives » (SESSAD A Denn Askill).

« Des bilans sont réalisés par l'équipe, diagnostic technique, explorations complémentaires. Un psychiatre est responsable de l'équipe soin. L'équipe recherche des experts en fonction des autres déficiences (CHM pour les déficients moteurs, SAAAS pour les déficients visuels,). Il existe aussi des suivis post CAMSP. Il y a également des recherches sur le plan de l'épilepsie, orthopédie,... » (SESSAD les Alizés)

- **L'aide au développement psychomoteur initial**

Pour les plus jeunes, le SESSAD peut être amené à soutenir le développement psychomoteur, avec des ressources internes ou en s'appuyant sur les ressources de l'environnement.

« On peut solliciter ALCAT pour l'aide au développement psychomoteur initial » (SESSAD A Denn ASkill)

- **Réalisation d'actes de soins par une diversité des compétences médicales**
- **Réalisation d'actes paramédicaux, rééducations** (kiné, ortho, psychomot, psycho, ergo, etc.)

« RA 2011 : La totalité des jeunes pris en charge au SESSAD a une évaluation deux fois par an, par le médecin pédopsychiatre, assortie d'un entretien familial. Les suivis pédopsychiatriques soutenus sont

mis en place au cas par cas en fonction des besoins. Les jeunes pour lesquels est indiqué un traitement psychotrope sont suivis par le psychiatre et l'infirmière. Ces traitements ont concerné 14 jeunes en 2010.

- *les bilans (pédopsychiatrie, orthophonie, psychomotricité, neuropsychologie) qui se font au moment de l'entrée de l'enfant et qui sont régulièrement réactualisés au cours des années de prise en charge pour mesurer l'évolution du jeune ;*
- *les consultations avec le pédopsychiatre ;*
- *les entretiens de restitution du projet réunissant la famille, le pédopsychiatre et la cadre socio-éducatif. » (SESSAD Mille sabords)*

Les séances de rééducation se déroulent dans les lieux de vie de l'enfant (locaux mis à disposition dans l'établissement scolaire, domicile familial, locaux SESSAD)

« RA 2011 : Rééducation neuropsychologique : il s'agit entre autres de travailler autour de la concentration, de l'attention, de la flexibilité de pensée, des émotions, de l'implicite...

Même s'il n'y a pas de prise en charge directe pour tous, tous les jeunes ont une évaluation régulière (bilan) car cela aide chaque professionnel du Sessad. Les bilans neuropsychoservent à tous les autres intervenants. Dans les enfants pris en charge, la moitié bénéficie d'une remédiation cognitive. Aide à la prise de conscience du fonctionnement et à mettre en place une stratégie. » (SESSAD Mille sabords)

- **Actions de coordination de soins externes par les professionnels du SESSAD**

Le plus souvent, l'ensemble des interventions sont réalisées par les professionnels du SESSAD, toutefois, pour certaines situations, intervention de praticiens paramédicaux libéraux :

- lorsque le professionnel du SESSAD est saturé

- pour des raisons de proximité (Cf. SSEFIS / orthophonistes libéraux)
- à la demande des familles (poursuite de l'accompagnement par l'orthophoniste libéral, choix d'une autre méthode, ...)

(cf chapitre précédent)

- **Activités thérapeutiques de groupe**

« Le groupe « Piscine » : Deux groupes de deux enfants encadrés par une psychomotricienne et la professeur de sport du SESSAD. Ils ont lieu le mercredi. Les objectifs sont de généraliser les acquisitions gestuelles et corporelles abordées en individuel, de se familiariser à être dans l'eau en groupe, (ce qui aide pour l'activité piscine à l'école) et d'aller vers un apprentissage de la natation.

Groupe théâtre : groupe de quatre jeunes collégiens travaille autour des émotions grâce à l'expression corporelle : la posture du corps, la gestion du corps dans l'espace et la mélodie de la voix y sont analysés et séquencés. Ceci est repris dans des saynètes pour adolescents. Ce groupe se réunit à chaque période de vacances scolaires sur une journée complète, avec 2 psychomotriciennes du SESSAD » (SESSAD Mille sabords)

SESSAD A Denn ASkell : voile, piscine, théâtre, espace sensoriel

Dans le cadre de cette mission, les SESSAD mettent en œuvre divers partenariats :

- avec le champ de la psychiatrie (cf partie précédente)
- avec les praticiens libéraux (cf partie précédente)
- avec les structures médico-sociales (CAMSP, CMPP, autres SESSAD, établissements médico-sociaux, Centre ressource autisme (CRA) et équipes associées au CRA)

Sur la mission « Soins », le SESSAD Grafic se différencie des autres SESSAD. En effet, il peut être amené à observer des besoins de soins et dans ce cas il assure un relais vers le droit commun si les besoins sont avérés.

IV.3.2. Soutien à l'acquisition de l'autonomie

⇒ Constats

La mission « Soutien à l'acquisition de l'autonomie » se décline au travers du soutien à l'autonomie dans les activités quotidiennes (ex : toilettes, repas, communiquer) et du soutien à l'autonomie dans les relations sociales et inscription dans la cité (participation sociale).

- **Soutien à l'acquisition de l'autonomie dans les activités quotidiennes**

Cette mission se traduit par la mise en œuvre des prestations suivantes :

- évaluation pour identification des compensations à mettre en place : bilans, observations ...
- mise en place des compensations et accompagnement à leur utilisation :
 - Communication : Apprentissage LSF, braille, utilisation ordinateur, pictogramme, ...
 - Mobilité : Activités individuelles ou collectives ou stage (utilisation fauteuil électrique, canne, transports en commun)
 - Repérage dans l'environnement : Structuration spatio-temporelle,

- Apprentissage d'activités quotidiennes (course, cuisine, ...) : interventions individuelles, ateliers collectifs, stage, ... Liste de tâches (séquençages pour la toilette)

Pour cela, les SESSAD proposent des interventions individuelles ou collectives, dans les divers lieux de vie de l'enfant :

- Intervention au domicile familial pour certains SESSAD : adaptation de l'environnement (ex : structuration spatio-temporelle) ; guidance parentale (repas, propreté, éveil de l'enfant...) ...
« Les éducateurs travaillent sur cette dimension d'autant plus avec les petits, soit en approche individuelle soit en groupe. Possibilité d'intervenir au domicile pour relayer les conseils et techniques, cette approche auprès des parents dans l'enceinte du domicile reste à développer. La psychomotricienne réalise aussi ces interventions ». (SESSAD les Alizés)
- Intervention dans les locaux du SESSAD avec support ;
- Intervention dans la cité ;
- Intervention indirecte auprès des professionnels des lieux d'accueil (ex. : conseil pour la toilette d'un enfant en crèches, centres de loisirs ...)

«Les professionnels du Sessad aident à l'acquisition de l'autonomie, mais uniquement en termes de conseils, par exemple pour la toilette d'un enfant handicapé ; cela dans différents lieux : crèches, centres de loisirs, lieux de loisirs (à la ville de Lorient, dans plusieurs lieux de loisirs, il y a des professionnels dédiés à l'accompagnement des enfants handicapés.). Ces interventions concernent les accompagnateurs de l'enfant, comme les AVS, les nourrices agréées» (SESSAD A Denn Askell).

« L'aide à la vie journalière : les gestes de la vie ordinairement exécutés par les voyants de manière quasi automatique sont parfois source de grandes difficultés. Notre travail va alors avoir pour but de réduire au maximum ces difficultés et de conférer ainsi une plus grande autonomie. Les principaux domaines abordés concernent les soins personnels (habillage, soins de beauté), l'indépendance à table (savoir utiliser un couteau, servir à boire...). Cela concerne également certains aspects de la vie sociale : la reconnaissance de la monnaie, l'utilisation d'un téléphone... D'une manière générale, cela touche à la fonction domestique : savoir entretenir un lieu de vie, effectuer les courses, préparer les repas... Enfin, l'AVJiste est aussi intéressante en ce qui concerne l'adaptation du poste de travail. L'AVJiste travaille avec les parents par exemple pour la toilette, pour reprendre les techniques au domicile. Plus de la moitié des enfants sont concernés par la rééducation en locomotion 1 fois par semaine. Des évaluations, des suivis ponctuels, ou des accompagnements plus soutenus. Besoin en fonction de l'âge. Stage avec 2 ou 3 jeunes sur transport en commun + école chien d'aveugle. Pour les déplacements, prise de repères dans l'environnement (domicile, quartier). Quand il grandit, l'environnement s'élargit (bus). L'intervention consiste à transmettre une technique et sa méthode d'utilisation (temps d'apprentissage, choix de l'outil), utilisation des outils (cane, monoculaire pour grossir comme des jumelles). La locomotion est un enseignement de plusieurs techniques (dont l'utilisation de la canne blanche) qui permettent, aux personnes en situation de handicap visuel, de se déplacer de façon autonome. Elle s'adresse aux personnes aveugles, mais également aux malvoyants dont les possibilités visuelles ne sont pas assez performantes pour leur assurer une sécurité suffisante lors de leurs déplacements. Elle s'appuie sur le développement des suppléances sensorielles pour pallier la vue défaillante. Les interventions spécifiques de ces rééducations s'évaluent au cas par cas, en lien avec les évolutions

des enfants et jeunes, mais aussi en partenariat avec les familles » (SAAAS IPIDV).

« RA 2011 : Le suivi en ergothérapie est orienté vers un travail autour de l'ordinateur : apprentissage du clavier, utilisation efficace de l'outil ordinateur...

Tous les jeunes ont un suivi éducatif, qui peut être fait directement auprès de lui et/ou en entretien familial. La fréquence va de toutes les semaines à une fois par trimestre selon les objectifs poursuivis. Les domaines travaillés sont principalement l'autonomie personnelle et domestique, l'autonomie sociale et les relations frères/sœurs. Ces actions ont lieu à domicile, dans le quartier du jeune ou au SESSAD. Le suivi éducatif est réalisé par les éducateurs et l'infirmière. Il est couplé avec un travail de guidance parentale destiné à améliorer la qualité de vie en famille, modulé en fonction des besoins.

Aide à la communication et au développement langagier : beaucoup en orthophonie, mais repris par plusieurs professionnels et dans les groupes habiletés sociales. Axes transversaux à toutes les interventions. » (SESSAD Mille sabords)

Soutien à l'acquisition de l'autonomie dans les relations sociales et inscription dans la cité (participation sociale)

Cette mission se traduit par la mise en œuvre des prestations suivantes :

- Intervention individuelle éducative pour s'ouvrir aux lieux du droit commun
- Intervention indirecte auprès des différents lieux d'accueil (loisirs, structure petite enfance...) pour présenter le handicap et favoriser l'inclusion de l'enfant

« Rôle des éducateurs référents, lien avec établissement en ce qui concerne l'enfant, les activités sportives, de loisirs, culturelles. Faire lien avec intervenants extérieurs. Sensibiliser les professionnels extérieurs (centre de loisirs). Quand l'enfant entre en crèche, le SAAAIS prend contact pour présenter l'intervention en petits groupes pour l'éveil sensoriel » (SAAAIS IPIDV).

« RA 2011 : Suivi sportif : il s'agit de travailler l'intégration du jeune dans le club sportif de son choix. La professeur de sport du SESSAD explique le fonctionnement du jeune et propose les adaptations nécessaires. Elle intervient dans des domaines très variés : judo, athlétisme, équitation, kayak, basket, football... Cette professionnelle est également en contact avec des professeurs de sport de collègue et des enseignants de primaire, questionnant l'attitude de leur élève avec TED.

Dans les clubs sportifs, centres de loisirs et haltes-garderies : présentation du jeune et de sa problématique, conseils et aide à la prise en charge » (SESSAD Mille Sabords).

« Faire évoluer les environnements (ex : club de sports) : expliquer la déficience, favoriser l'intégration. Idée que le service Grafic est peut-être le dernier maillon pour le jeune avant l'âge adulte pour être au maximum de son autonomie. Trouver les relais et anticiper les délais d'attente. » (SESSAD Grafic)

- Activités de groupe animées par un professionnel ou un binôme de professionnels à visée de socialisation (sorties thématiques ; séjours à l'extérieur sur période des vacances; groupes «habiletés sociales » ...

« Les regroupements : il est important, pour les enfants, adolescents, jeunes adultes suivis par les services, de se retrouver à certains moments avec d'autres personnes présentant le même type de handicap. Ces rencontres permettent parfois de dédramatiser

certaines situations à partir d'un échange entre pairs. Des activités à thèmes sont proposées les mercredis pendant l'année scolaire et sur des temps de vacances. Ces moments sont des compléments nécessaires à l'intégration scolaire et sociale, par la richesse des échanges qu'ils provoquent entre des enfants confrontés à des difficultés semblables. C'est l'occasion de faire prendre conscience à l'enfant de ses capacités, de ses difficultés éventuelles. L'enfant peut ainsi mieux comprendre l'impact de sa déficience visuelle dans sa vie quotidienne. Regroupement sur activité pour montrer les possibilités, donner quelques bases (poney, judo, escalade). L'idée est que l'enfant aille vers des activités de milieu ordinaire, sans accompagnement spécifique. Les débloquent, faire des choses qui semblent impossibles » (SAAAIS IPIDV)

« La notion de groupe a une grande importance pour la spécificité TED car ces jeunes ont du mal à être en groupe, la dimension collective est donc à fortement travailler : il faut élargir la communication à d'autres interlocuteurs que la famille et l'éducateur. Transposition des apprentissages individuels au sein d'un groupe pour travailler la généralisation. Chaque enfant a généralement un groupe mais pas forcément tout le temps au long de son parcours. Il y a une évolution selon les besoins.

Groupes travaillant les habiletés sociales :

- le groupe du mercredi : animé par une orthophoniste et une éducatrice spécialisée, tous les mercredis au SESSAD. Ce groupe est composé de quatre enfants de 10 à 13 ans. Les objectifs sont de travailler les comportements sociaux et les règles conversationnelles (tour de parole, écoute de l'autre, s'intéresser à l'autre,...).
- Le groupe « ados » : animé par une infirmière et une éducatrice spécialisée, un mercredi sur deux. Ce groupe est composé de quatre adolescents de 14 à 17 ans. Les objectifs de ce groupe sont

également de travailler les comportements sociaux en y ajoutant les problématiques spécifiques des adolescents.

- *le groupe « préados » : ce groupe est composé de cinq jeunes de 12 à 16 ans. Les objectifs sont de travailler sur la gestion des ressentis corporels, évoluer au sein d'un groupe, apprendre les codes sociaux et travailler sur les émotions. Ce groupe est animé par une psychomotricienne et une orthophoniste. Il a lieu tous les vendredis.*
- *le groupe « chacun son tour » : composé de quatre enfants de 8 et 9 ans, il est animé par une orthophoniste et une éducatrice spécialisée. Les objectifs posés sont d'apprendre à évoluer au sein d'un groupe, de jouer et de converser ensemble. Cela inclus de gérer ses émotions et d'élargir ses centres d'intérêt. Il a lieu tous les jeudis.*
- *le « p'tit groupe » : cet atelier a pour objectifs d'apprendre à de jeunes enfants à évoluer en groupe, accepter la présence des autres, travailler sur l'échange, sur l'autonomie, sur la gestion des émotions et de la frustration, sur la demande spontanée et l'imitation. Ce groupe est animé par une infirmière et une éducatrice spécialisée. Il est composé de trois enfants de 5 à 9 ans. Il a lieu tous les mardis.*
- *le groupe « Le regard et la main » : animé par une ergothérapeute et une psychomotricienne. Le graphisme est abordé avec un support ludique. L'expression, la concentration et la socialisation y sont également travaillées. Il est composé de trois jeunes de 8 à 12 ans.*
- *Le groupe « foot » : composé de cinq jeunes de 10 à 15 ans. Il reprend les apprentissages faits en individuel pour les transposer en collectif et permet à ces jeunes de pouvoir s'intégrer dans une cour de récréation. Il est animé par une psychomotricienne et un professeur de sport. Il a lieu, à chaque période de vacances*

*scolaires, sur un terrain de sport de la ville de Rennes, avec la participation d'un club.
(SESSAD Mille sabords)*

- Travail sur les scénarii sociaux dans l'école par rapport à des problèmes de comportement

IV.3.3. Soutien à l'intégration scolaire

⇒ Constats

La mission de soutien à l'intégration scolaire est à comprendre avec le sens donné à la scolarisation par l'ANESM dans sa note de cadrage des recommandations relatives aux SESSAD :

« La scolarisation renvoie aux apprentissages et à l'accès au socle commun de connaissances, ainsi qu'à l'intégration à la communauté scolaire, puis à la communauté professionnelle »

Cette mission est étroitement liée aux autres missions, et plus particulièrement à la mission de soutien à l'autonomie. Les professionnels des SESSAD témoignent devoir préciser aux parents que leurs missions ne relèvent pas du soutien scolaire.

« Au niveau des projets éducatifs, on entend leur demande (celles des familles) et on prévient qu'on n'intervient pas dans le domaine scolaire. » (un SESSAD du panel)

Cette mission se décline en plusieurs modalités d'intervention :

- interventions directes dans la classe
 - En début d'année, au changement d'enseignement ou de classe, pour présenter l'enfant et ses difficultés aux autres élèves

- Temps d'observation de l'enfant en classe pour identifier compensation à mettre en place (TED, DV, DA...)

« Très rarement, si l'enseignant remarque des difficultés. Les enseignants du service peuvent assister en tant qu'observateur pour cibler les difficultés » (SAAAIS IPIDV)

« RA 2011 : en intervention pour le groupe classe : explications sur les difficultés de leur camarade, sur son comportement pouvant paraître étrange. Ces réunions se font systématiquement à l'entrée en 6ème, en 2nde ou pour tout changement d'école, mais pour la plupart des jeunes, il faut le refaire chaque année.

Temps d'observation : l'ergothérapeute pour voir comment l'enfant est installé en classe» (SESSAD Mille sabords)

- interventions directes dans les temps hors classe dans l'enceinte de l'école

- Intervention de socialisation / soutien à l'intégration dans temps collectifs (récréation, repas, ...) (TED, DV, ...)

« Intervention auprès du personnel de cantine, garderie : information concrète sur l'accompagnement de l'enfant. L'éducateur référent intervient dans les écoles en semaine, temps pour faire du lien avec le personnel des écoles et avec CPE du collège » (SAAAIS IPIDV)

« Le plus souvent, l'éducateur travaille avec l'enfant en dehors de la classe. Par exemple, sur le temps de restauration ou de récré, il essaie de voir ce qu'il peut mettre en place, de voir ce que l'enfant peut faire,

comment organiser le temps... Groupe mixte à l'école : sur le temps de récréation, l'éducateur propose des jeux avec enfants TED et enfants de l'école. Cela va se développer. » (SESSAD Mille sabords)

- Intervention pour soutenir les apprentissages

« Temps individuels pour reprendre les apprentissages, avec des supports adaptés, apprentissage des outils, méthodes pour être autonome dans les apprentissages, dans les locaux des établissements scolaires, mais hors classe. Permet de proposer un lien régulier avec l'enseignant. Il faut trouver des approches pour acquérir la théorie avec son support spécifique » (SAAAIS IPIDV)

- interventions indirectes auprès des enseignants : informations à chaque nouvel enseignant ou équipe pédagogique + aide tout au long de l'accompagnement, afin de faire comprendre le fonctionnement de l'enfant. Préparation des séjours avec l'équipe scolaire (classe verte, séjours au ski, séjours à l'étranger).

« RA 2011 : transmission d'informations à chaque nouvel enseignant ou équipe pédagogique ainsi qu'une aide tout au long de l'accompagnement, afin de leur faire comprendre le fonctionnement des enfants TED pour une meilleure adaptation de leur action auprès de l'enfant. » (SESSAD Mille sabords)

- Intervention de l'enseignant spécialisé : SAAAIS IPIDV et PEP 22, SESSAD A Denn Askell

- interventions indirectes auprès des AVS : transmission d'informations à chaque nouvel AVS, ainsi qu'une aide tout au long de l'accompagnement;

« RA 2011 : transmission d'informations à chaque nouvel AVS, ainsi qu'une aide tout au long de l'accompagnement, afin de leur faire comprendre le fonctionnement des enfants TED pour une meilleure adaptation de leur action auprès de l'enfant. Auprès des enseignants des AVS et EVS, explications sur le comportement et le fonctionnement cognitif du jeune. Ces réunions se font pour tous les jeunes en début d'année scolaire. Elles sont renouvelées dans l'année autant que de besoin » (SESSAD Mille sabords)

- mise à disposition des AVS et enseignants d'un livret qui recense tout ce qui peut être mis en place (SESSAD Bohars)

- participation aux réunions à l'école (ESS) et réunions éducatives

« Chef de service, éducateur référent sont présents à l'établissement. Occasion de faire le point global, briefe avec l'ensemble des acteurs. Des questions précises peuvent surgir, assez utiles d'être à plusieurs du SAAAIS. » (SAAAIS IPIDV)

« RA 2011 : Tous les enfants suivis bénéficient d'un Projet Personnalisé de Scolarisation. Dans ce cadre, les intervenants du SESSAD assistent aux équipes de suivi de scolarisation et aux équipes éducatives qui ont lieu une à trois fois par an, dans les établissements scolaires. Le suivi scolaire se fait également par des rencontres régulières avec les enseignants et équipes pédagogiques tout au long de l'année scolaire » (SESSAD Mille sabords)

- Transcription : SAAAIS IPIDV

« travail important de transcription des supports de cours, des examens. Ex : une carte peut nécessiter 3 supports intermédiaires pour se faire une image globale (pour une carte pour les malvoyants). Ne se mettra pas en place spontanément, il faut un apprentissage : reconnaître la forme, la texture dès la petite enfance. Développement sensoriel -> c'est repris par l'ensemble de l'équipe (avant de mettre l'enfant au braille, on travaille le tactile) » (SAAAIS IPIDV)

Témoignages de parents

« C'est compliqué à la MDPH, on n'a pas d'éléments clairs d'information, on ne sait pas à quoi les enfants ont droit, on ne comprend pas toujours les réponses. Avoir une AVS était indispensable pour qu'il suive sa scolarité ; au début c'est nous qui avons employé quelqu'un, puis une asso, puis l'Académie. Et le Sessad nous a aidés à remplir les dossiers de demandes. Il y avait des réunions régulières, plusieurs dans l'année : parents, école, AVS, Sessad... Notre fils a eu des interventions de kiné, ergo, psychologue, éducateur par le Sessad et un suivi par le médecin du SESSAD, sur plusieurs années, à domicile et à l'école. Les bénéfices pour notre fils ont été très très positifs, sans ces interventions, il n'aurait pas pu suivre cette scolarité. L'école ne l'aurait pas accepté sans l'intervention du SESSAD ; il n'aurait pas été dans ce parcours. Les enseignants peuvent être de bonne volonté, mais ils peuvent aussi avoir peur et le Sessad les a aidés, et c'était difficile aussi de persuader l'administration. De même, les échanges qu'on a eus avec les professionnels du Sessad ont eu des effets importants sur la

relation parents-enfant. » (mère d'un jeune suivi par le SESSAD DM du panel)

« Garçon de 13 ans suivi par le SESSAD ITEP depuis 2 ans. Mère dépressive. Le père vient d'être licencié pour raison médicale. Difficulté de l'enfant très jeune, notamment hyperactivité, était suivi avant en pédo psy. C'est l'enseignante référente qui a parlé du SESSAD aux parents. L'intervention du SESSAD a permis qu'il reste en CM2, en redoublant, et tienne en 6^{ème} (« il mettait le bordel dans la classe ») ; Il vient de passer en 5ème mais c'est très difficile en raison des problèmes de comportement, du nombre de retenues, des problèmes de discipline. A pu tenir en classe aussi grâce à l'AVS. Le fils a rencontré régulièrement les professionnels du SESSAD : un éducateur, le psychologue, le psychomotricien. Les parents ont rendez-vous de temps en temps. C'est positif, mais il n'y a pas d'amélioration » (père d'un jeune suivi par le SESSAD ITEP du panel)

« Garçon de 11 ans, en CM2, pris en charge en pédo-psy à l'hôpital, avec une orthophoniste en libéral au début. Proposition du SESSAD par l'hôpital, après le CRA. Difficultés à l'école, il a fallu lutter pour avoir une AVS, refusée tout le temps de la maternelle, arrivée en CP ; l'école a été impliquée pour sa scolarisation. « 2 ans sans SESSAD à l'école, c'était difficile, on se sent moins encadré, moins soutenu pour affronter l'équipe scolaire. Le SESSAD renforce le lien entre l'école et la maison ; ils peuvent me donner des conseils, ils sont avec moi, je sais que je serai toujours aidée. »(...) « Mon fils n'a plus de crises, il est beaucoup plus décontracté, c'est moins anxiogène, on a moins peur du lendemain, on stresse moins, on est plus relax ... c'est à mettre au bénéfice des interventions du SESSAD, c'est un tout...» la mère témoigne du rôle important du SESSAD dans la réussite de l'intégration scolaire, et dans le développement et renforcement ou la non détérioration des liens entre jeune et parents. Le garçon a bénéficié de l'intervention de l'ergothérapeute

pour ses difficultés d'écriture, de la pédo-psy, de l'orthophoniste, de la psychologue, de la psychomotricienne parfois. « Il ne prend pas de médicaments ; on nous l'a suggéré parfois pour le calmer, mais je ne suis pas pour... » (...) le SESSAD rencontre l'AVS à l'école, c'est nécessaire car elle vient de Pôle Emploi et ne connaît pas l'autisme (...) La prise en charge par le SESSAD facilite les choses, car tout est centralisé, du fait de la présence du pédo-psychiatre dans le SESSAD, c'est un travail d'équipe, l'osmose est meilleure, il connaît son petit monde.(...) Depuis 2 ans au SESSAD, « que des choses positives, le suivi est vraiment très bien, on se sent beaucoup plus soutenu et épaulé qu'en pédo-psychiatrie. Ils nous aident aussi à prendre du recul par rapport à notre enfant. Je connais des mamans qui sont perdues, sans Sessad. Rencontre des parents avec le SESSAD une fois par mois, mais pas de groupes de parole parents, « on aimerait bien rencontrer d'autres parents » (mère d'un garçon suivi par un SESSAD TED)

IV.3.4. Soutien au projet d'insertion socio-professionnelle

⇒ Constats

Parler de projet de vie c'est aussi envisager l'accompagnement du projet professionnel, ainsi se pose la question de la limite d'agrément de la plupart des SESSAD (20 ans). L'évolution vers un SESSAD PRO exige une évolution de l'agrément mais aussi le développement de nouvelles compétences au sein des SESSAD.

Se pose alors la question de la durée de l'accompagnement ? Jusqu'où aller ? avec une nécessité de définir des limites de temps cependant et parallèlement de nécessité de rechercher les maillages, les passages avec les autres partenaires sur un territoire donné, au risque de se confronter à une certaine solitude si ces relais ne sont pas préparés et accompagnés.

- Soutien à l'insertion professionnelle (recherche de stage, suivi apprentissage,)

« Soutien à l'intégration scolaire et professionnelle mais pas de suivi de l'apprentissage. Aide à la recherche d'un établissement adapté, à l'orientation professionnelle pour beaucoup de jeunes IMC et cérébraux lésés ; et pour les quelque uns qui font des études supérieures. Accompagnement à l'entrée en Segpa, ULIS et lycée professionnel » (SESSAD A Denn Askell)

« RA 2011 : Le travail engagé auprès des adolescents autour de leur orientation scolaire nous amène également à nous rapprocher des Centres d'Information et d'Orientation. Des rendez-vous avec des conseillères d'orientation-psychologues ont eu lieu. Ce travail se poursuit notamment pour les jeunes en fin de collège, qui doivent choisir une orientation. Cela se fait en lien avec l'association « Osons l'égalité ».

Il existe une fiche synthétique de présentation pour chaque jeune (points forts, points faibles, adaptations) qui peut être transmise au lieu de stage à la demande du jeune et de sa famille, ainsi que des documents d'informations.

Mais pas d'intervention physique, il n'y pas de demande, de besoin des familles. » (SESSAD Mille sabords)

« Le SESSAD peut être amené à accompagner certains jeunes dans leur recherche de stages obligatoires (avant dernière, dernière années d'ULIS collège et première année de lycée) : par exemple, comment se présenter devant un patron. A la demande de l'enseignant uniquement, le SESSAD peut également faire le lien entre l'école et le lieu de stage. Cela n'est arrivé qu'une fois. L'éducateur, par contre, peut intervenir dans le lieu de stage pour aider la famille sans sa démarche. Le problème de la professionnalisation va se poser avec certains jeunes qui vont être

en UPI lycée et quid de leur avenir après ? Il y a Grafic » (SESSAD ADAPEI 56)

La Bretagne s'est dotée récemment d'un SESSAD régional à vocation professionnelle pour les jeunes déficients intellectuels âgés de 16 à 25 ans.

« Spécificité du SESSAD Grafic qui intervient :

- Recherche de stage (ULIS lycée,...) : préparation à la période de stage, faire évaluation, définition des nouvelles orientations à travailler.
- Déplacement, accompagnement en entreprise avec les jeunes, définition des tâches pendant le stage, définition de ce qui sera observé, bilan à la fin du stage parfois en binôme avec enseignant.

Axes d'intervention

Le SESSAD régional à vocation professionnelle GRAFIC propose quatre axes d'intervention. En fonction des besoins repérés, certains d'entre eux seront privilégiés.

1 - Projet professionnel

Évaluer les capacités et les compétences. Élaborer, valider un parcours d'accès à l'emploi réaliste qui s'envisage d'abord en milieu ordinaire, en collaboration avec la famille et l'équipe enseignante : recherche de lieux de stages, définition des objectifs, suivis, bilans, analyse de postes, ...

2 - Accompagnement des familles

Écoute des questionnements, attentes, inquiétudes, incertitudes, ... Propositions et conseils. Informations personnalisées en fonction de la situation du jeune.

3 - Soutien à la scolarité

Accompagner l'intégration dans la communauté scolaire (place de la tâche scolaire pour le jeune et sa famille) ; accompagner la démarche d'orientation professionnelle : accompagner le

développement socio professionnel du jeune en lien avec les différents environnements.

4 - Développement de l'accessibilité

Faire évoluer les environnements : représentations et attentes ; compensation / adaptation ; information / expertise ; lieu ressource pour les différents partenaires : entreprises, équipes éducatives

Information / Expertise

Faire évoluer les environnements d'accueil (stage, apprentissage, futur emploi) = information des tuteurs, monter en compétences par rapport à la déficience intellectuelle, évaluer les postes de travail pour voir ce qui est à adapter, ce qui peut être revu, observer où pourrait être le jeune en réussite, scénario d'accompagnement, analyse des tâches, être lieu de ressources pour les entreprises. »

Les SESSAD peuvent également être porteur de projet alternatif pour les jeunes accompagnés. Ainsi, le SESSAD ADAPEI 56 antenne de Ploermel a proposé à certains jeunes de pouvoir bénéficier de stages ou d'utilisation des plateaux techniques d'IMPro :

« Dans le cadre du projet personnalisé de scolarisation (PPS), des expérimentations ont été mises en œuvre pour répondre à cette réaffirmation que la scolarisation des enfants et adolescents porteurs de handicap en milieu ordinaire peut être complétée par la nécessité de temps partagés entre les différentes institutions. Le SESSAD devenant ainsi le coordinateur et le lien entre tous les partenaires du projet de scolarisation. Ces actions concrètes, menées par le SESSAD, pour les jeunes adolescents scolarisés en ULIS, avec différents IMPro du département, sont des périodes de stage (atelier-internat), ou une utilisation des plateaux techniques. Cependant, dans le cadre d'une scolarisation partagée, il n'est plus possible, actuellement, de poursuivre l'accompagnement par le SESSAD »

- Soutien à l'acquisition de l'autonomie dans le logement (habiter son logement, aide aux activités domestiques, ...)

« Depuis 2 ou trois ans, usage d'un appartement d'essai de Kerpape, pour ceux qui approchent de 18 ans, avec un service d'accompagnement. Et usage d'une auto-école spécialisée de Kerpape. Appel aussi une ou deux fois au SRISP, service de réinsertion socio-professionnelle de la Mutualité. » (SESSAD A Denn Askell)

« Regroupement, séjour en appartement-hôtel. Court séjour pour les 15/16 ans pour autonomie (carte bancaire, téléphone portable, préparation des repas. » (SAAAI IPIDV)

« Les relations avec le Sessad sont régulières et diverses : par mail, par téléphone, dans des entretiens de visu. A un moment on ne sait plus faire, que ce soit pour les difficultés sociales ou les discussions qu'on a avec les référents du jeune nous aide beaucoup à comprendre ses difficultés, et ça facilite nos relations avec lui. (...) Quand il y a un Sessad, les parents sont moins présents ; sans Sessad, les familles ont plus investies mais en général il s'agit de familles plus favorisées » (enseignant en lycée, section professionnelle et en ULIS pro)

IV.3.5.. Conseil et accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant

⇒ Constats

- Aide aux démarches administratives et sociales : cette assistance consiste à les aider dans leurs démarches d'enregistrement de leurs dossiers, d'ouverture de droits et de demande d'aide pour une prise en charge plus rapide des conséquences du handicap de leur enfant.
- Aide pour l'acquisition de techniques et méthodes auprès de la famille : Adaptation des installations pour compenser et prévenir les handicaps : actes techniques pour prévenir la survenue du handicap. Transferts de compétences, des outils ou proposition d'appareillage pour compenser les difficultés associées au handicap ou risquant de l'être.

« Séances particulières pour groupe de parent sur matériel spécifique » (SESSAD A Denn Askill)

« Structuration de l'environnement apprise aux parents : aide visuelle, séquençage... » (SESSAD Mille sabords)

- Guidance parentale

« Le soutien psychologique est fait au niveau de l'enfant uniquement. Par contre, la psychologue du SESSAD peut inviter la famille à consulter un psychologue. Les familles sont rencontrées une fois par trimestre par la psychologue. Il s'agit de bilan, de guidance. Ces rencontres permettent aussi des éclairages sur la pathologie, le handicap de l'enfant. Pour autant, s'il n'y a pas de soutien psychologique au sens strict du terme (pas de démarche thérapeutique), des parents sont parfois dépositaires de "choses énormes". Donc, dans ce cas,

la psychologue reçoit les familles en souffrance pour apaiser les choses. Le SESSAD peut ponctuellement apporter une réponse. On est encore dans la limite de notre travail. De toute façon, le 0,75 ETP de psychologue laisse peu d'espace pour une démarche thérapeutique auprès des parents » (SESSAD ADAPEI 56)

- Soutien psychologique auprès des membres de la famille lors du processus de révélation du handicap

« Proposition d'un soutien psychologique auprès des parents et des familles lors du processus de révélation du handicap. Il s'agit d'aider les familles les plus fragiles pour prévenir les difficultés et permettre aux parents de suivre l'évolution de l'enfant.

« Café des parents d'enfants polyhandicapés animé par la psychologue ; Suivi régulier psychologique des familles en groupe » (SESSAD A Denn Askill)

- Organisation d'activités en groupes parents – enfants – familles : groupe fratrie, groupe de parole, ...

« Groupe d'expression 1 fois/an réunissant les familles des enfants accueillis.

Mise en place de groupes « fratries », par âge, pour faire parler les jeunes de leurs frères/sœurs.

Groupe de parents (actuels ou anciens) qui se regroupe tous les 2 mois dans une salle à Bruz, à l'extérieur du Sessad. Groupe informel, non créé par le Sessad mais par les parents eux mêmes. Le Sessad n'intervient pas, il relaie juste l'information aux nouveaux parents. » (SESSAD Mille sabords)

- aide auprès des parents pour la suite des soins et l'accompagnement des enfants : les SESSAD assurent un rôle d'information auprès des familles pour les diriger vers les établissements afin de continuer la prise en charge des enfants. Les professionnels accompagnent les parents au cours des premières visites et pour certains, ils assurent un lien avec eux après l'orientation de leur enfant

« Le SESSAD accompagne les familles vers des établissements relais dans le suivi de leur enfant, des visites d'établissements, de services organisées par l'assistante sociale » (SESSAD Alizés)

IV.3.6. Ressources » (Information, formation, conseil au-delà de l'intervention auprès des situations individuelles, hors temps indirect lié à l'accompagnement d'un enfant)

⇒ Constat : rôle accru des SESSAD dans l'appui à l'environnement

Les SESSAD constatent un développement de leur fonction ressource à l'égard de divers acteurs tels que :

- les MDPH
- des structures de droit commun
- ainsi qu'à l'égard des autres structures médico-sociales

Ce rôle accru des SESSAD dans l'appui à l'environnement de l'enfant, familial, scolaire ou de loisirs se traduit d'une part par l'appui aux familles

par rapport à l'ouverture des droits de compensation (ex : montage dossier MPA¹⁶/PCH aide technique). (cf mission soutien aux familles)

D'autre part, ce rôle d'appui se traduit par des interventions indirectes sur l'environnement : appui aux professionnels, conseils, transfert de compétences ou d'outils, adaptation (ex : transcription), sensibilisation et actions de compensation auprès de l'environnement. Dans des situations complexes où l'enfant met souvent à mal l'ensemble des liens sociaux qui l'entourent, notamment à l'école, ce travail contribue à soutenir les professionnels en difficultés, à créer un cadre contenant pour l'enfant et à le maintenir dans un cadre de scolarisation ordinaire.

Lors de la réunion d'analyse partagée, les professionnels nous informe qu'un groupe de travail dans le Morbihan, piloté par la DDJSCS et la CAF est en cours sur les accueils périscolaires et l'appui du médico-social. De même, la mairie de St Brieuc a un projet de formation de son personnel avec l'intervention du SESSAD. La mairie de Rennes a fait appel au SESSAD Mille Sabord pour travailler sur les temps de cantine et de loisirs, mais aussi avec les CLSH ou les colonies de vacances.

Par ailleurs, des professionnels des SESSAD interviennent dans le cadre de formation de professionnels de l'Education nationale (formation des AVS notamment).

Cette évolution s'accompagne chez certains professionnels d'une crainte d'une non prise en compte/non-valorisation de ces interventions indirectes.

⇒ Préconisations

- Harmoniser le mode de comptage des actes des SESSAD, en intégrant les actes d'appui à l'environnement, en référence aux Recommandations de l'Anesm

¹⁶ MPA : matériel pédagogique adapté

IV.3.7. Les lieux d'intervention (extraits de l'atelier 4 des 9^è journées nationales SESSAD)

Locaux du SESSAD

Si les rendez-vous administratifs, avec la direction ou l'assistante sociale (qui se rend également à domicile) se déroulent généralement au service (mais pas exclusivement) sans que cela pose question, les thérapies, les rendez-vous avec les psychologues et les consultations médicales nécessitent quelques précisions.

L'entretien individuel avec un psychologue reste aujourd'hui identifié par le jeune et ses parents comme une situation relative à un trouble psychique de même qu'une consultation médicale est relative à un trouble somatique.

Ces entretiens ou consultations relèvent en cela d'un cadre spécialisé, d'un espace temps spécifique, scandé et protégé. Ils impliquent un lieu relativement en retrait de ceux où se déroulent les activités du groupe de pairs (les locaux du SESSAD, un bureau isolé dans un équipement de proximité), autrement dit un isolement spatial nécessaire à l'intimité des propos tenus et donc à la confidentialité qui doit les protéger.

Un bureau trop identifié à une autre activité (administration, rééducation, permanence sociale), ou le caractère temporaire d'une pièce différente à chaque fois, n'offre pas un espace suffisamment propice à la relation de confiance ou à l'élaboration intrapsychique.

Ainsi les locaux scolaires paraissent inappropriés. Plus encore, le domicile familial.

Domicile familial

Le domicile est le lieu premier développement physique, psychique et cognitif de l'enfant, celui où se déroulent les activités de la vie quotidienne fortement connotées sur le plan affectif. Chez elles, les familles sont sur leur terrain, elles accueillent mais elles y craignent l'intrusion, le contrôle social. Lors de la venue des professionnels à domicile il s'instaure un système en équilibre entre pouvoir et dépendance.

Des dispositifs explicites sont donc là plus qu'ailleurs nécessaires pour soutenir le professionnalisme des intervenants (précisions sur les horaires, la pièce utilisée, le matériel disponible, la présence ou l'absence du parent...).

Pour permettre aux parents de pouvoir être reconnus dans leurs responsabilités et soutenus dans la promotion de leurs ressources propres par une suppléance ponctuelle et limitée, l'intervention des professionnels à domicile sera plus rigoureusement encadrée que tout autre intervention (engrenage de la dette et du don, équilibre à rechercher entre dimension professionnelle et investissement personnel) : (accepter un café, un repas, rester seul au domicile, conduire quelqu'un en voiture, être appelé par son prénom, tutoyé...).

Deux questions vont se poser : pourquoi intervenir au domicile et comment y intervenir, la réponse à la seconde découlant nécessairement des réponses à la première.

L'objectif de l'intervention du SESSAD à domicile sera-t-il :

- de soutenir le développement de l'enfant (sur le plan pédagogique ou psychoaffectif) ?

Sans doute pas prioritairement à domicile ou en réponse à des besoins repérés (impossibilité de déplacement).

- de favoriser une observation des interactions parent-enfant, mais alors pourquoi nécessairement ou exclusivement au domicile ?

Ex : Un service accueille un enfant de trois ans présentant un important retard psychomoteur dont l'origine n'est pas déterminée. L'équipe émet l'hypothèse d'un équilibre familial perturbé par des événements violents et de l'assignation de l'enfant à un statut de bébé. Un bilan psychomoteur est projeté mais l'objectif des professionnels est double (et non explicité auprès de la maman) puisqu'ils souhaitent en même temps observer les relations mère-enfant. Une intervention à domicile est organisée. Les professionnels sont mal à l'aise, la maman déroutée et réticente, l'enfant adopte des attitudes en conséquence.

L'équipe analyse la situation, réalise le flou conceptuel de ses objectifs et l'inadaptation du cadre. Les professionnels proposent alors de travailler avec la mère non plus en la prenant comme objet d'observation mais en faisant alliance avec elle pour cette observation et de le faire dans un premier temps dans le

cadre de la salle de psychomotricité. La maman va y observer son enfant conjointement avec la psychomotricienne. Ultérieurement une observation à domicile pourra avoir lieu en explicitant l'intérêt de cette séquence dans le cadre de vie ordinaire de l'enfant.

- De construire une représentation plus précise de l'environnement matériel du jeune et de la place qu'il a dans l'espace familial. L'intervention à domicile est là indispensable
- De permettre au parent présent de s'appuyer sur le professionnel pour développer des savoir-faire ou encore de proposer un aménagement répondant à des difficultés d'organisation familiale. Intervention possible à domicile mais aussi au service ou dans d'autres espaces de vie du jeune.
- D'aller au devant de parents qui ne peuvent prendre l'initiative d'une démarche.

L'établissement scolaire

L'école est le lieu de l'apprentissage visant à préparer l'enfant à sa future insertion professionnelle et sociale. Trois professionnels y interviennent généralement :

L'enseignant spécialisé en SESSAD assure des accompagnements individuels. S'il est généralement admis que son activité ne se situe pas au domicile (sauf incapacité du jeune à se déplacer) et ne porte pas sur l'aide au devoir (mission plutôt de l'éducateur), la spécificité de sa pédagogie mérite d'être précisée.

Consiste-elle en remédiation psychopédagogique, en soutien scolaire ou en médiation dans la relation avec les autres élèves ou les enseignants ?

Lorsque l'enseignant en SESSAD effectue du soutien scolaire, ce n'est pas de façon substitutive à celui ordinairement assuré par l'enseignant de l'Education nationale (qui est celui qui détermine la progression et la méthodologie pour l'ensemble de la classe).

S'il est présent en classe, l'enseignant du SESSAD prend en compte les particularités de mécanismes cognitifs du jeune affecté par le déficit d'une fonction et il met en place des moyens de compensation (braille, langue des signes, informatique, ou aides psychopédagogiques) qui vont lui permettre de suivre les cours.

Hors de la classe il s'agit plus de remédiation cognitive, l'école n'est alors pas le lieu unique et obligatoire de ce type de prise en charge.

En salle des maîtres (en réunion mais aussi sur les temps intermédiaires), la double connaissance qu'a l'enseignant spécialisé du fonctionnement cognitif du jeune et des caractéristiques du système scolaire ou de formation professionnelle lui permet de partager certains éléments du diagnostic psychocognitif élaboré avec les autres membres de l'équipe du SESSAD et de faire des préconisations relatives à la scolarisation et la formation. Sa présence (ainsi que celle des autres membres de l'équipe) dans les locaux scolaires au-delà des stricts horaires de prise en charge est souvent un élément déterminant le positionnant comme un partenaire particulier plus que comme un spécialiste extérieur.

L'éducateur :

Autant sa présence en classe à la maternelle et au primaire est le plus souvent bien acceptée et à la source de collaborations fructueuses, autant ses interventions au collège et au lycée ont nécessité une redéfinition de sa mission et de son lieu d'exercice.

Cela n'a pas toujours été de soi.

N'ayant pas toujours sa place dans les salles de classe, son intervention peut en être morcelée (interclasse, demi-pension, rendez-vous durant les heures de permanence).

Ni « pion », ni animateur mais interface du lien social, il est présent en récréation au self ou en salle de permanence, anime des activités du foyer socio-culturel, ouvertes à l'ensemble des élèves, accompagne des sorties pour médiatiser la relation entre les jeunes accompagnés et leur environnement.

Quels que soient les niveaux de scolarité, l'éducateur favorise aussi les acquisitions grâce à sa connaissance du handicap ou par l'aide aux devoirs (le plus souvent hors de l'école) lors d'activités collectives partagées avec les enseignants ou les rééducateurs (activités de langage, d'écriture ou de lecture, séquences sportives ou sorties, ateliers d'expression...).

Le rééducateur :

Il n'intervient pas uniquement à l'école et, si cela a lieu, ce peut être pour éviter au jeune des déplacements chronophages et fatigants. Dans ce cas, le cadre spatial (et temporel) va constituer un ensemble de signes qui fourniront des indications sur la nature de la séquence.

L'intervention d'un orthophoniste ou d'un psychomotricien pour une séance de rééducation dans le cadre d'une salle affectée à cette activité marque une situation dédiée à des acquisitions spécifiques référées à des progressions, à des méthodes préétablies.

La co-intervention de ce même rééducateur dans une activité collective en classe ou au gymnase avec un éducateur ou un enseignant nécessitera que soit précisé le registre de son intervention dans la mesure où le cadre ne suffira pas à caractériser l'intervention registre pédagogique ou thérapeutique, modalité de soutien à la participation d'une activité avec d'autres jeunes...)

A l'école le repérage des lieux affectés au SESSAD mérite d'être pensé :

La signalétique du SESSAD plus ou moins visible dans les structures scolaires implique la confrontation au regard des autres, le risque d'être, de se sentir à part.

Le lieu où se trouve le jeune comme les groupes auxquels il appartient, les personnes qu'il rencontre, les activités qu'il pratique lui renvoi quelque chose de qui il est et dit quelque chose de lui à son entourage (parents, camarades, enseignants).

Nommer le handicap (rendre visible pour tout un chacun les lieux d'intervention des professionnels spécialisés) peu certes stigmatiser mais autorise à questionner, permet de comprendre, d'intervenir de manière positive. Ne pas nommer conduit à une non-reconnaissance, forme de déni de la réalité. On peut donc penser que la visibilité du service marque la banalisation de la situation d'insertion et des aides qu'elle nécessite.

L'adhésion de l'enfant à la présence du service dans les locaux scolaires doit cependant être recherchée, particulièrement avec les adolescents qui pour un temps ou pour certaines prises en charge pourront être reçus au service.

Dans les dispositifs collectifs de socialisation :

Lieux de loisir, du temps choisi, consacrés à l'épanouissement personnel et au développement de liens sociaux (j'y inclue les lieux d'accueil de la petite enfance), ces situations de vie courante ne nécessitent pas d'être conceptualisées par le SESSAD puisqu'elles existent de fait. C'est le sens de la présence des professionnels dans ces situations qu'il s'agit d'éclairer par des modalités d'organisation spatio-temporelles en rapport.

S'agit-il de les utiliser comme occasion d'apprentissage, d'y intervenir pour faciliter la mise en relation, la socialisation ou comme support de l'expression personnelle et de l'élaboration psychique ?

Ex : Je prendrais par exemple l'intervention d'une avéliste et d'une instructrice de locomotion qui s'est déroulée durant une activité sportive, pour accompagner ses déplacements ou ses démarches. Il ne s'agissait pas d'une intervention éducative au sens où elle ne se substituait pas au rôle éducatif des parents ou aux responsabilités des animateurs mais plutôt d'un temps pédagogique, où, en accord avec les participants, elle a soutenu des apprentissages techniques.

Les temps d'intervention ont été déterminés en commun, les objectifs énoncés : Aider le jeune aveugle à prendre des repères auditifs et à s'orienter dans l'espace de la piscine, conseiller le maître nageur sur les indications qu'il aura à fournir au jeune.

L'intervention a été ponctuée dans le temps par des évaluations du niveau d'autonomie atteint de façon à ne pas se pérenniser sur un mode prothétique empêchant l'enfant, ses parents ou les intervenants extérieurs de développer et de s'approprier des stratégies personnelles.

L'existence et la disponibilité du SESSAD suffisent quelquefois à réduire les obstacles.

Ex : La désignation d'un éducateur référent jugée indispensable à l'admission d'un jeune en centre de loisir n'a été suivie que de quelques sollicitations, s'espacant au fur et à mesure que l'accueil du petit Paul prenait le pas sur l'inscription « d'un handicapé ».

Les espaces

Concernant les lieux d'interventions, il ressort des différents échanges : La nécessité d'un questionnement systématique pour définir le lieu le plus pertinent pour l'intervention des professionnels du SESSAD.

Ce questionnement doit prendre en compte :

- Les possibilités effectives d'accueil des lieux d'intervention
- L'âge : en effet, il a été souligné que les adolescents ne souhaitaient pas toujours la présence du professionnel SESSAD dans les lieux scolaires ou de formation.
- Les caractéristiques liées aux types de handicap
- La nature des interventions : celles de la dimension « soin » se font principalement dans les locaux des services.
- La clarification du rôle de l'école et de celui du SESSAD : les interventions dans la classe, les relations avec les parents concernant la scolarité.

Les lieux d'intervention se sont diversifiés et les professionnels ont souligné une réelle ouverture sur la cité. Enfin l'intervention au domicile parental a fait l'objet de nombreux échanges.

Pour certains, l'appellation « domicile » dans le sigle SESSAD faisait référence exclusivement au domicile parental.

Pour la majorité des participants, la notion de domicile se réfère « aux lieux de vie de l'enfant ou adolescent » comme cela est mentionné dans les annexes XXIV.

Des professionnels ont indiqué que pour les très jeunes enfants, les séances au domicile étaient fréquentes.

Des professionnels ont développé les conditions nécessaires pour aller au domicile dans le respect des uns et des autres.

Annexes

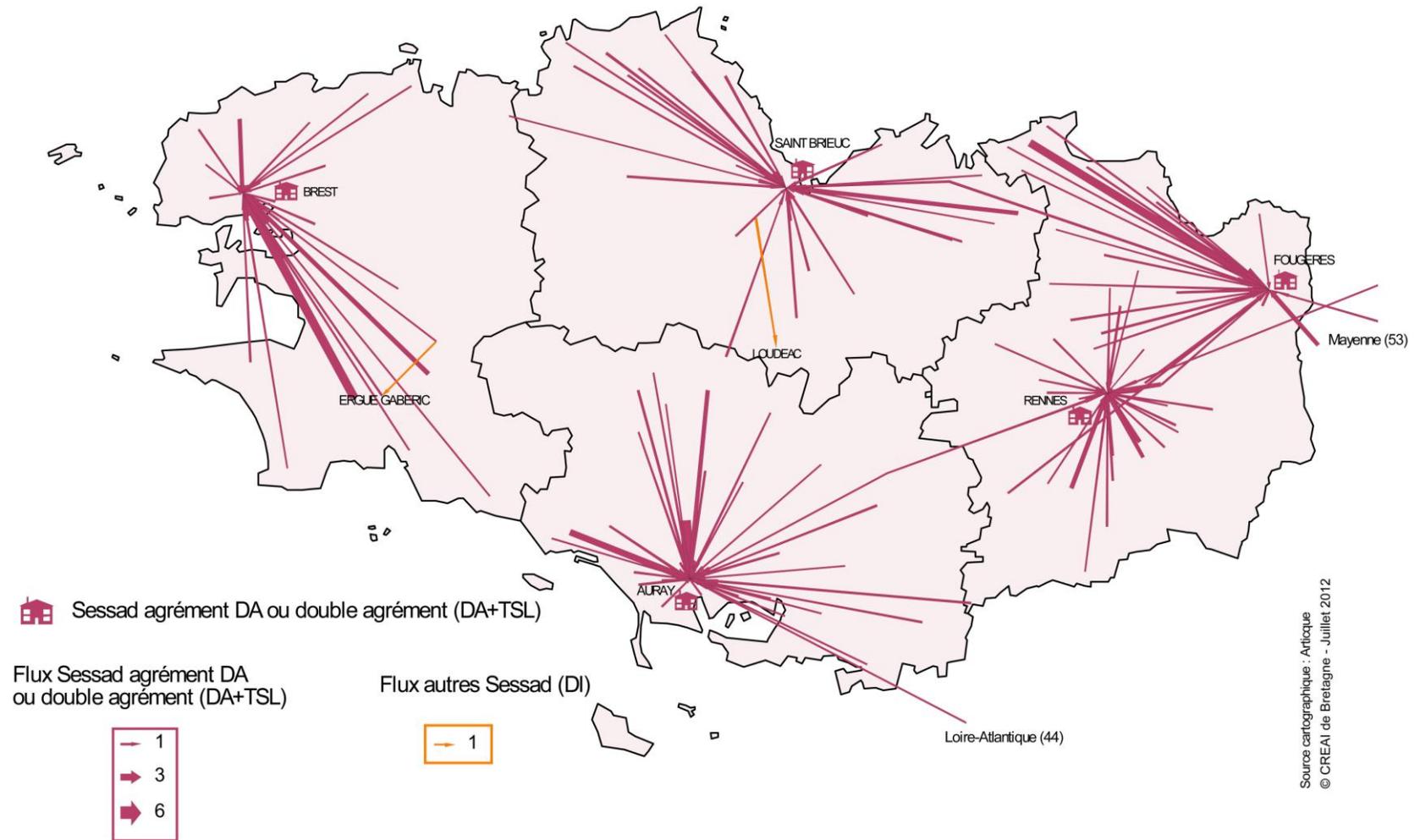
Annexe 0 : Présentation du Dispositif d' évaluation de la situation de handicap du SSEFIS Paul Cézanne

- Rencontre des familles pour vérifier l'adéquation de l'orientation
 - Objectifs :
 - Évaluer la situation globale des usagers
 - Apporter des premières réponses ponctuelles
 - Prioriser les dossiers en vue des admissions
 - Moyens :
 - Agrément de 5 places pour étudier 40 situations dans l'année
 - 5 professionnels réguliers et ponctuellement l'équipe du SSEFIS
 - 2 réunions hebdomadaires (3 h /semaine)
 - Passage en commission
 - Types d'actions proposées :
 - Participation aux ESS (systématique)
 - Info TSL/surdité aux éts scolaires
 - Évaluation et/ou mise en place des logiciels de compensation
 - Entretiens individuels, contacts famille
 - Contacts avec les partenaires (enseignants réf, méd scolaires, CMPP, ortho libéral ...)
 - Évaluation des actions menées
 - Évaluation dans les 5 mois / au PPI
 - En commission

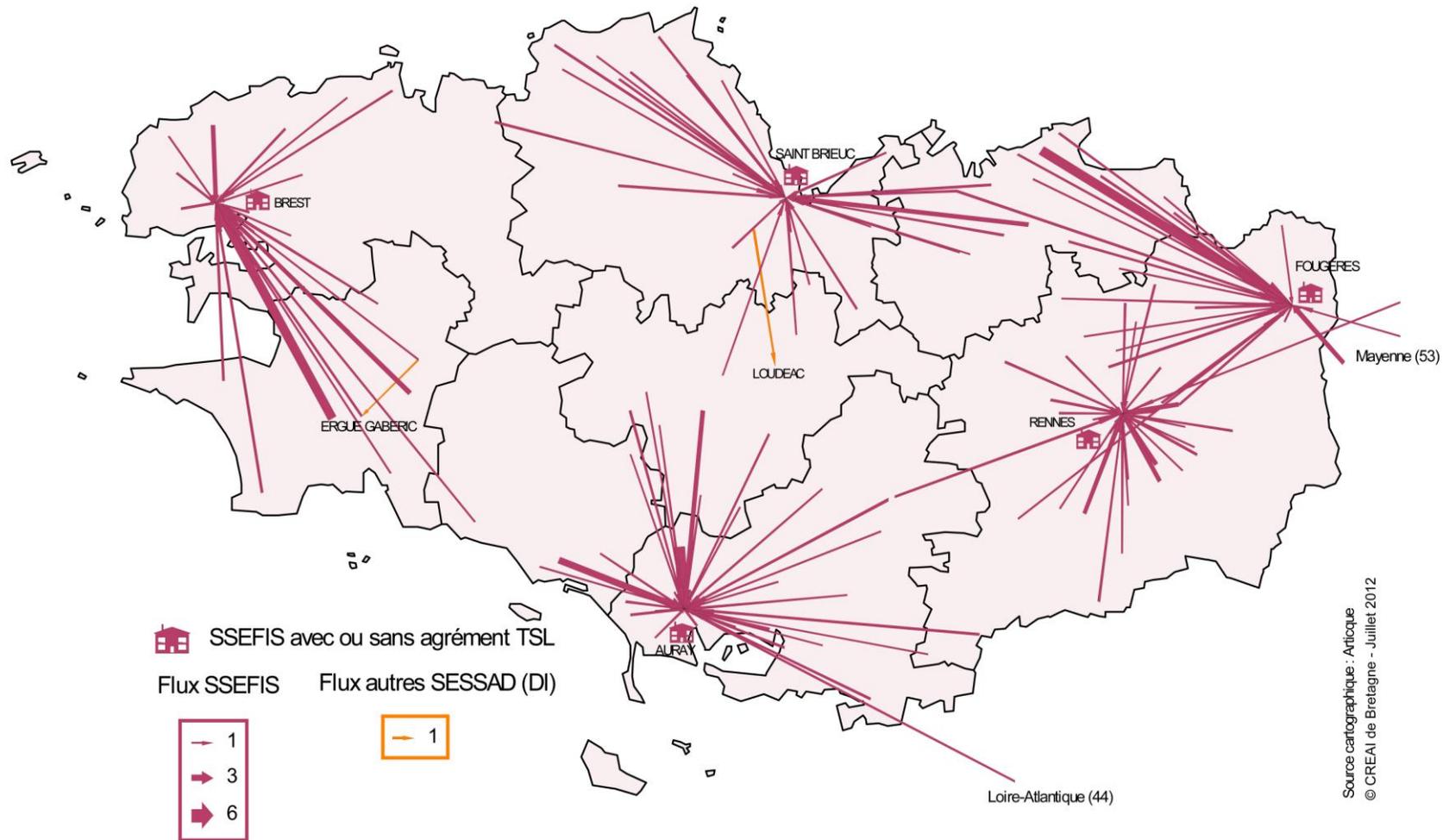
Annexe 1 :

Domiciliation des jeunes admis dans un SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, par déficience principale.

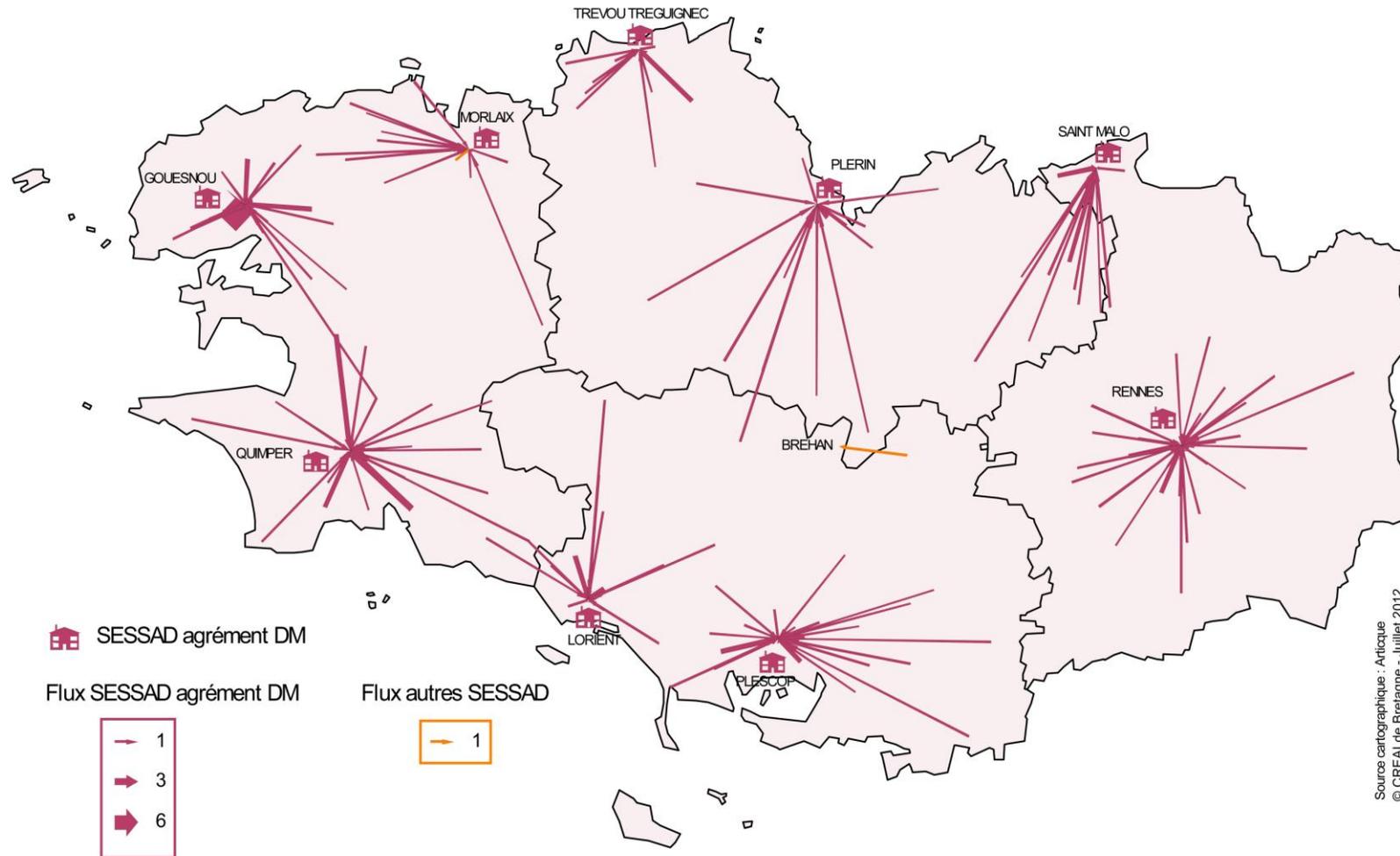
Domiciliation des jeunes déficients auditifs admis dans un SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, par département



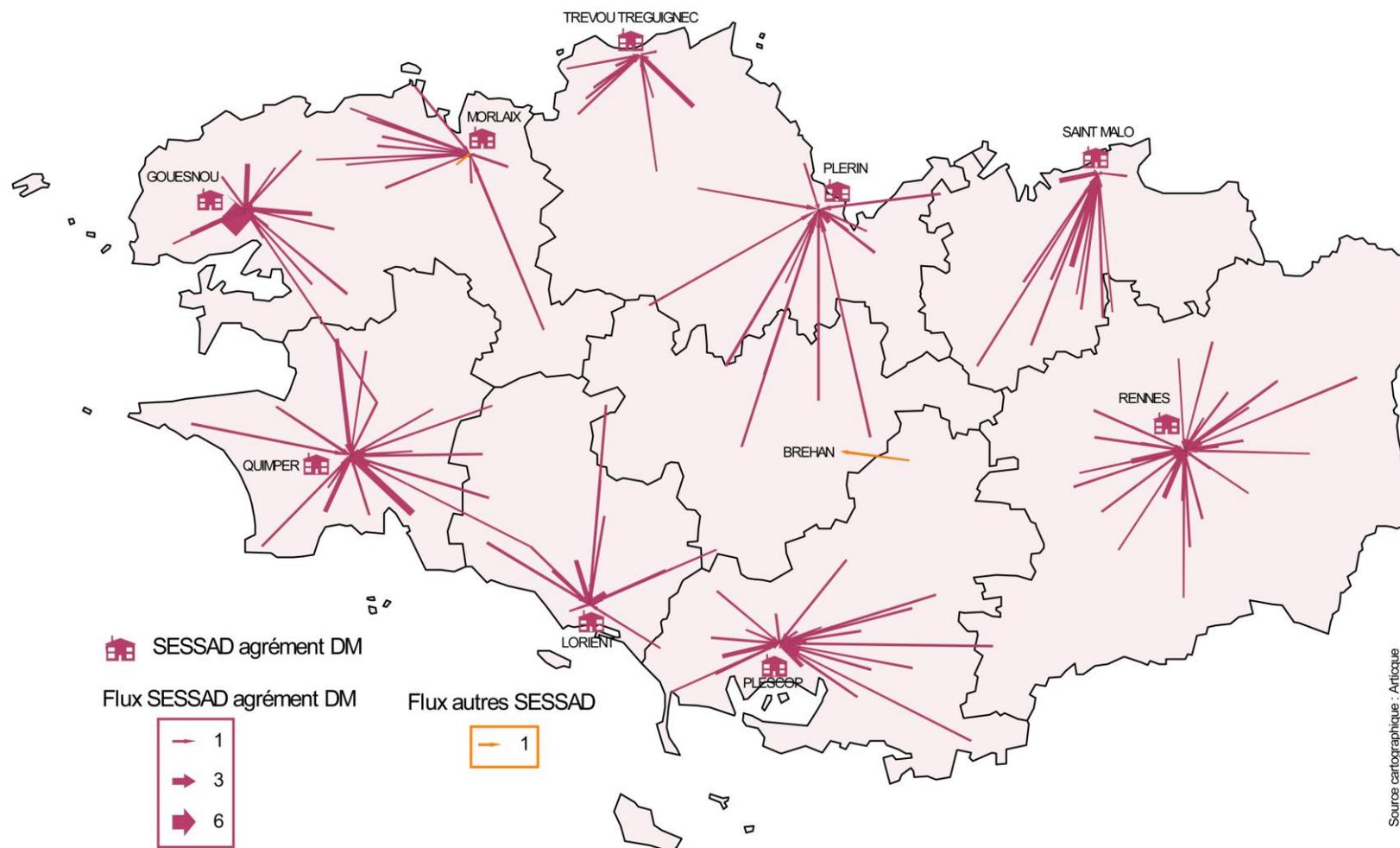
Domiciliation des jeunes déficients auditifs admis dans un SESSAD de Bretagne,
entre janvier 2007 et septembre 2011, par territoire de santé



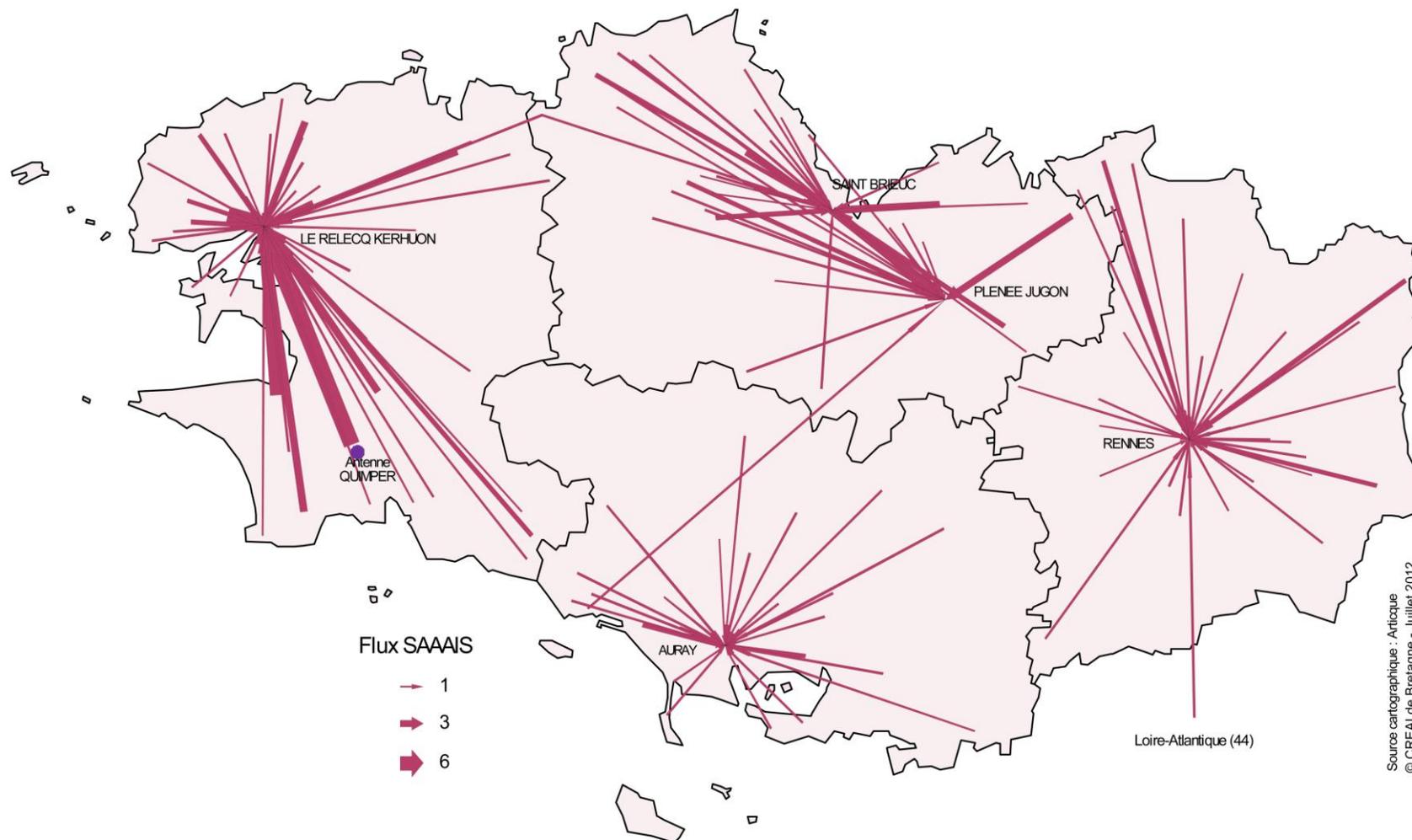
Domiciliation des jeunes déficients moteurs admis dans un SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, par département



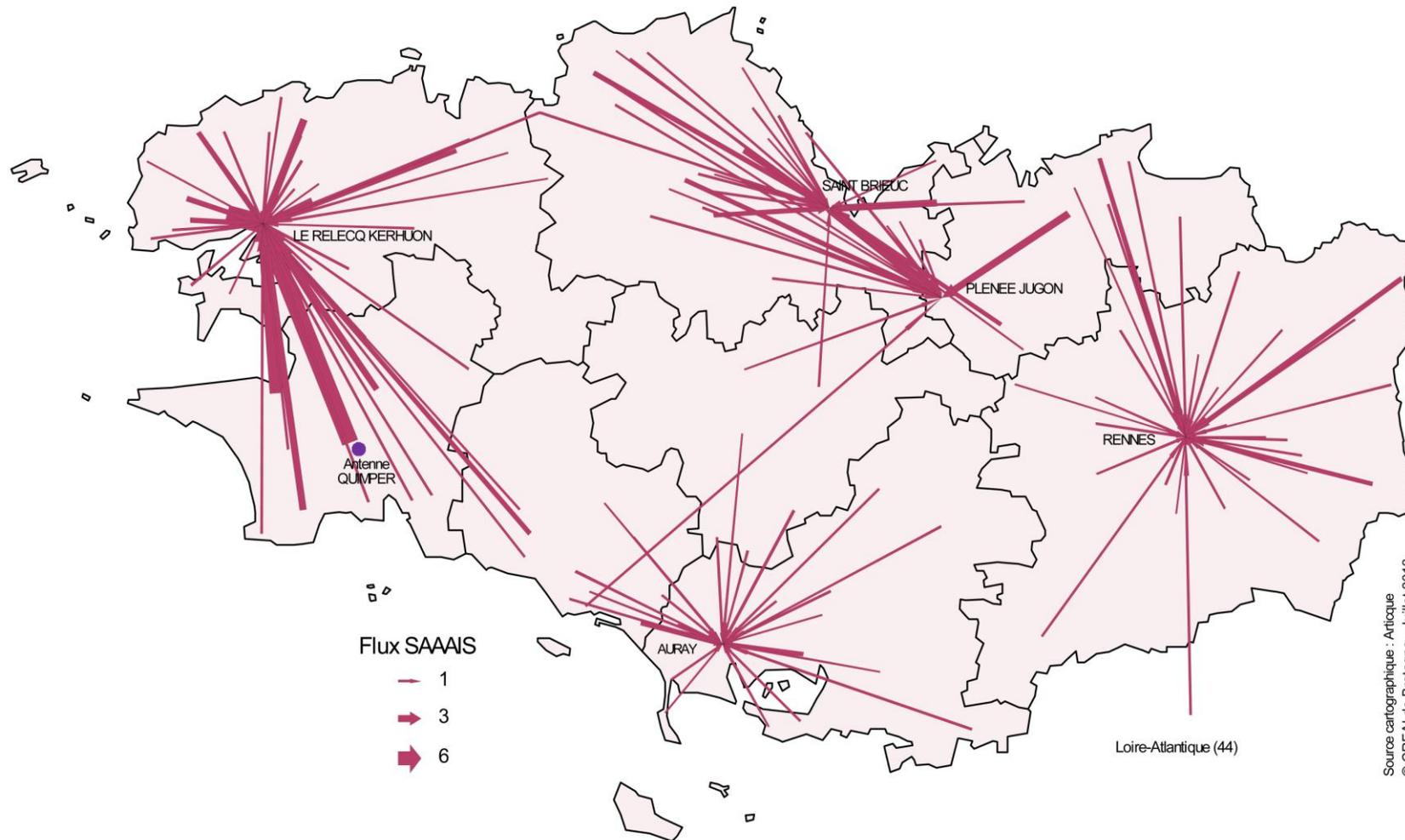
Domiciliation des jeunes déficients moteurs admis dans un SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, par territoire de santé



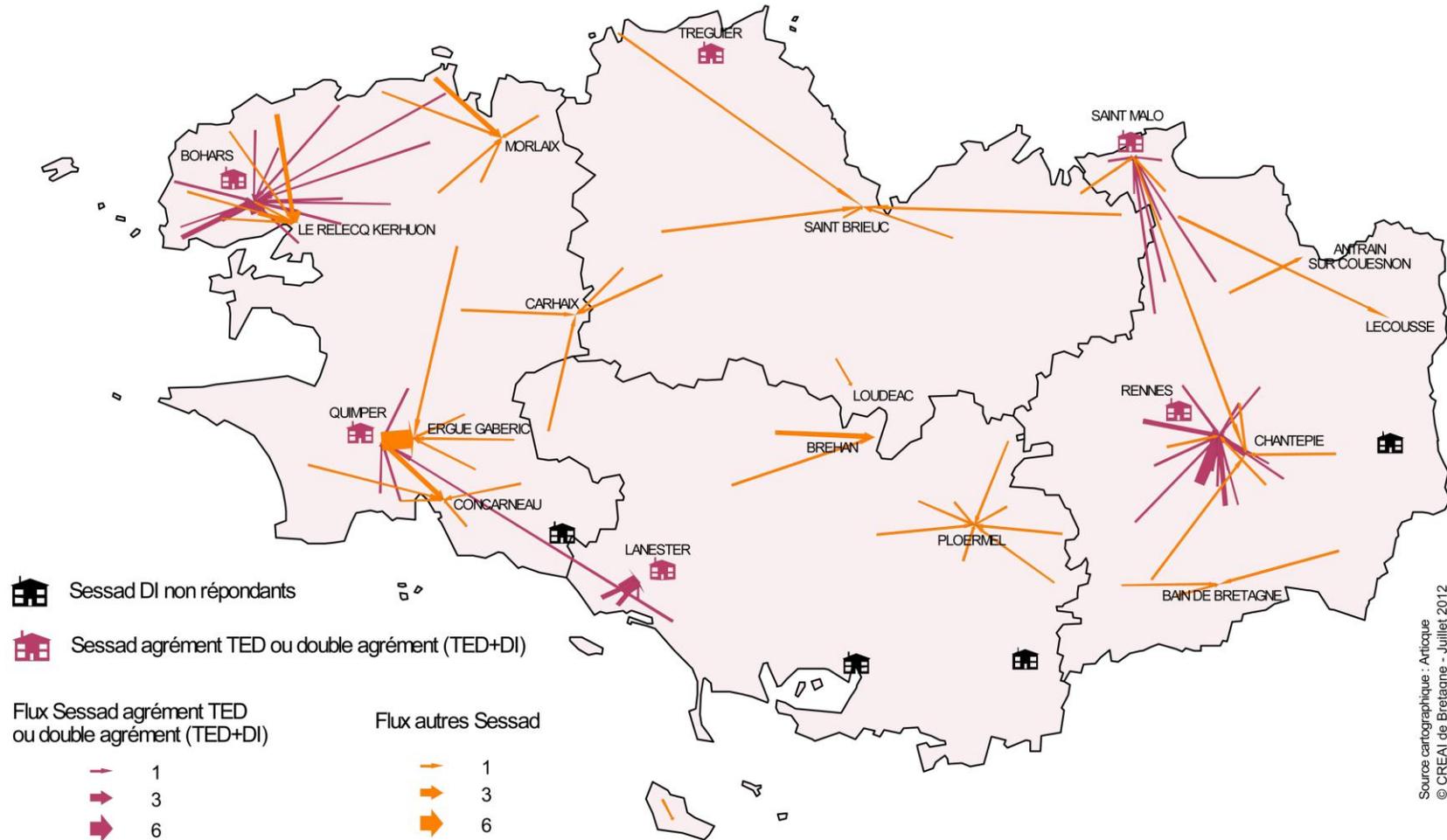
Domiciliation des jeunes déficients visuels admis dans un SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, par département



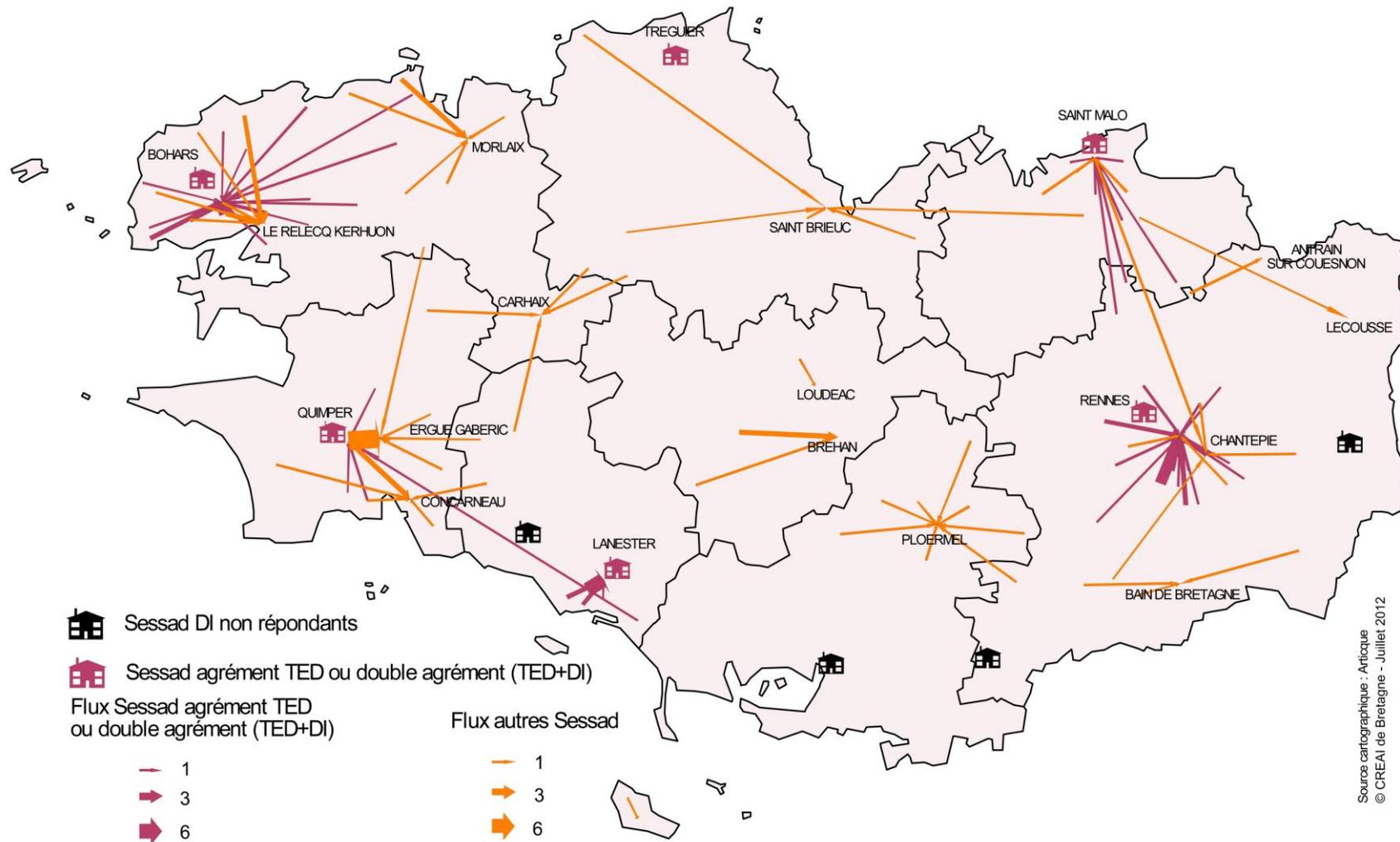
Domiciliation des jeunes déficients visuels admis dans un SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, par territoire de santé



Domiciliation des jeunes autistes/TED admis dans un SESSAD de Bretagne,
entre janvier 2007 et septembre 2011, par département

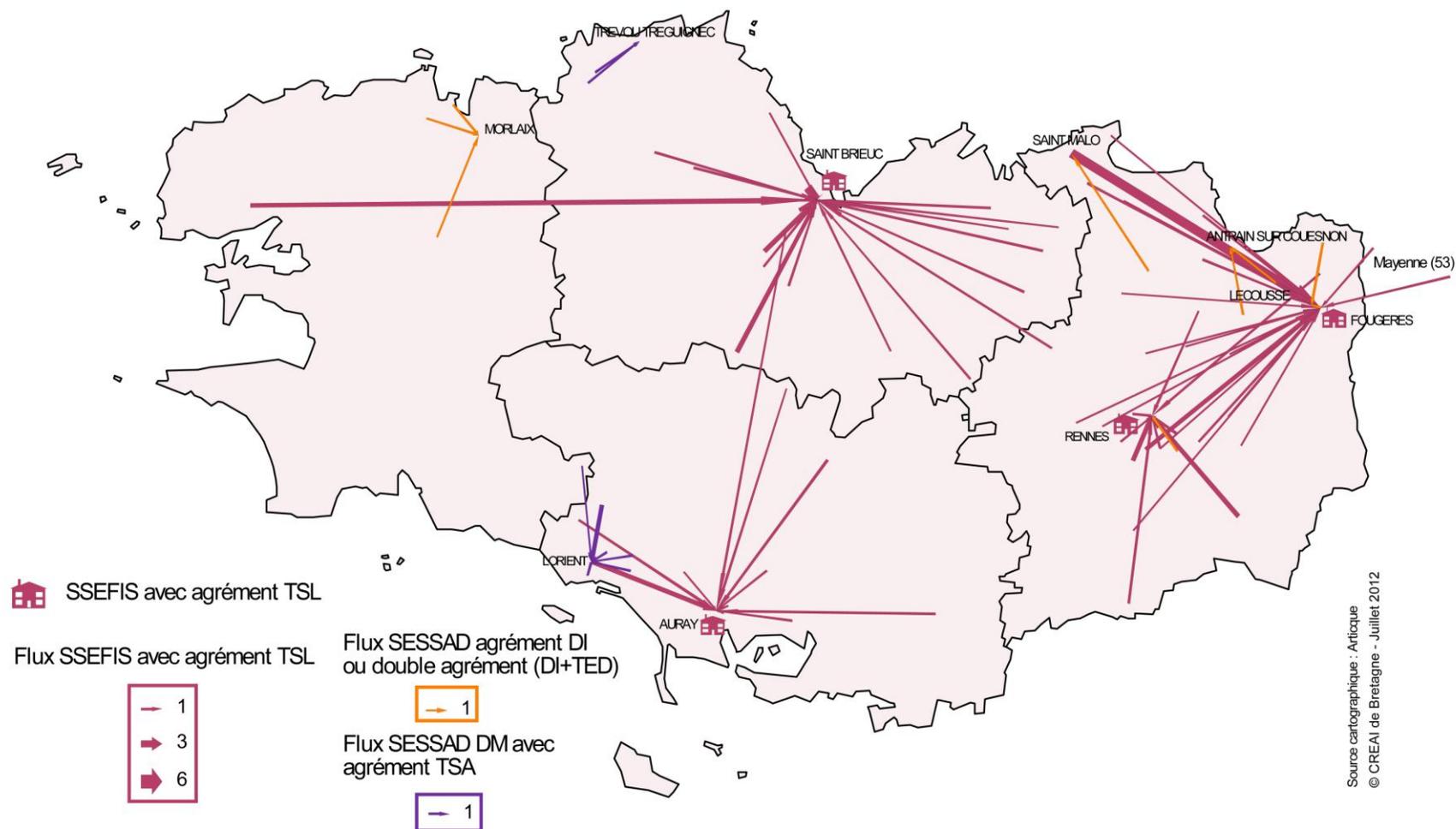


Domiciliation des jeunes autistes/TED admis dans un SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, par territoire de santé

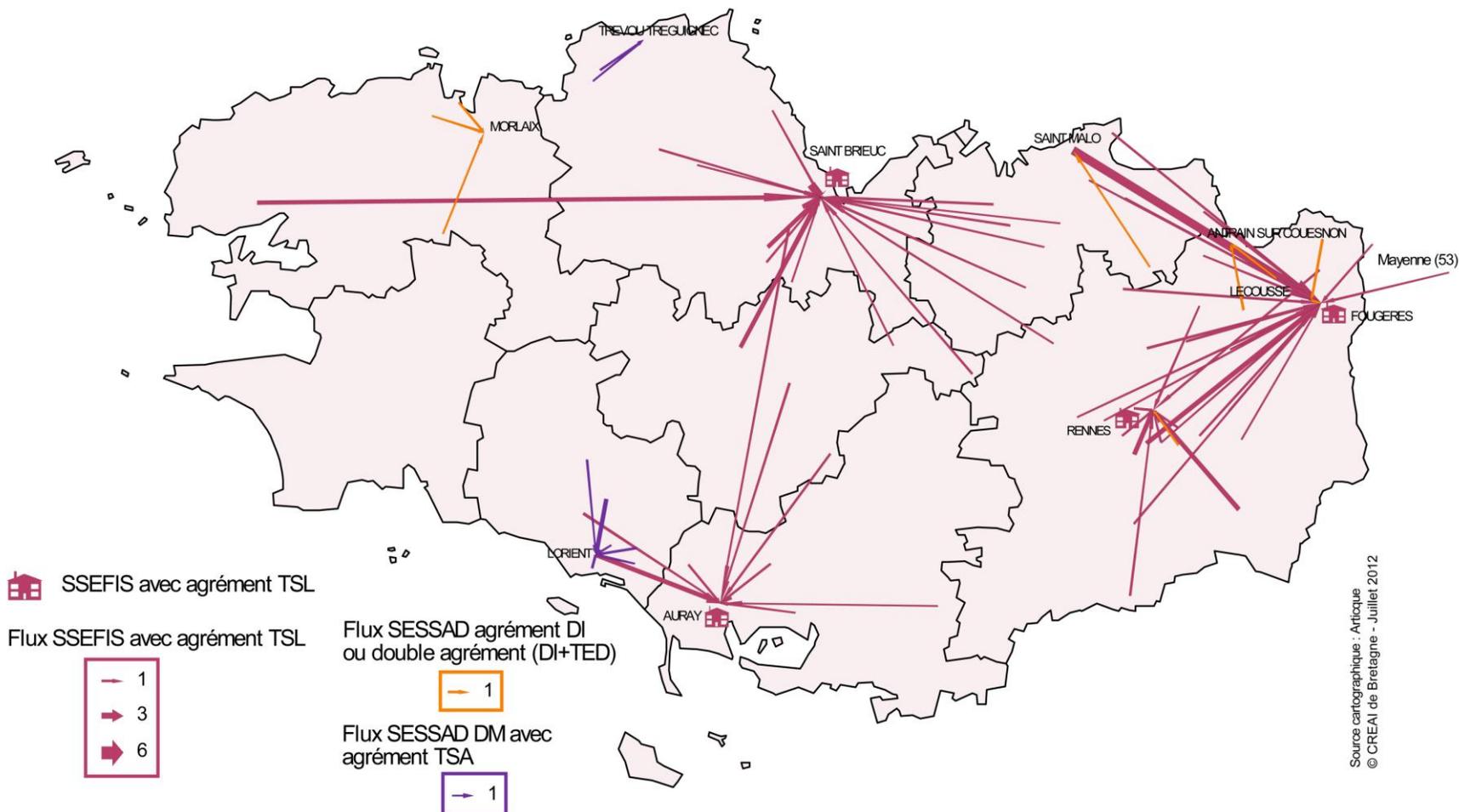


Source cartographique : Arctique
© CREA de Bretagne - Juillet 2012

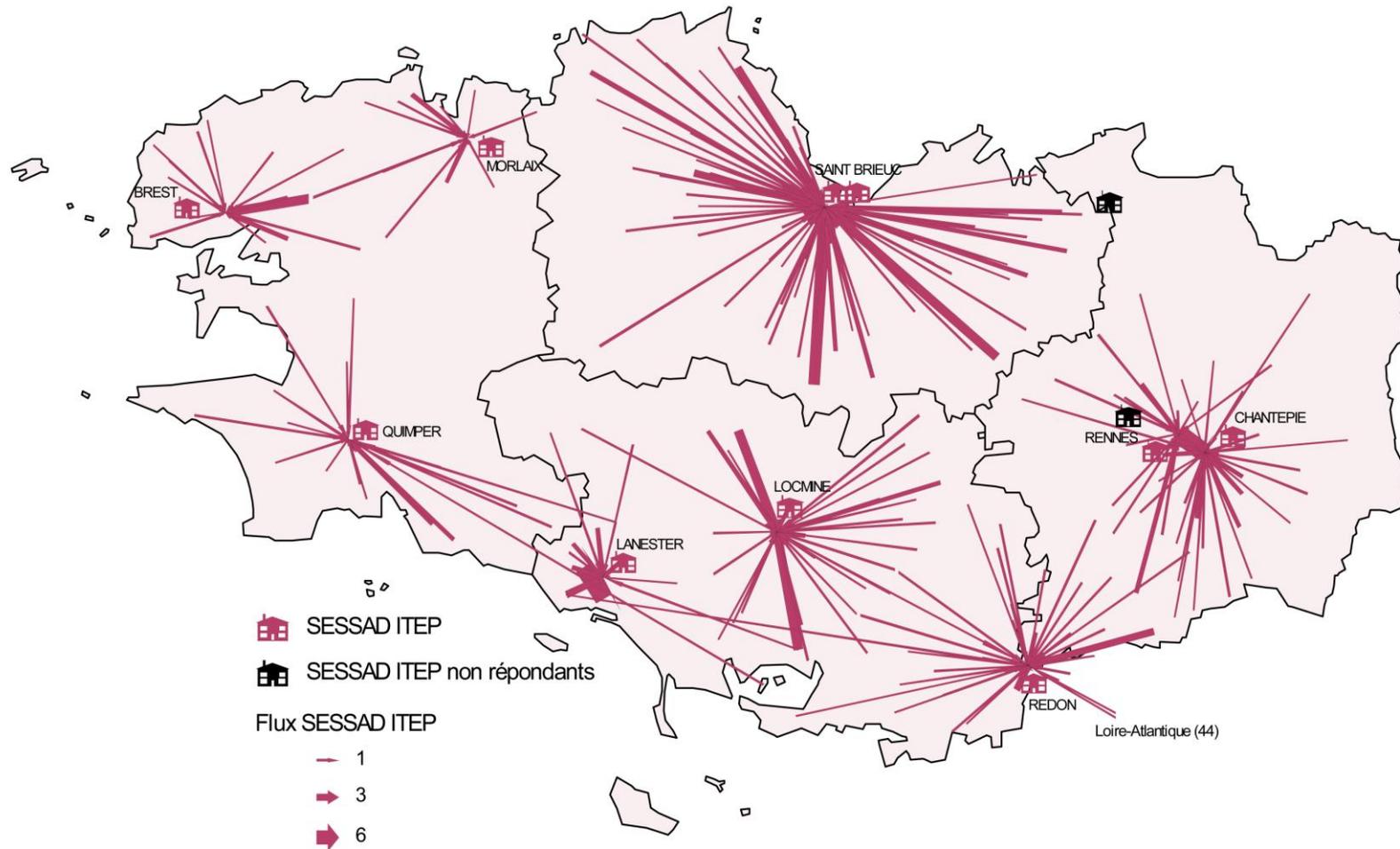
Domiciliation des jeunes déficients du langage et de la parole admis dans un SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, par département



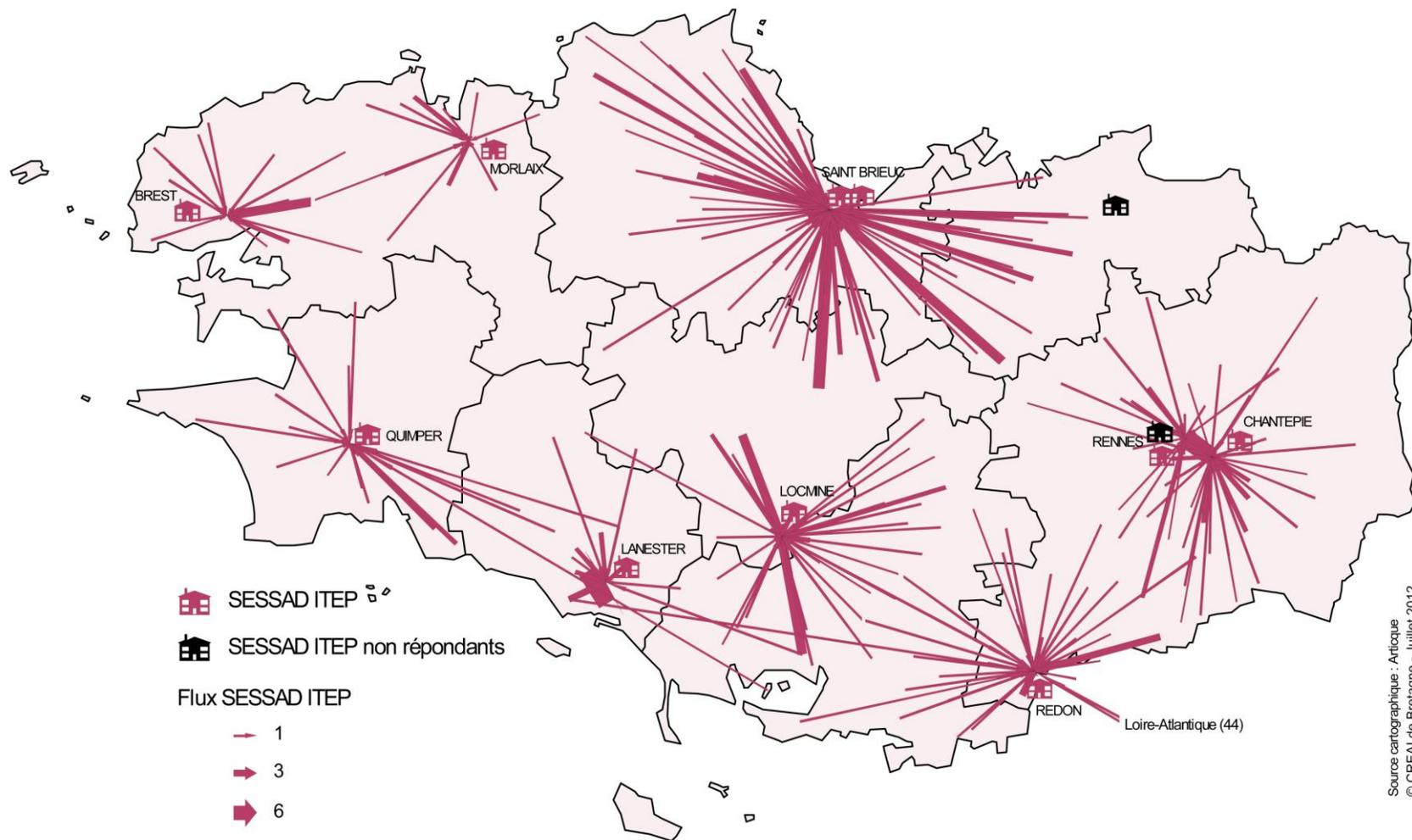
Domiciliation des jeunes déficients du langage et de la parole admis dans un SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, par territoire de santé



Domiciliation des jeunes admis en SESSAD ITEP de Bretagne,
entre janvier 2007 et septembre 2011, par département

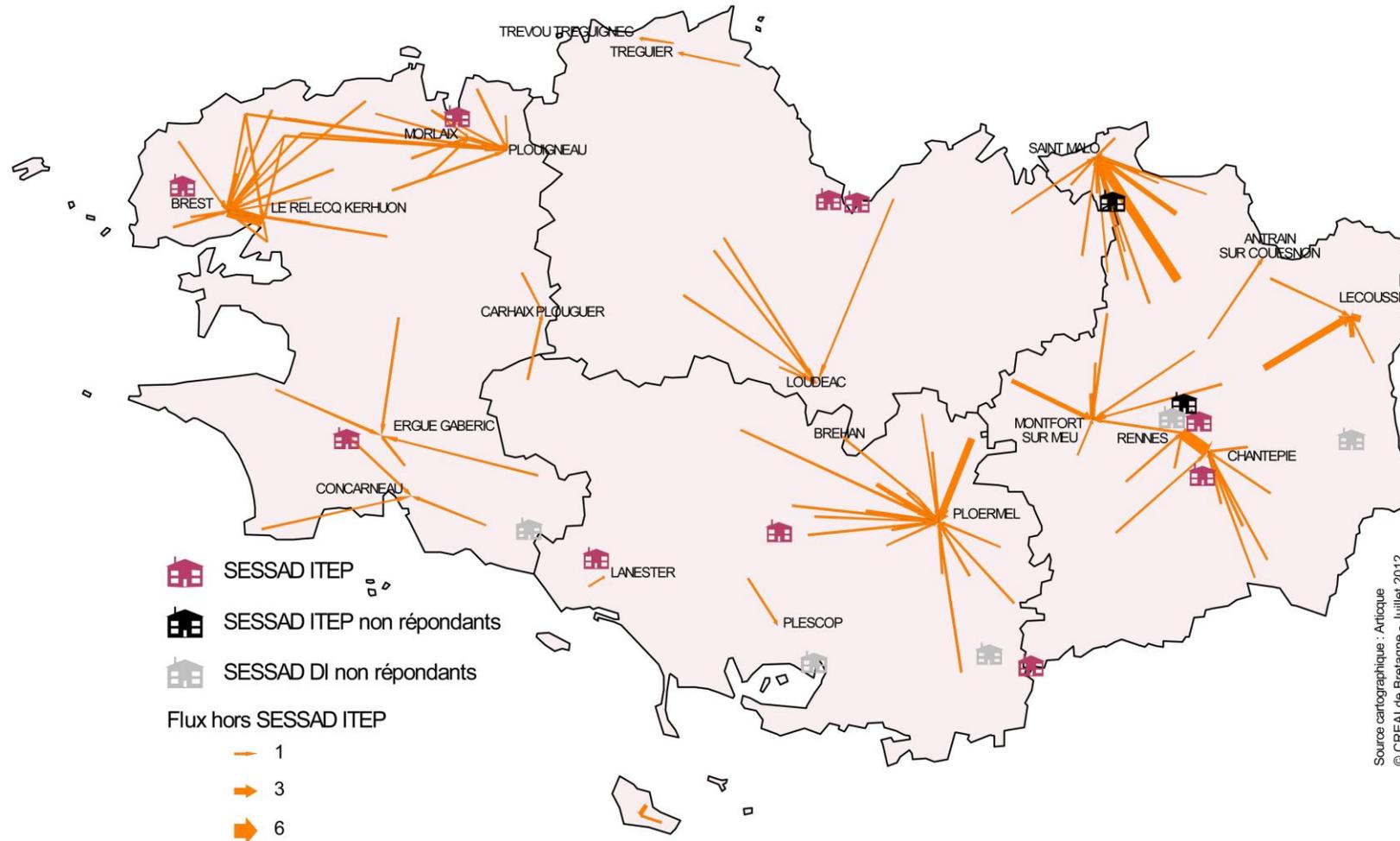


Domiciliation des jeunes admis en SESSAD ITEP de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, par territoire de santé

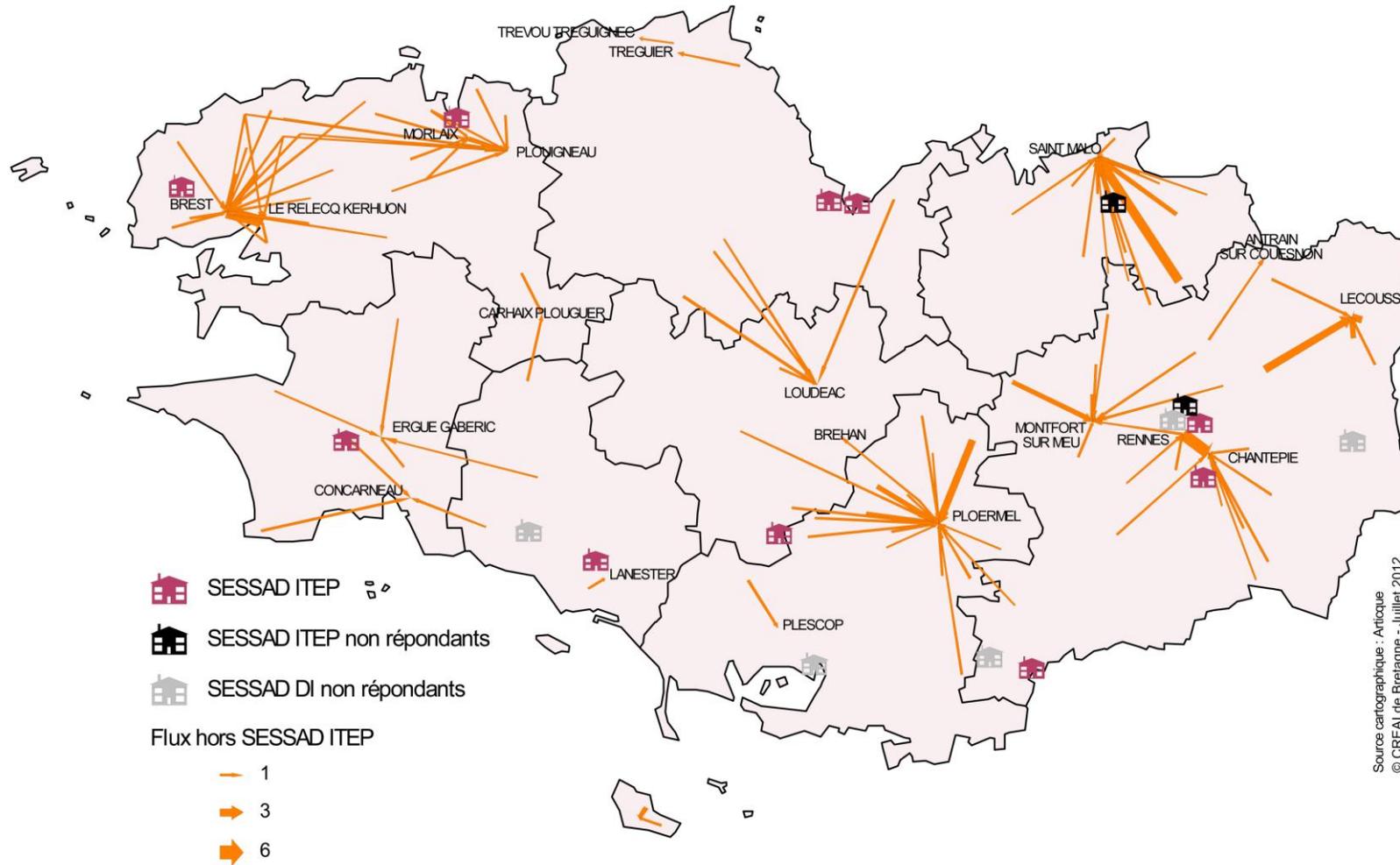


Source cartographique : Arctique © CREAI de Bretagne - Juillet 2012

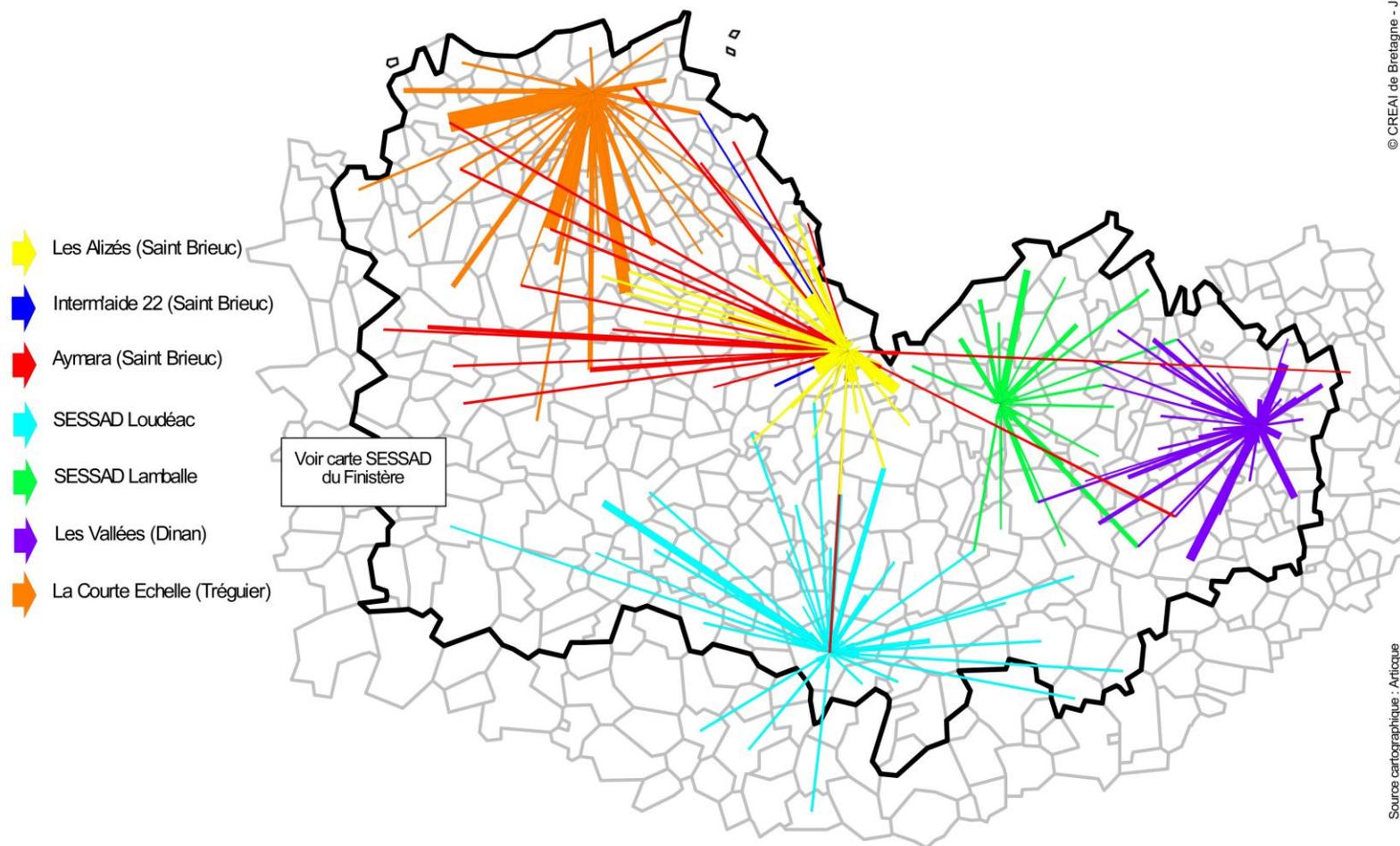
Domiciliation des jeunes avec troubles du psychisme admis dans un SESSAD de Bretagne
 autre que SESSAD ITEP, entre janvier 2007 et septembre 2011, par département



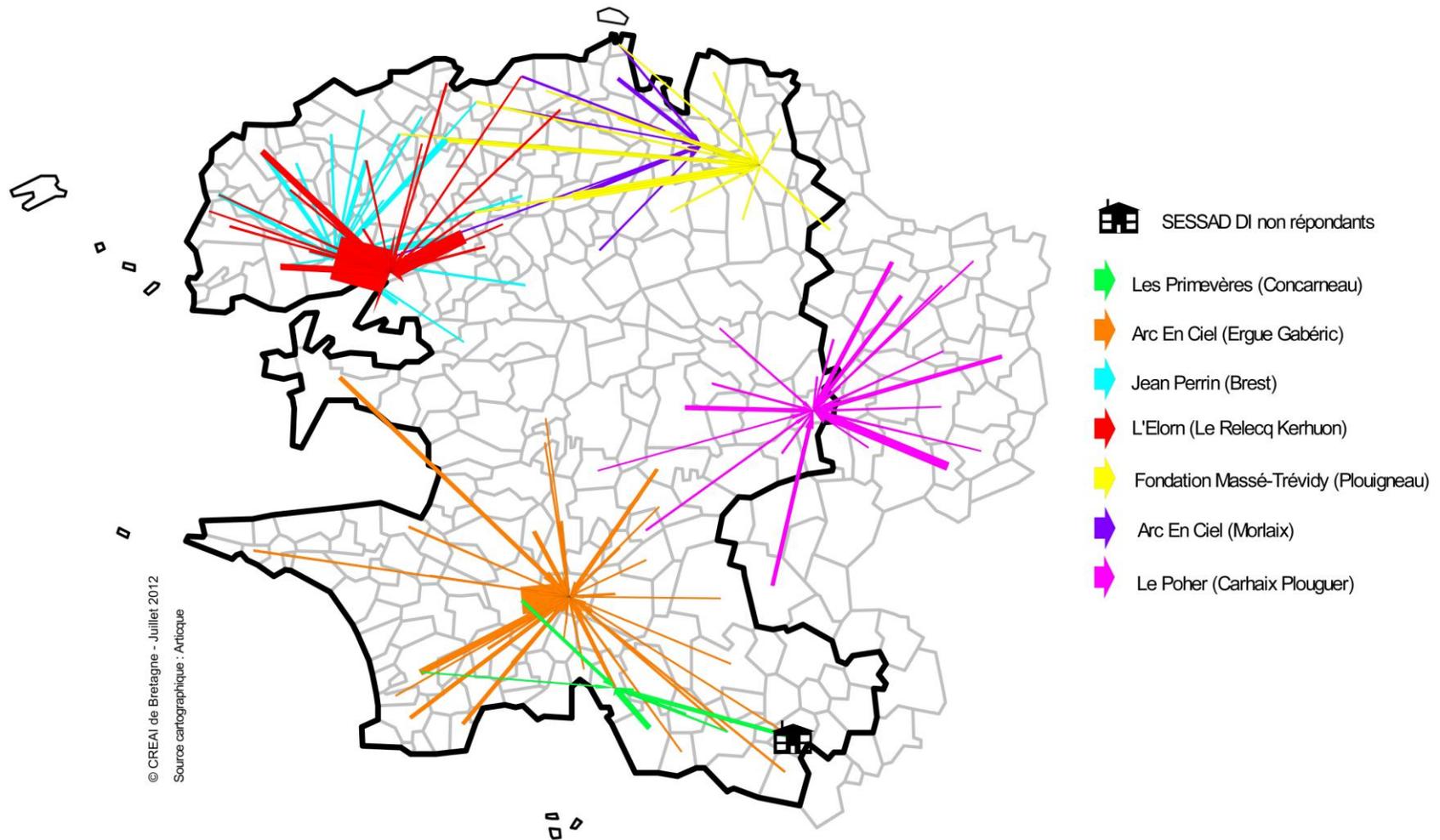
Domiciliation des jeunes avec troubles du psychisme admis dans un SESSAD de Bretagne
 autre que SESSAD ITEP, entre janvier 2007 et septembre 2011, par territoire de santé



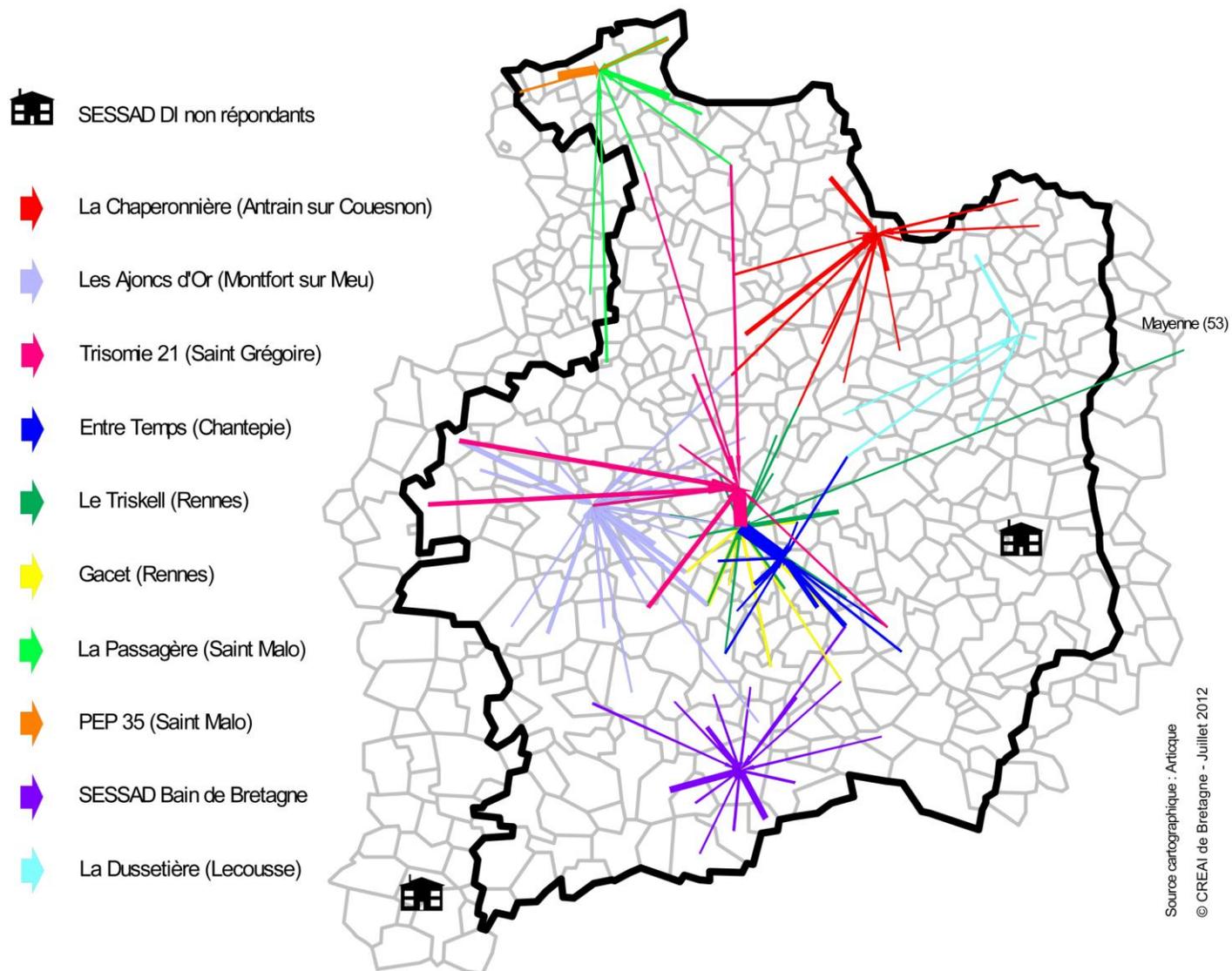
Domiciliation des jeunes avec des déficiences intellectuelles
accueillis dans les SESSAD des Côtes d'Armor entre janvier 2007 et septembre 2011



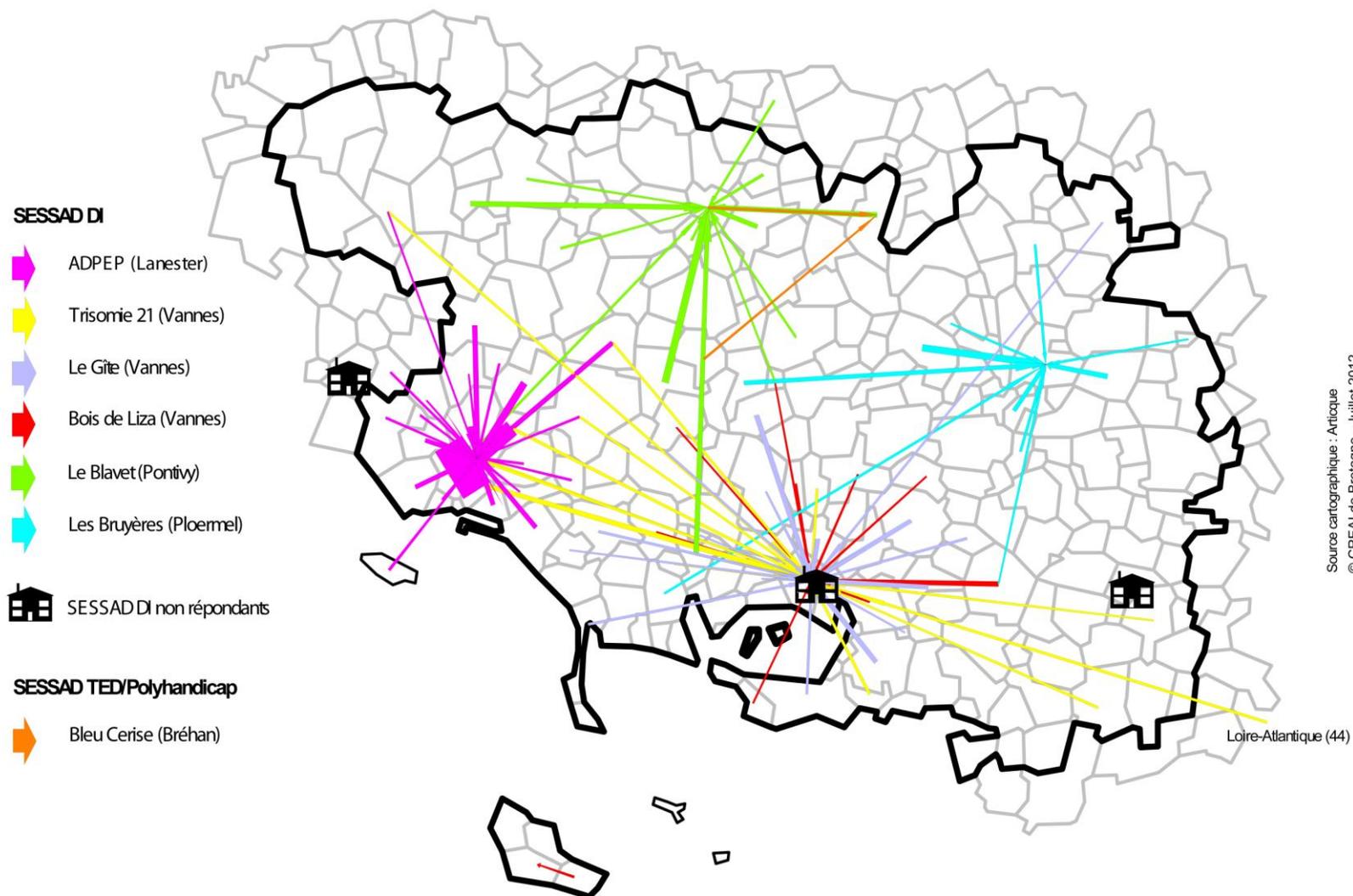
Domiciliation des jeunes atteints de déficiences intellectuelles
accueillis dans les SESSAD du Finistère entre janvier 2007 et septembre 2011



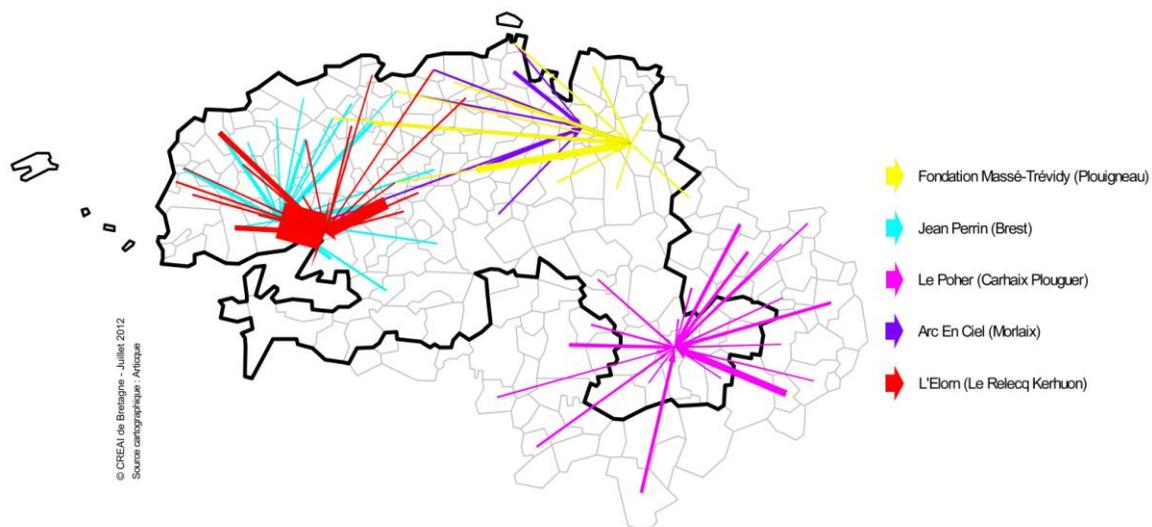
Domiciliation des jeunes avec des déficiences intellectuelles accueillis dans les SESSAD d'Ille-et-Vilaine entre janvier 2007 et septembre 2011



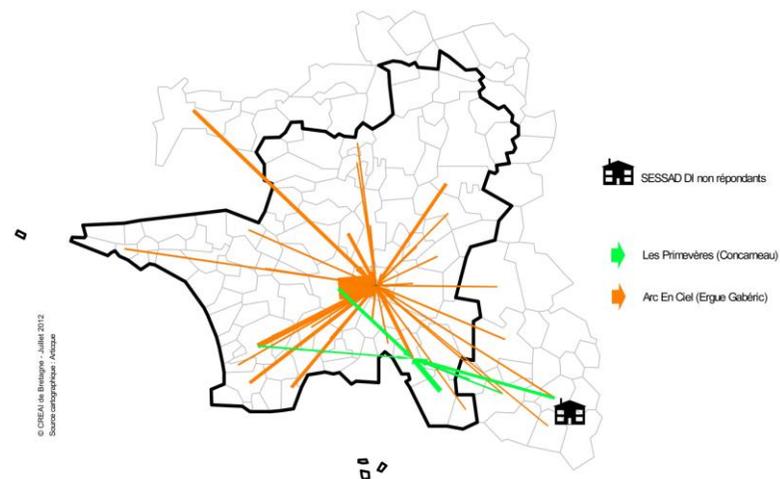
Domiciliation des jeunes atteints de déficiences intellectuelles
accueillis dans les SESSAD du Morbihan entre janvier 2007 et septembre 2011



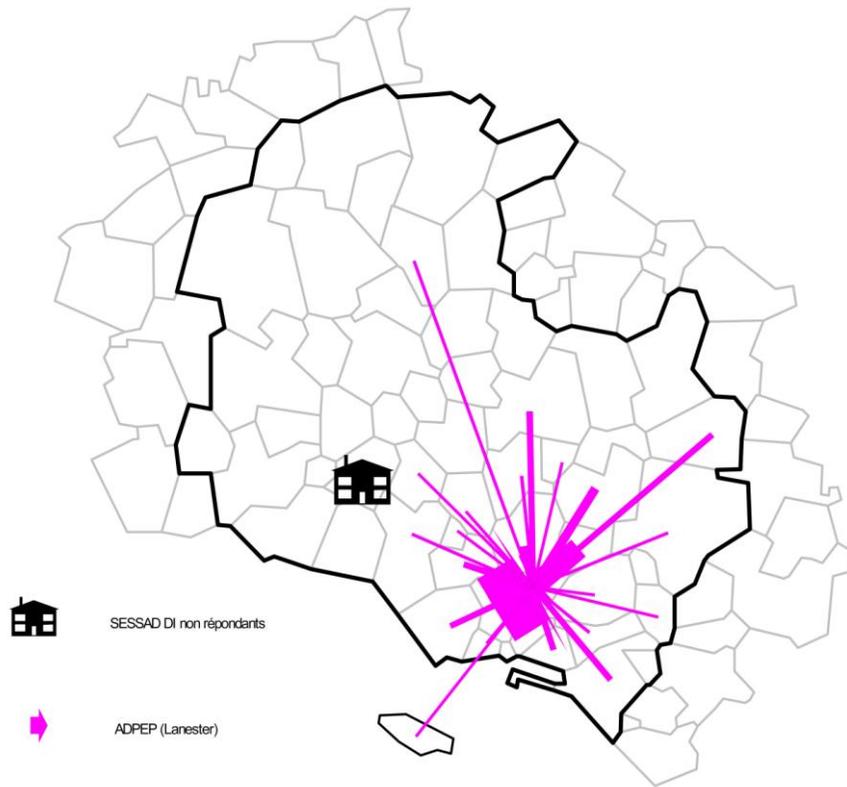
Domiciliation des jeunes avec des déficiences intellectuelles accueillis dans les SESSAD du territoire de santé Brest-Carhaix-Morlaix entre janvier 2007 et septembre 2011



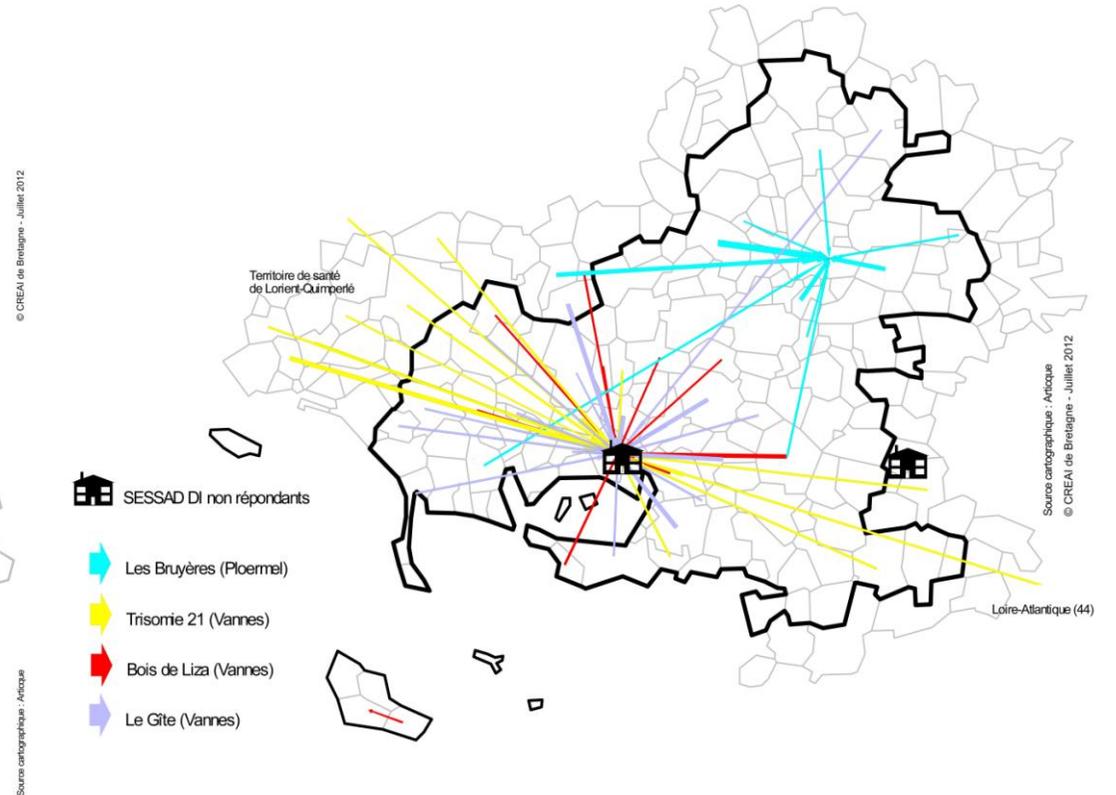
Domiciliation des jeunes avec des déficiences intellectuelles accueillis dans les SESSAD du territoire de santé de Quimper-Douarnenez-Pont l'Abbé entre janvier 2007 et septembre 2011



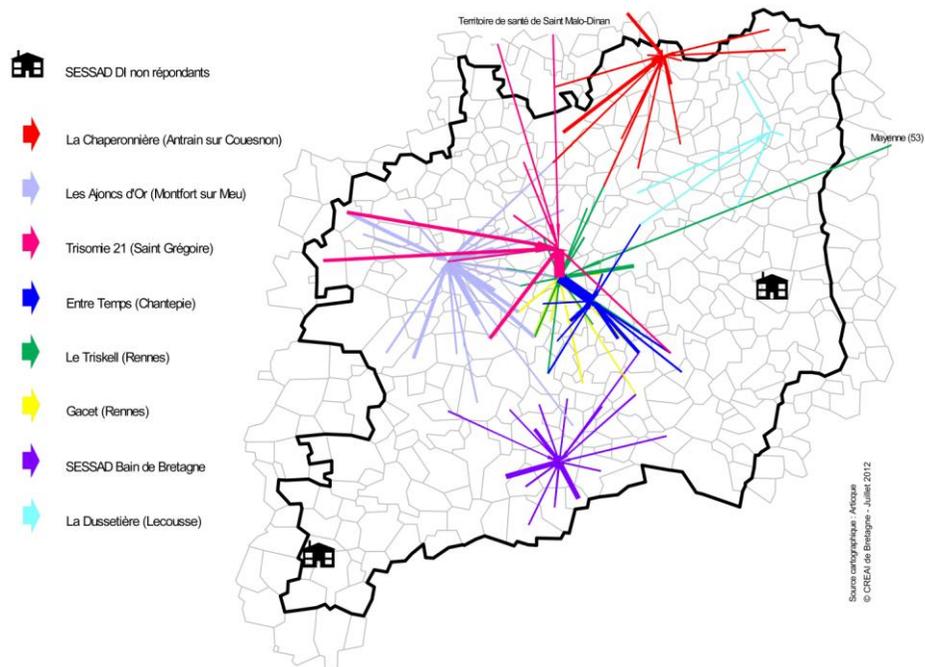
Domiciliation des jeunes avec des déficiences intellectuelles accueillis dans les SESSAD du territoire de santé de Quimper-Douarnenez-Pont l'Abbé entre janvier 2007 et septembre 2011



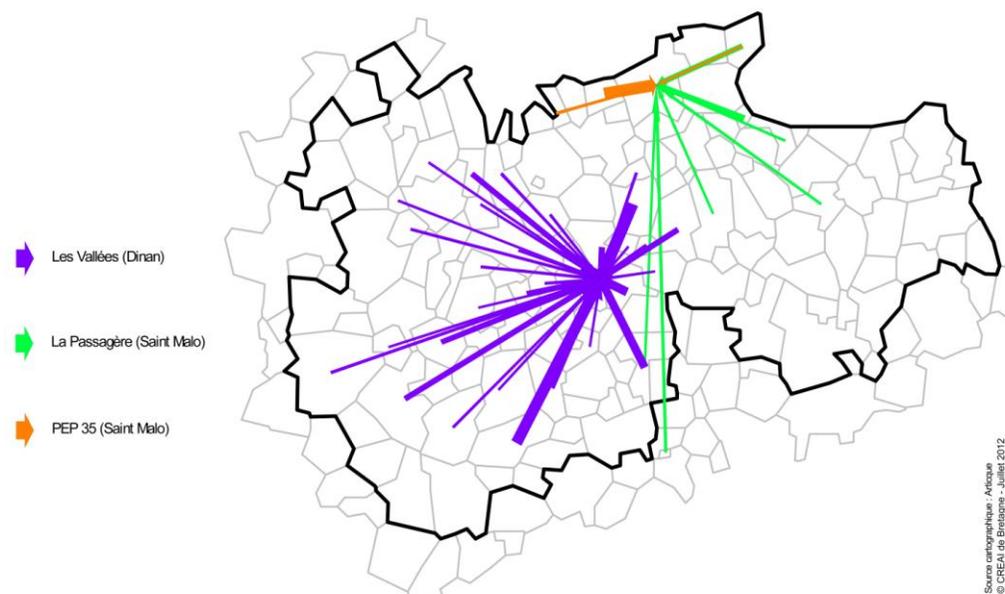
Domiciliation des jeunes avec des déficiences intellectuelles accueillis dans les SESSAD du territoire de santé de Vannes-Ploërmel-Malestroit entre janvier 2007 et septembre 2011



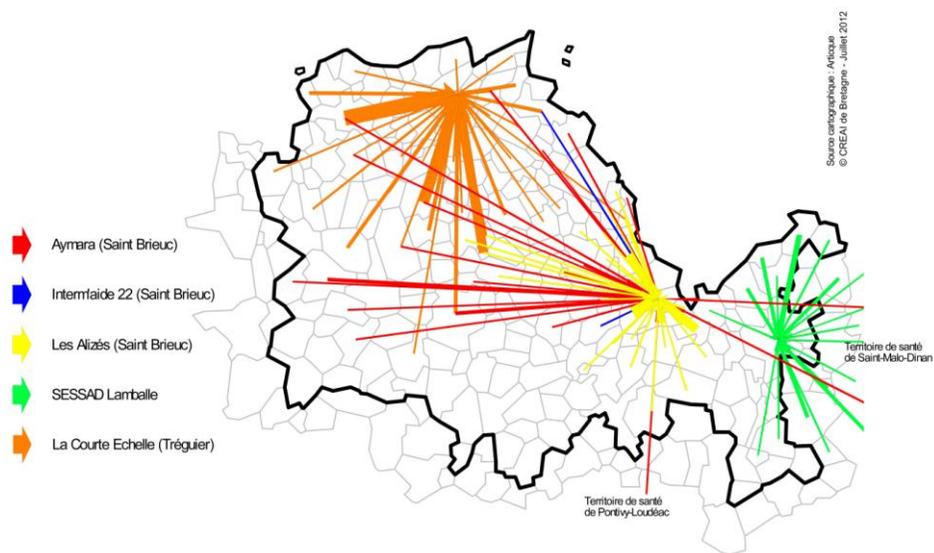
Domiciliation des jeunes avec des déficiences intellectuelles accueillis dans les SESSAD du territoire de santé de Rennes-Fougères-Vitré-Redon entre janvier 2007 et septembre 2011



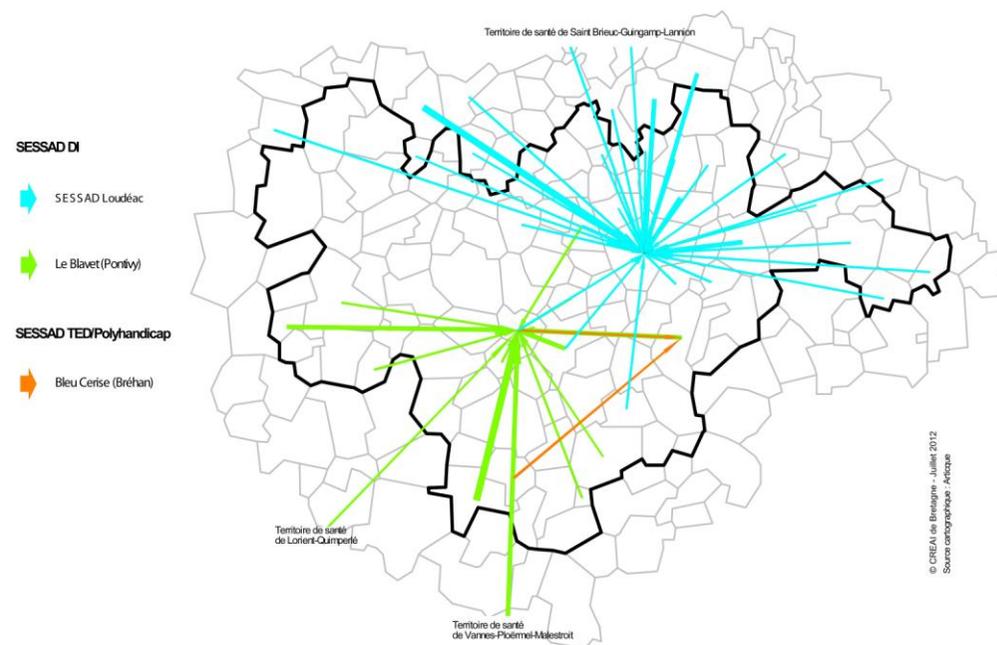
Domiciliation des jeunes avec des déficiences intellectuelles accueillis dans les SESSAD du territoire de santé de Saint Malo-Dinan entre janvier 2007 et septembre 2011



Domiciliation des jeunes avec des déficiences intellectuelles accueillis dans les SESSAD du territoire de santé de Saint-Brieuc-Guingamp-Lannion entre janvier 2007 et septembre 2011



Domiciliation des jeunes avec des déficiences intellectuelles accueillis dans les SESSAD du territoire de santé de Pontivy-Loudéac, entre janvier 2007 et septembre 2011



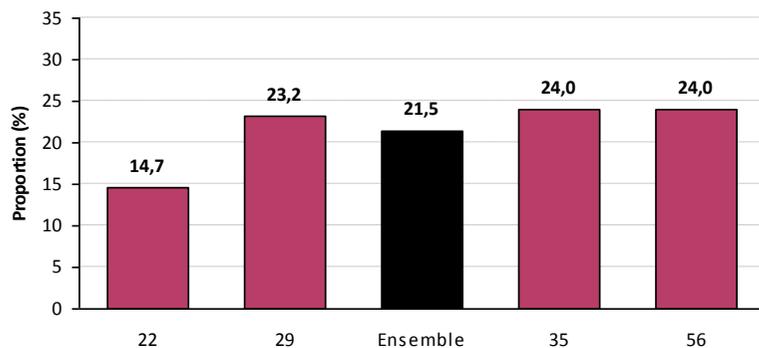
Annexe 2 :

Statistiques issues de l'enquête par questionnaires

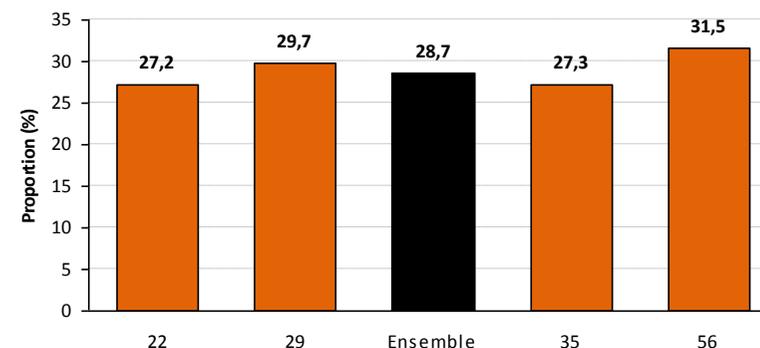
Annexe 2.1. :

Statistiques sur la durée d'attente en liste d'attente

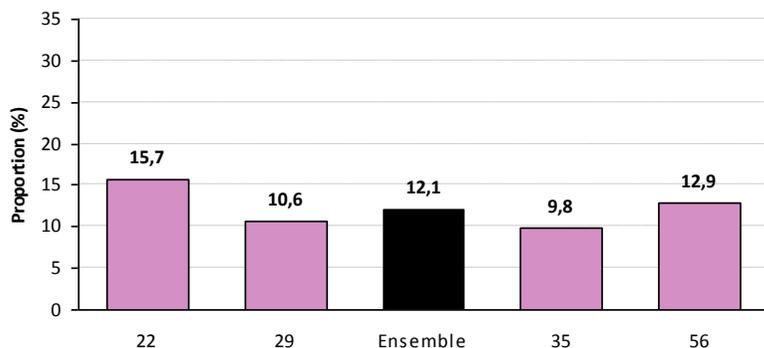
Proportion d'enfants ayant attendus moins de 3 mois par département



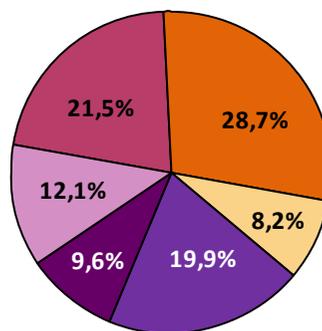
Proportion d'enfants ayant attendus de 3 à moins de 9 mois par département



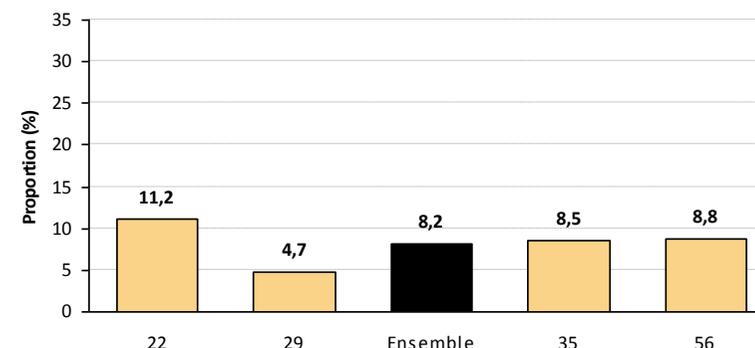
Proportion d'enfants ayant attendus 24 mois et plus par département



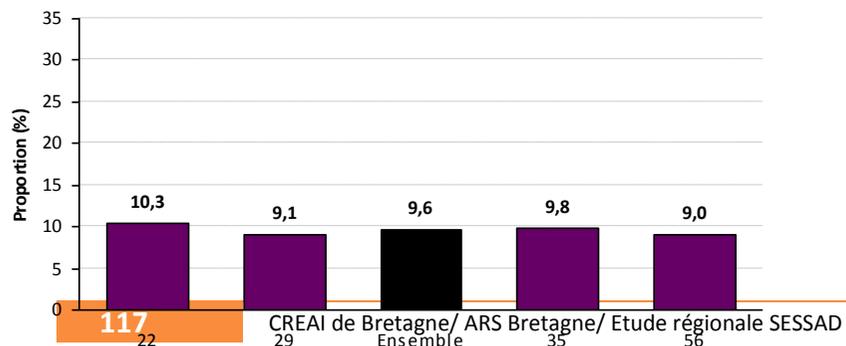
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, selon leur durée d'attente



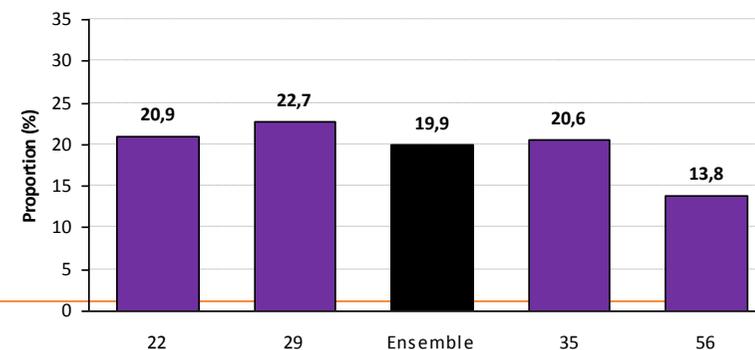
Proportion d'enfants ayant attendus de 9 à moins de 12 mois par département



Proportion d'enfants ayant attendus de 18 à moins de 24 mois par département

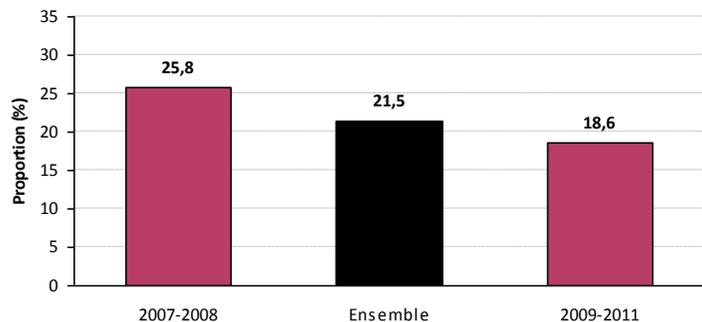


Proportion d'enfants ayant attendus de 12 à moins de 18 mois par département

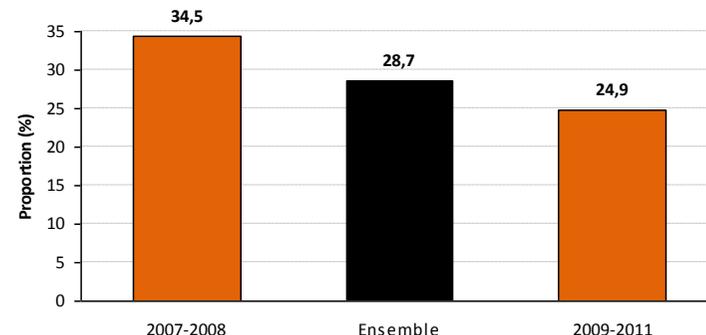


- Moins de 3 mois
- De 3 à moins de 9 mois
- De 9 à moins de 12 mois
- De 12 à moins de 18 mois
- De 18 à moins de 24 mois
- 24 mois et plus

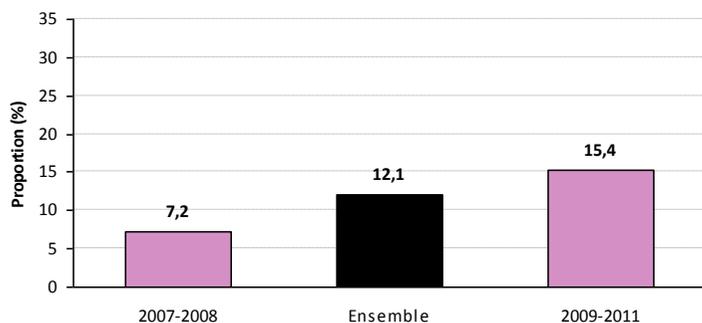
Proportion d'enfants ayant attendu moins de 3 mois, par période



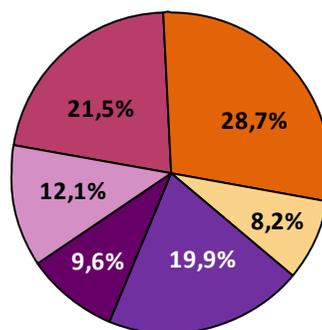
Proportion d'enfants ayant attendu de 3 à moins de 9 mois, par période



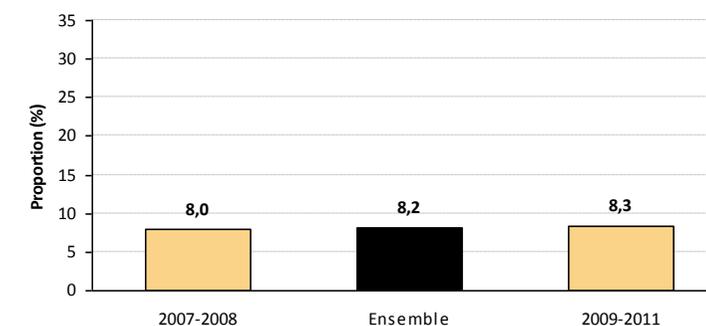
Proportion d'enfants ayant attendu de 24 mois et plus, par période



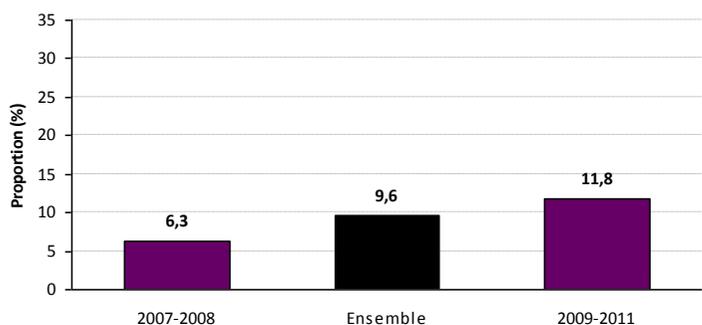
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, selon leur durée d'attente



Proportion d'enfants ayant attendu de 9 à moins de 12 mois, par période

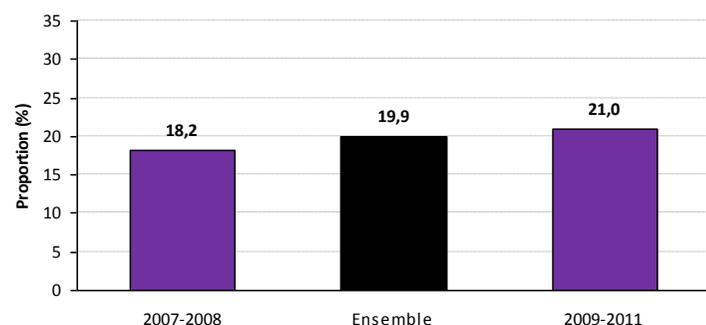


Proportion d'enfants ayant attendu de 18 à moins de 24 mois, par période

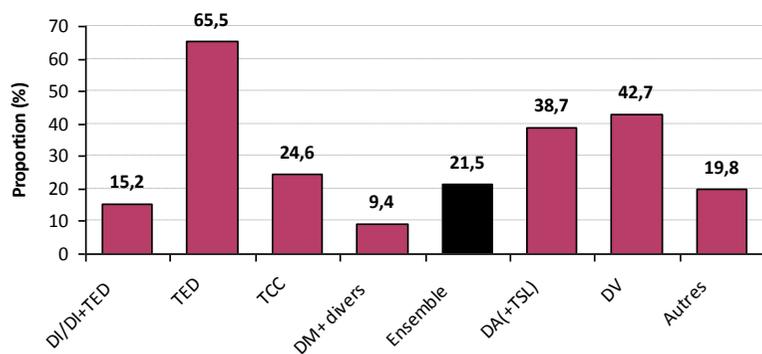


- Moins de 3 mois
- De 3 à moins de 9 mois
- De 9 à moins de 12 mois
- De 12 à moins de 18 mois
- De 18 à moins de 24 mois
- 24 mois et plus

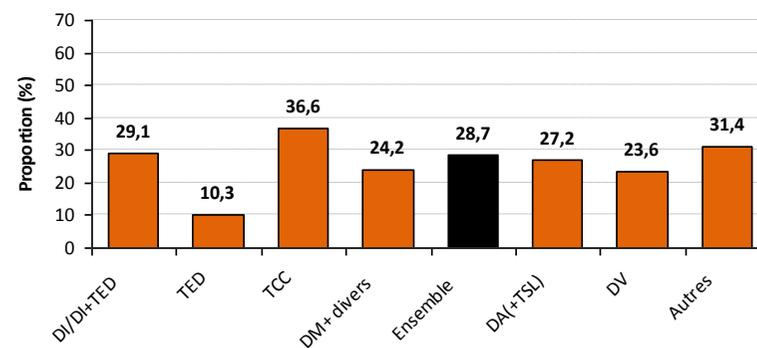
Proportion d'enfants ayant attendu de 12 à moins de 18 mois, par période



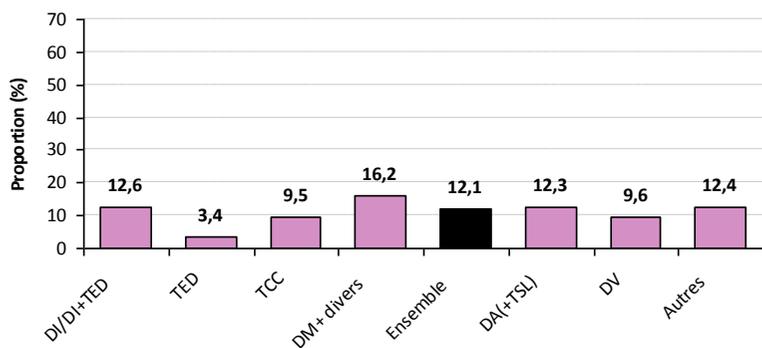
Proportion d'enfants ayant attendus moins 3 mois, par type d'agrément



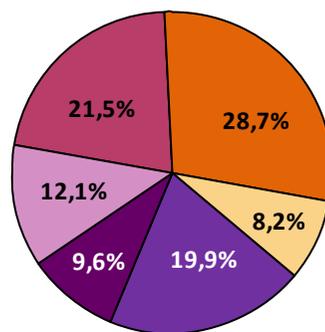
Proportion d'enfants ayant attendus de 3 à moins de 9 mois, par type d'agrément



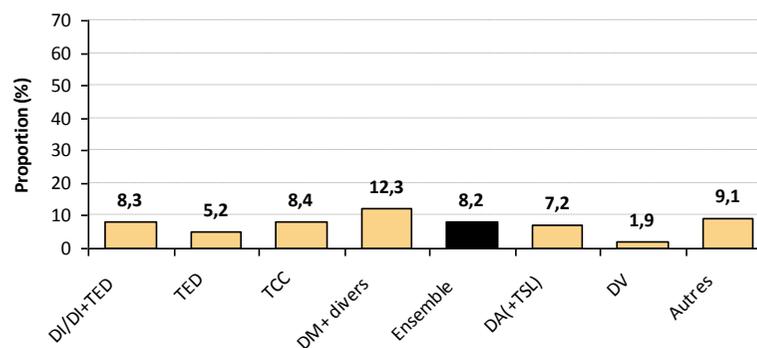
Proportion d'enfants ayant attendus 24 mois et plus, par type d'agrément



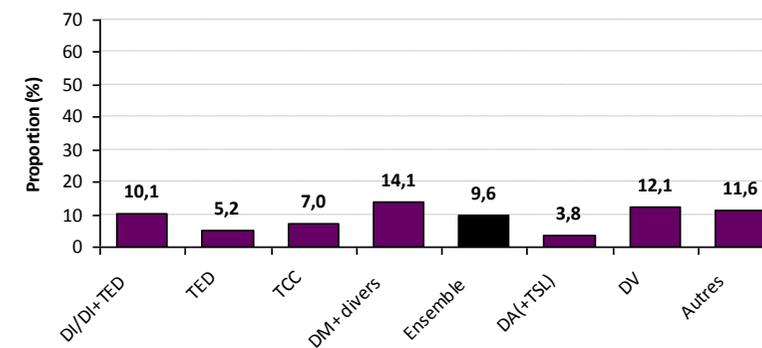
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, selon leur durée d'attente



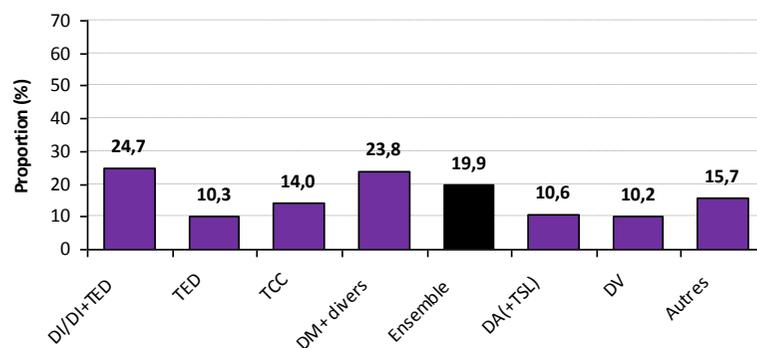
Proportion d'enfants ayant attendus de 9 à moins de 12 mois, par type d'agrément



Proportion d'enfants ayant attendus de 18 à moins de 24 mois, par type d'agrément

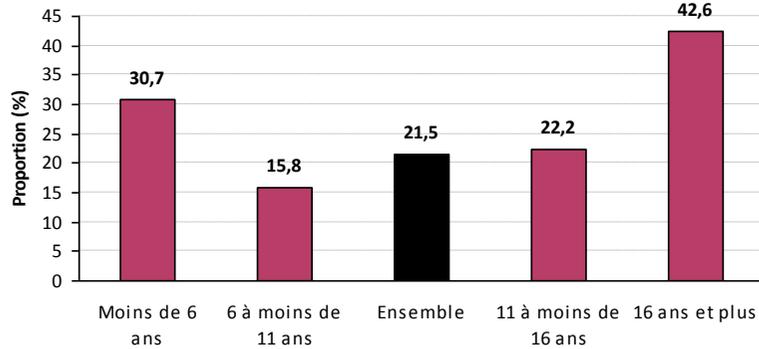


Proportion d'enfants ayant attendus de 12 à moins de 18 mois, par type d'agrément

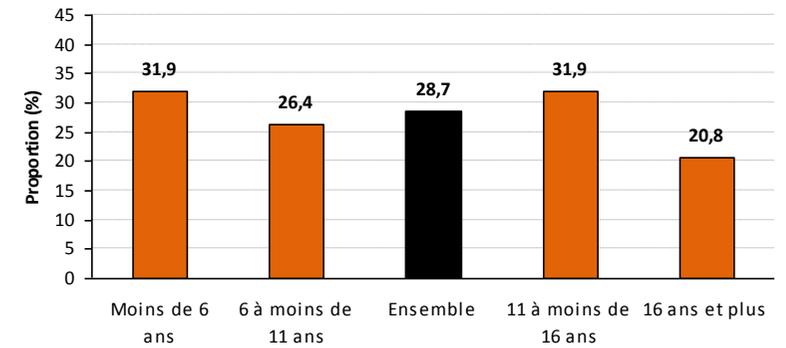


- Moins de 3 mois
- De 3 à moins de 9 mois
- De 9 à moins de 12 mois
- De 12 à moins de 18 mois
- De 18 à moins de 24 mois
- 24 mois et plus

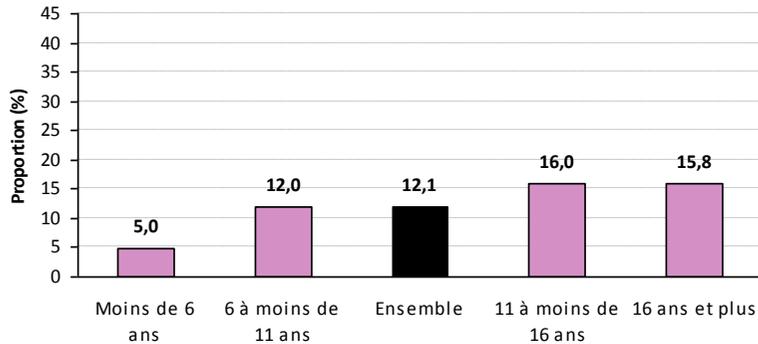
Proportion d'enfants ayant attendus moins de 3 mois, par tranche d'âge



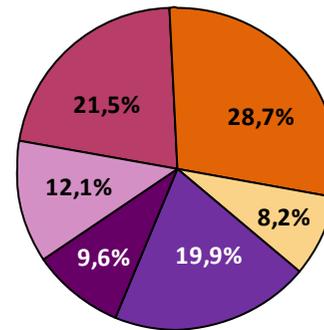
Proportion d'enfants ayant attendus de 3 à moins de 9 mois, par tranche d'âge



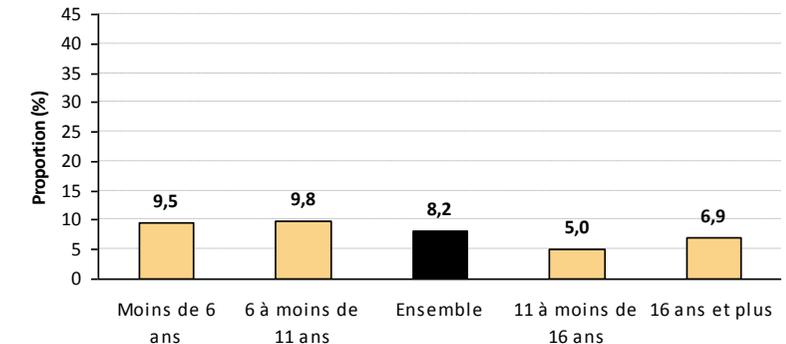
Proportion d'enfants ayant attendus 24 mois et plus, par tranche d'âge



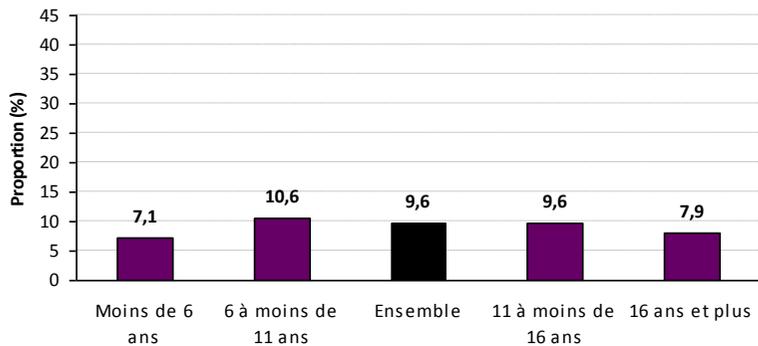
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, selon leur durée d'attente



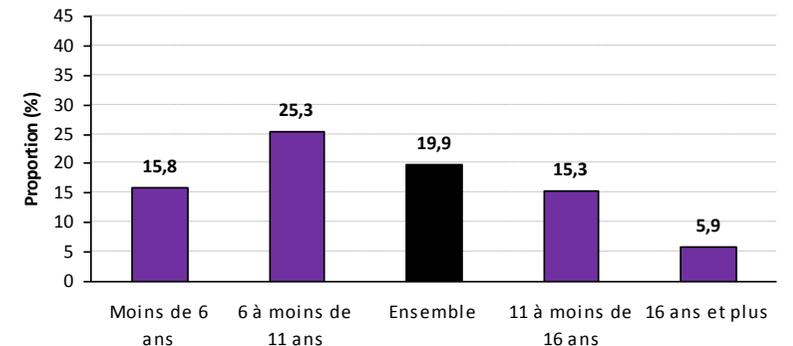
Proportion d'enfants ayant attendus de 9 à moins de 12 mois, par tranche d'âge



Proportion d'enfants ayant attendus de 18 à moins de 24 mois, par tranche d'âge

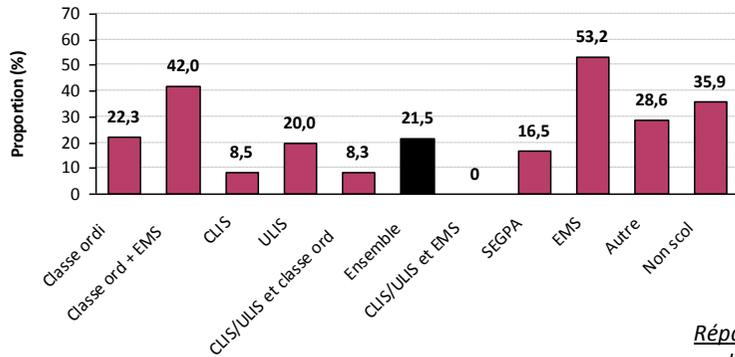


Proportion d'enfants ayant attendus de 12 à moins de 18 mois, par tranche d'âge

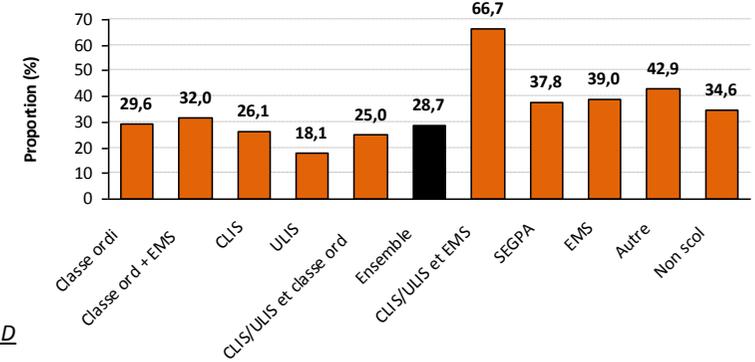


- Moins de 3 mois
- De 3 à moins de 9 mois
- De 9 à moins de 12 mois
- De 12 à moins de 18 mois
- De 18 à moins de 24 mois
- 24 mois et plus

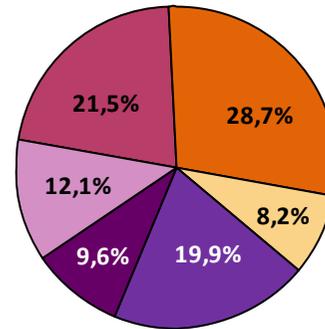
Proportion d'enfants ayant attendus moins de 3 mois, par situation scolaire avant admission



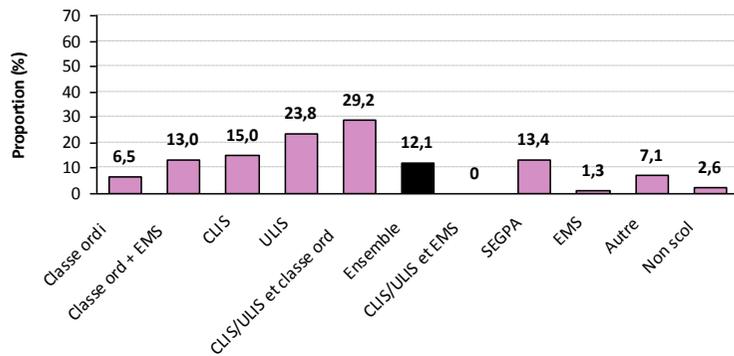
Proportion d'enfants ayant attendus de 3 à moins de 9 mois, par situation scolaire avant admission



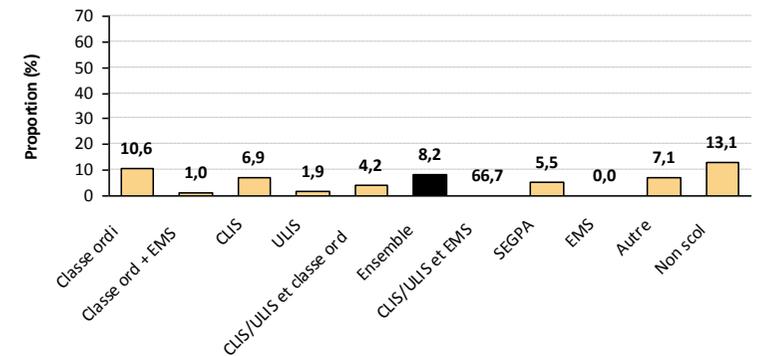
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, selon leur durée d'attente



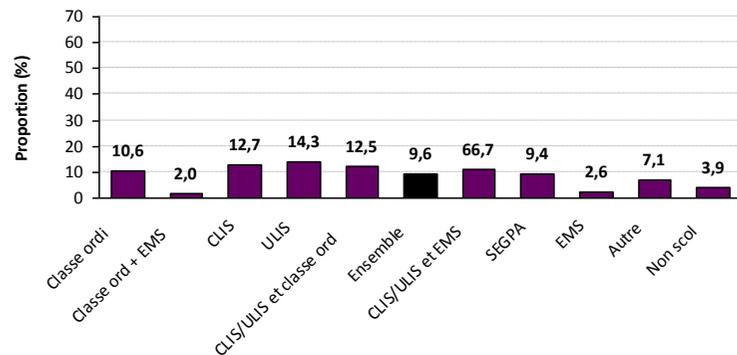
Proportion d'enfants ayant attendus 24 mois et plus, par situation scolaire avant admission



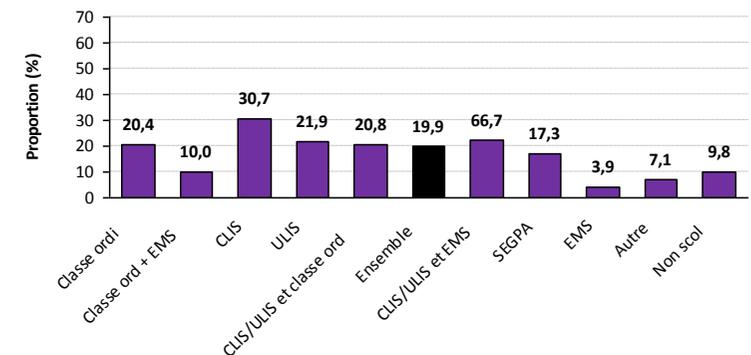
Proportion d'enfants ayant attendus de 9 à moins de 12 mois, par situation scolaire avant admission



Proportion d'enfants ayant attendus de 18 à moins de 24 mois, par situation scolaire avant admission



Proportion d'enfants ayant attendus de 12 à moins de 18 mois, par situation scolaire avant admission

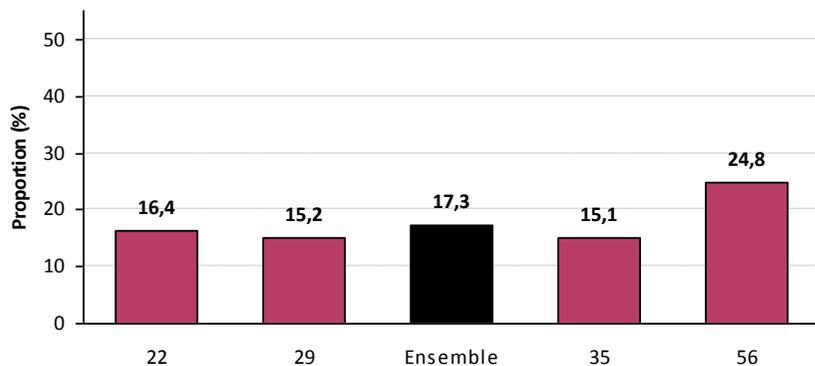


- Moins de 3 mois
- De 3 à moins de 9 mois
- De 9 à moins de 12 mois
- De 12 à moins de 18 mois
- De 18 à moins de 24 mois
- 24 mois et plus

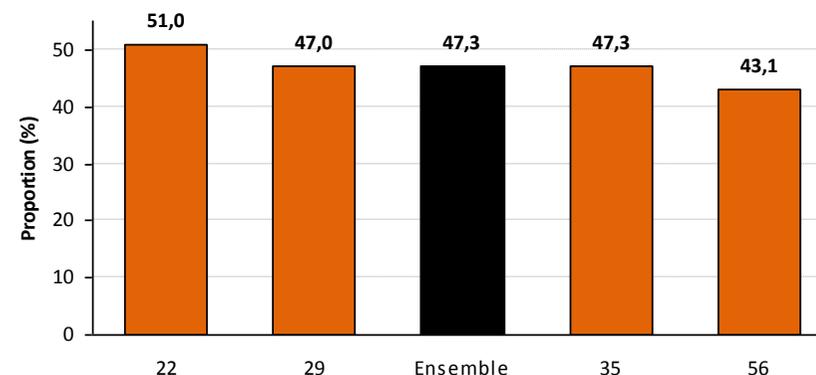
Annexe 2.2. :

Statistiques sur l'âge à l'admission

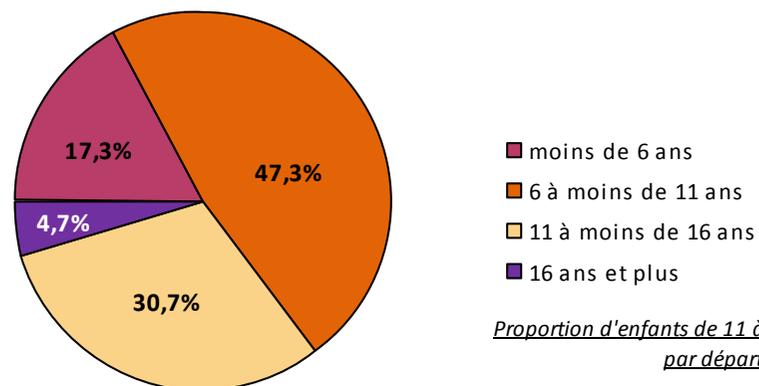
Proportion d'enfants de moins de 6 ans admis,
par département



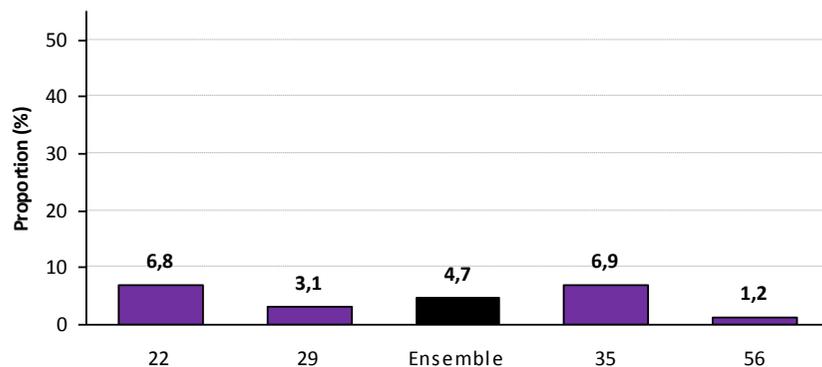
Proportion d'enfants de 6 à moins de 11 ans admis,
par département



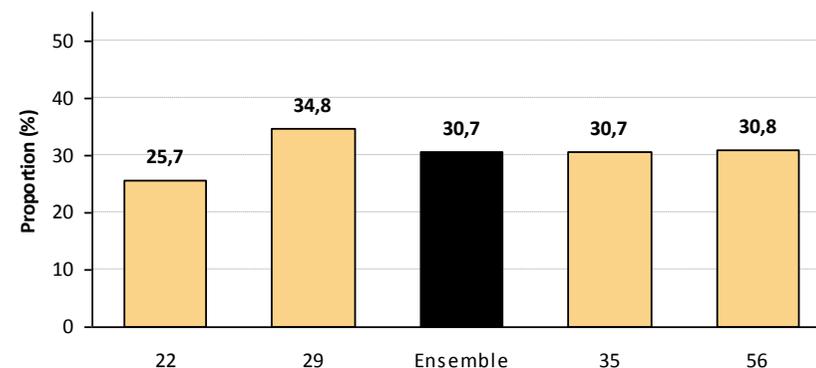
Répartition des enfants admis par l'ensemble
des SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007
et septembre 2011, selon leur tranche d'âge



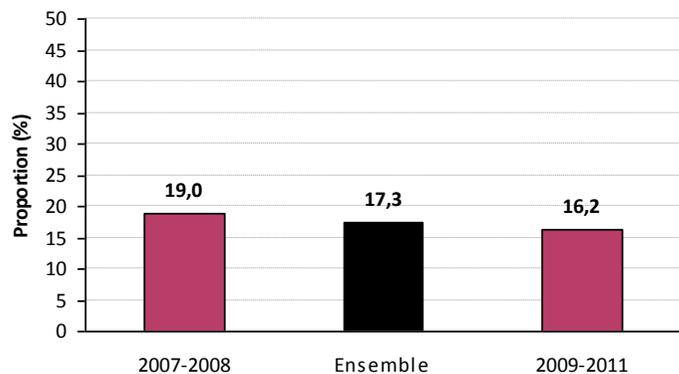
Proportion d'enfants de 16 ans et plus admis,
par département



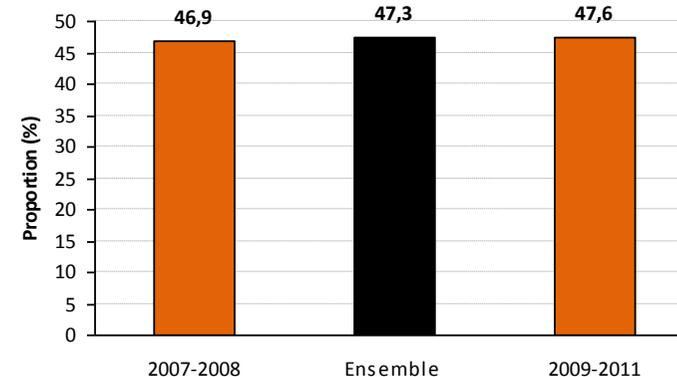
Proportion d'enfants de 11 à moins de 16 ans admis,
par département



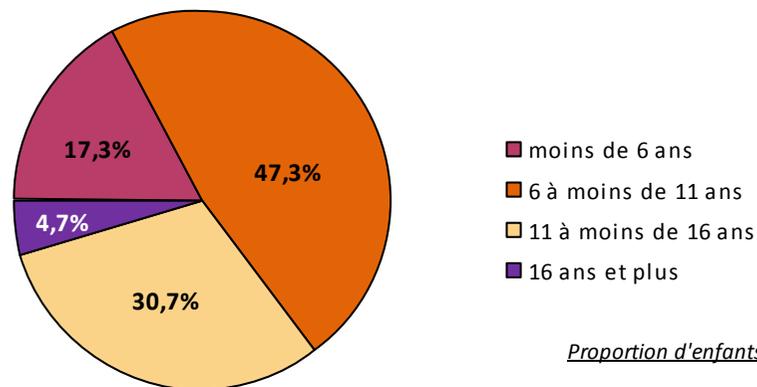
*Proportion d'enfants de moins de 6 ans admis,
par période*



*Proportion d'enfants de 6 à moins de 11 ans admis,
par période*



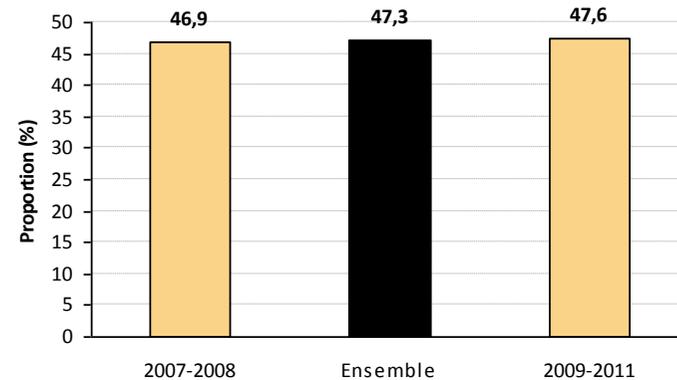
*Répartition des enfants admis par l'ensemble
des SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007
et septembre 2011, selon leur tranche d'âge*



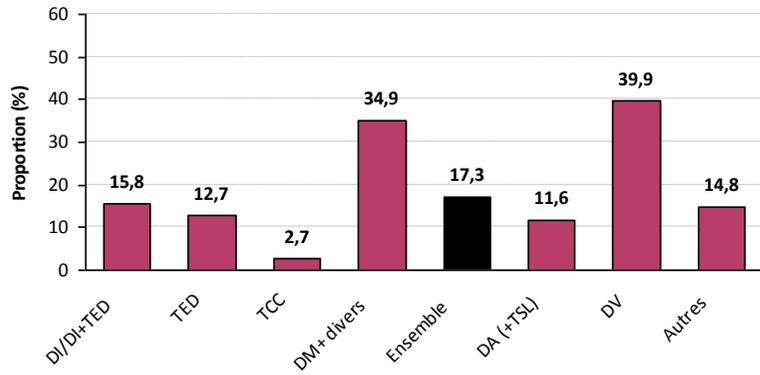
*Proportion d'enfants de 16 ans et plus admis,
par période*



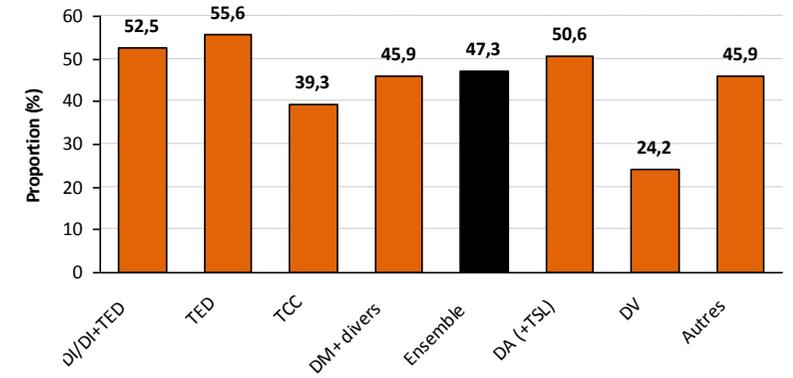
*Proportion d'enfants de 11 à moins de 16 ans admis,
par période*



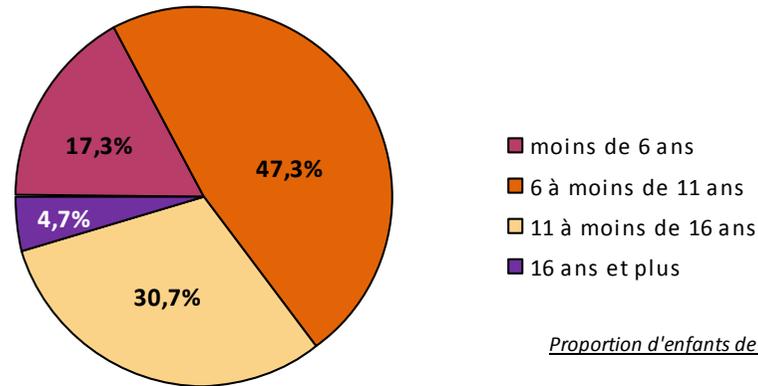
Proportion d'enfants de moins de 6 ans admis, par agrément



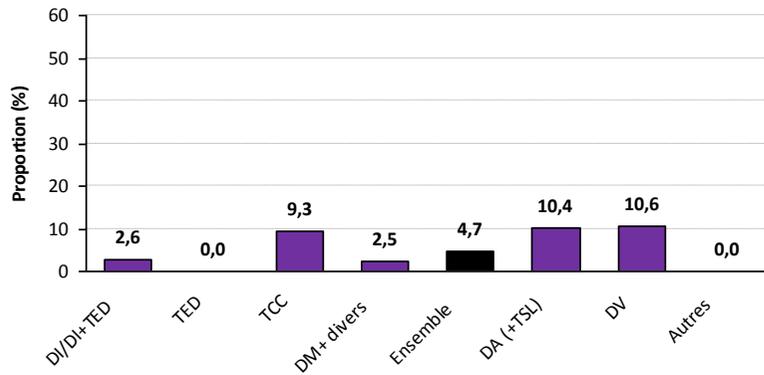
Proportion d'enfants de 6 à moins de 11 ans admis, par agrément



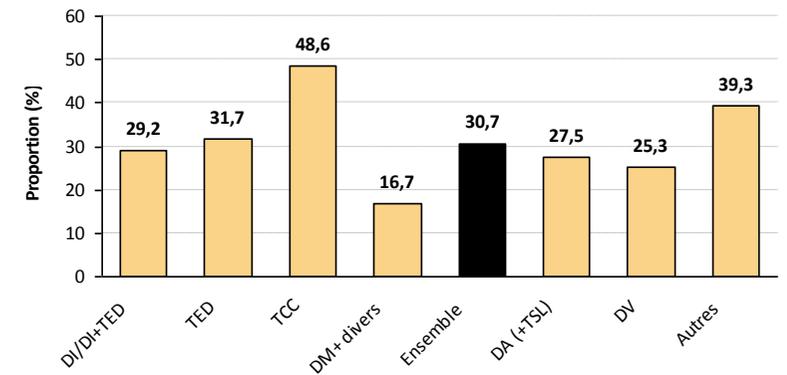
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, selon leur tranche d'âge



Proportion d'enfants de 16 ans et plus admis, par agrément



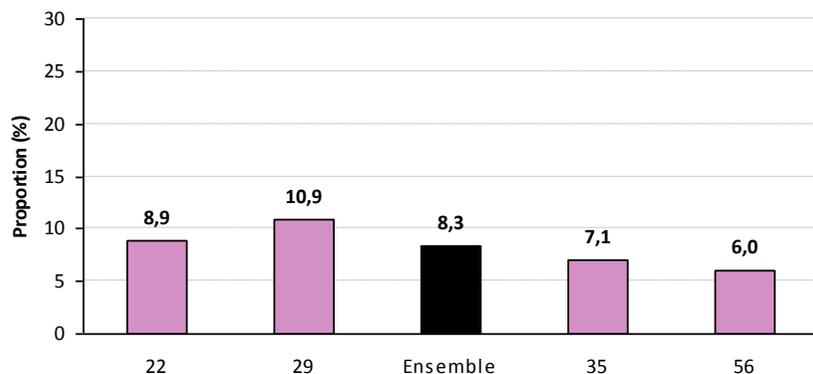
Proportion d'enfants de 11 à moins de 16 ans admis, par agrément



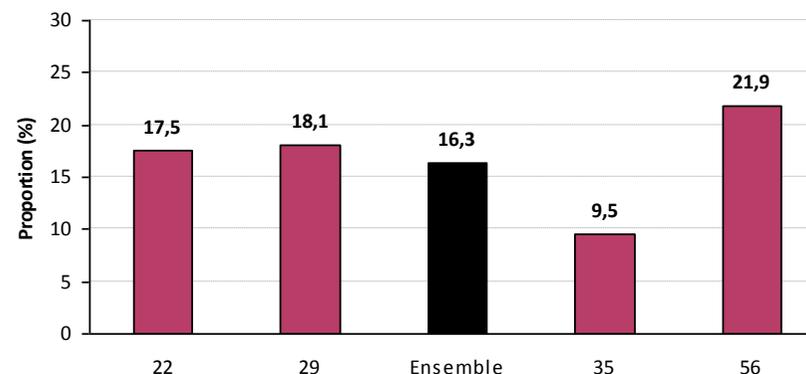
Annexe 2.3. :

Statistiques sur la nature des prises en charge avant admission

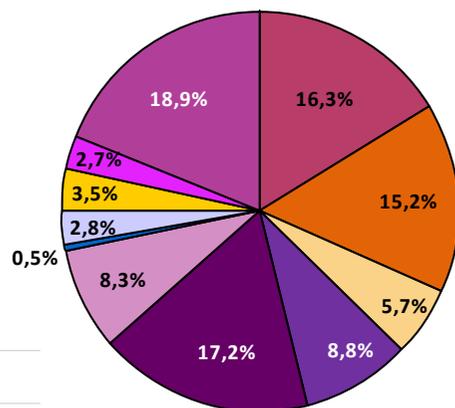
Proportion d'enfants étant pris en charge par un EMS antérieurement à leur admission, par département



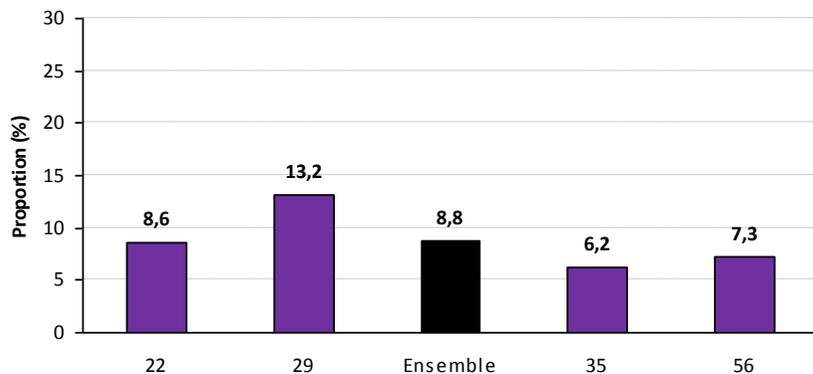
Proportion d'enfants étant pris en charge par un CAMSP antérieurement à leur admission, par département



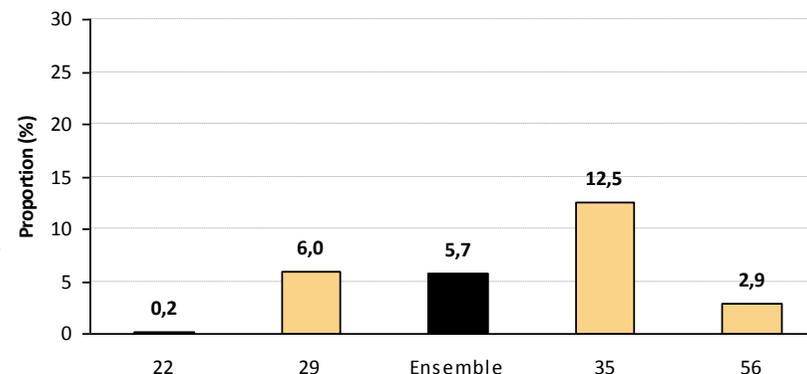
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur prise en charge antérieure



Proportion d'enfants étant pris en charge par un autre SESSAD antérieurement à leur admission, par département

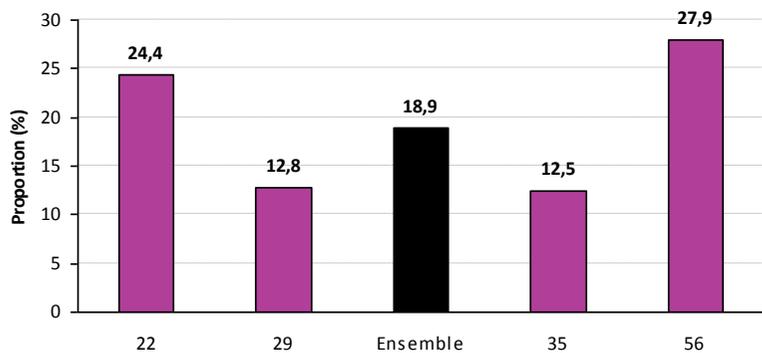


Proportion d'enfants étant pris en charge par un CMPP antérieurement à leur admission, par département

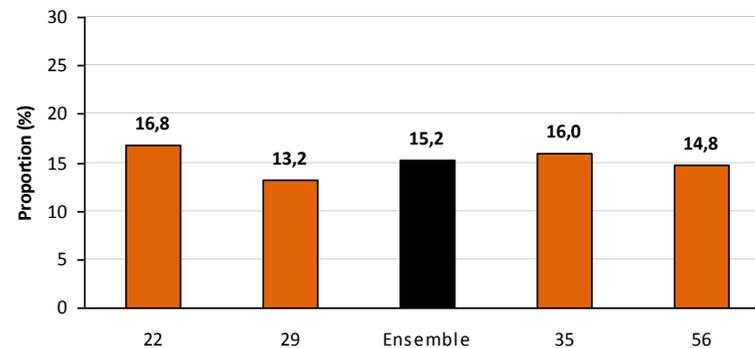


- CAMSP
- CMP/CMPI/CMPEA/CPEA
- CMPP
- Autre SESSAD
- Praticien(s) libéral(ux)
- Ets médico-social
- Ets médico-social ET psychiatrie
- Hôpital de jour
- Autre ets sanitaire
- Autre
- Aucune pec thérapeutique

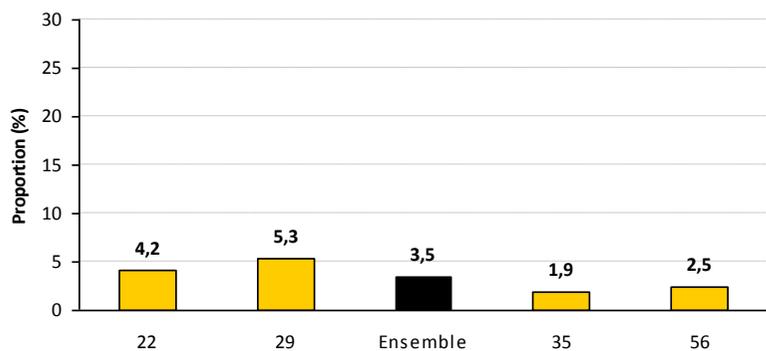
Proportion d'enfants n'ayant aucune prise en charge thérapeutique antérieurement à leur admission, par département



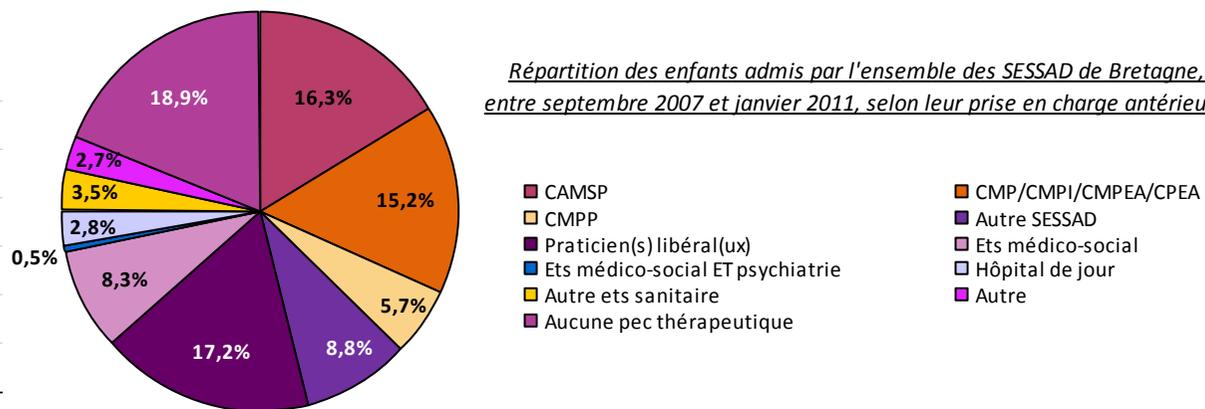
Proportion d'enfants étant pris en charge par un CMP antérieurement à leur admission, par département



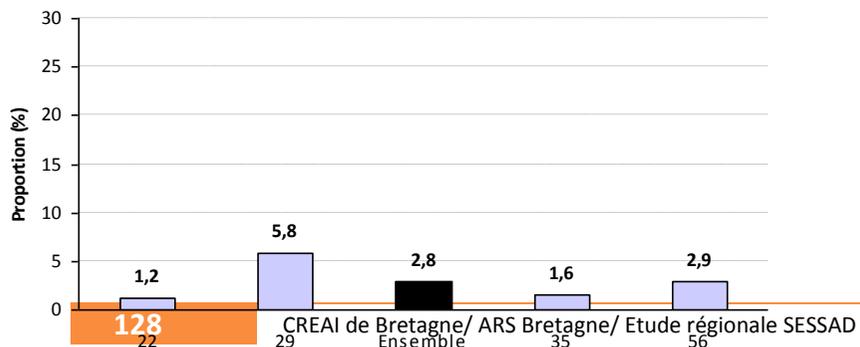
Proportion d'enfants étant pris en charge par un autre établissement sanitaire antérieurement à leur admission, par département



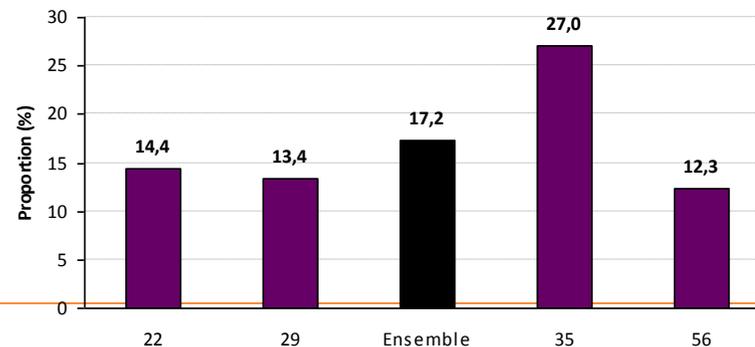
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur prise en charge antérieure



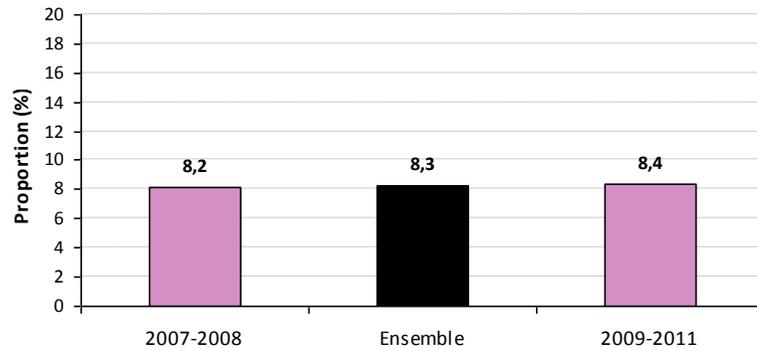
Proportion d'enfants étant pris en charge par un hôpital de jour antérieurement à leur admission, par département



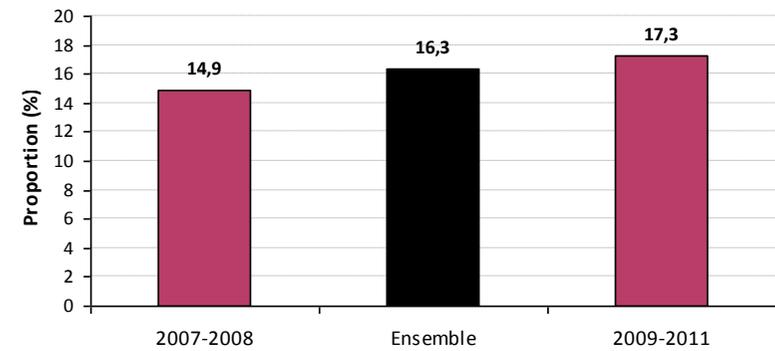
Proportion d'enfants étant pris en charge par un (des) praticien(s) libéral(aux) antérieurement à leur admission, par département



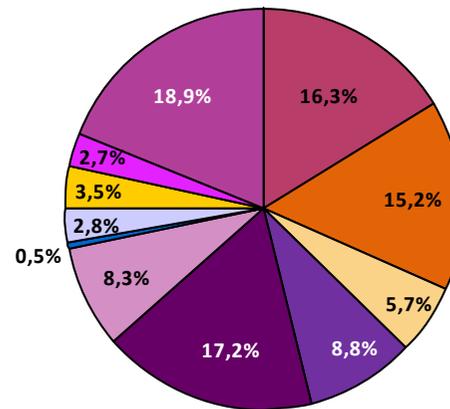
Proportion d'enfants étant pris en charge par un EMS, antérieurement à leur admission, par période



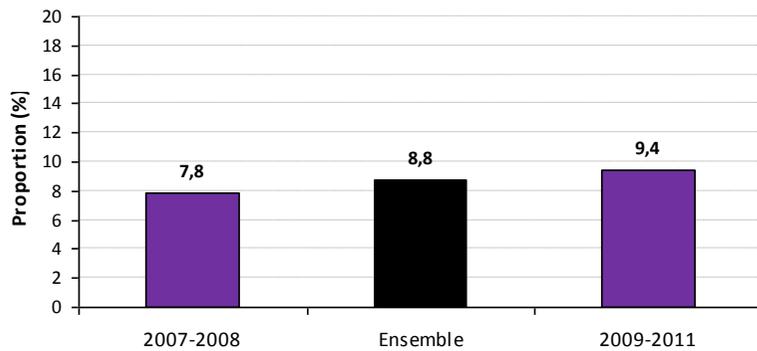
Proportion d'enfants étant pris en charge par un CAMSP, antérieurement à leur admission, par période



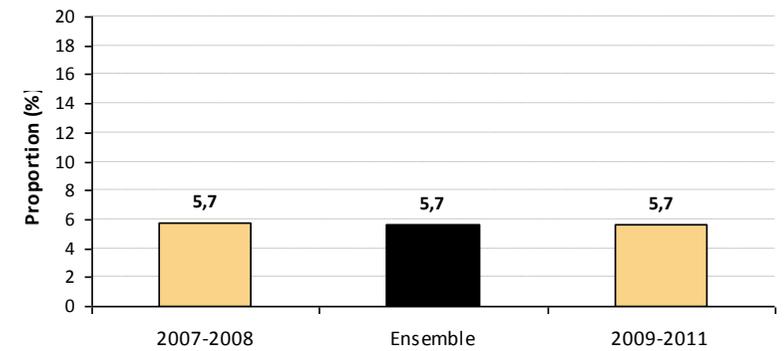
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur prise en charge antérieure



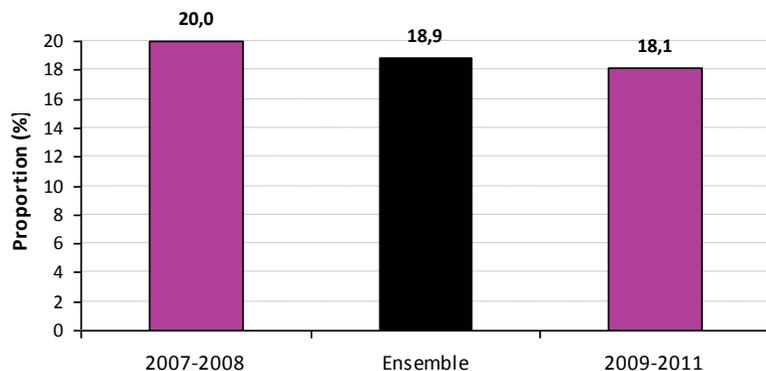
Proportion d'enfants étant pris en charge par un autre SESSAD, antérieurement à leur admission, par période



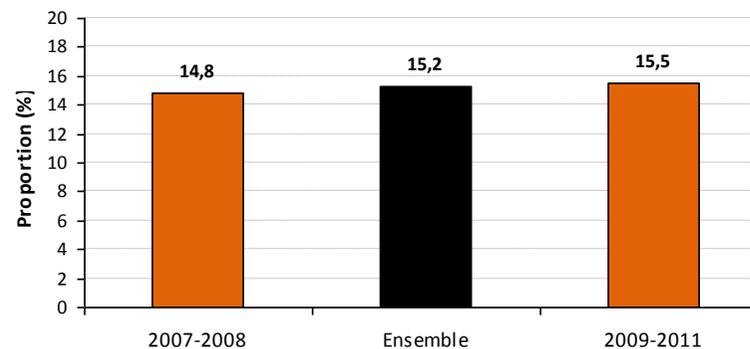
Proportion d'enfants étant pris en charge par un CMPP, antérieurement à leur admission, par période



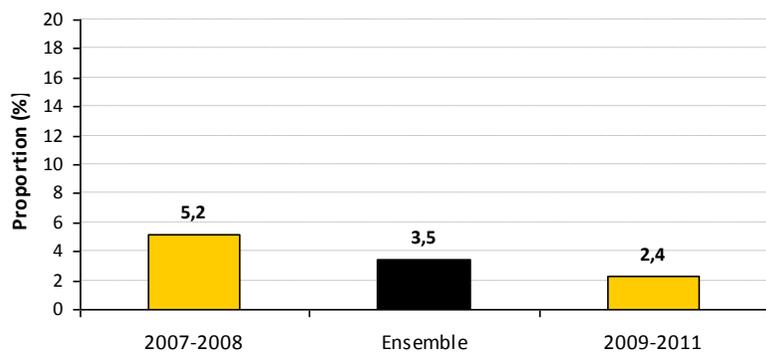
Proportion d'enfants n'ayant aucune prise en charge, antérieurement à leur admission, par période



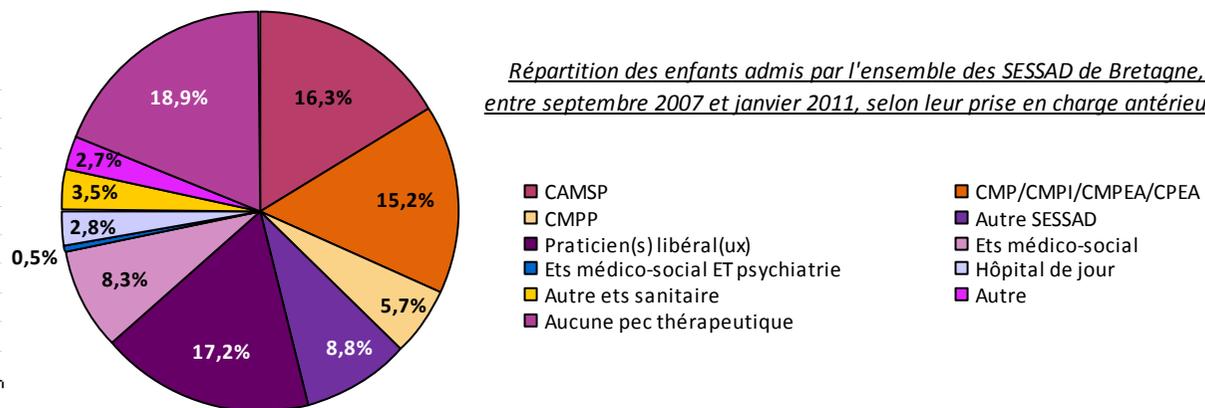
Proportion d'enfants étant pris en charge par un CMP, antérieurement à leur admission, par période



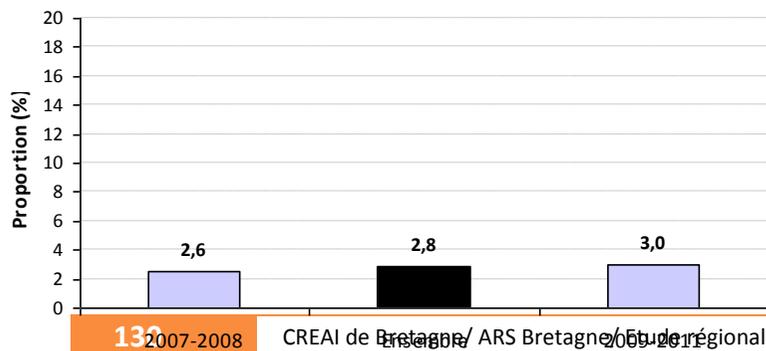
Proportion d'enfants étant pris en charge par un autre établissement sanitaire, antérieurement à leur admission, par période



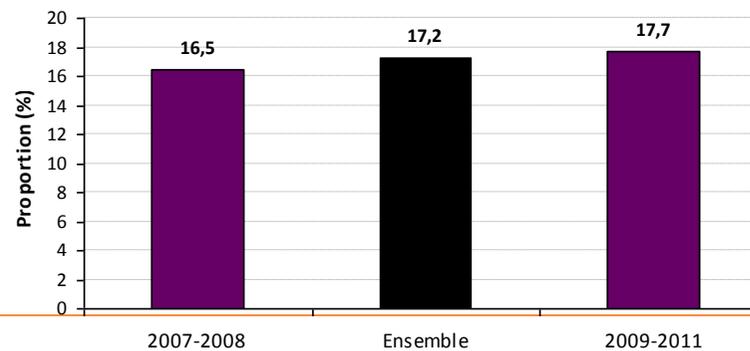
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur prise en charge antérieure



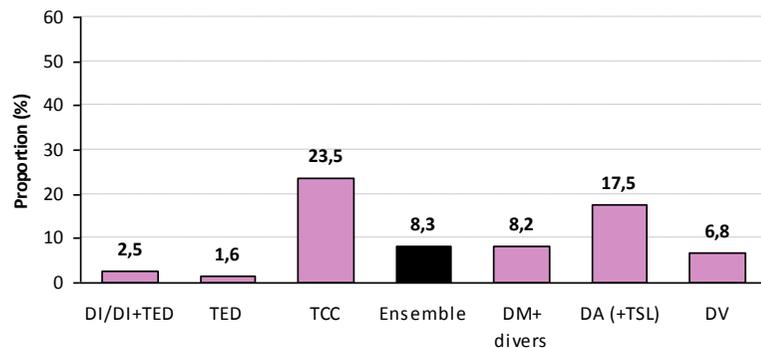
Proportion d'enfants étant pris en charge par un hôpital de jour, antérieurement à leur admission, par période



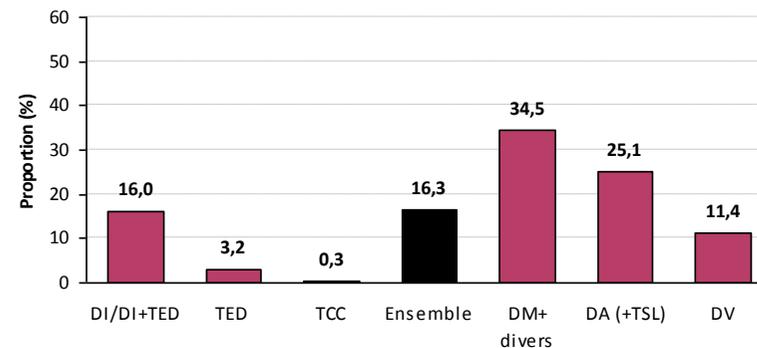
Proportion d'enfants étant pris en charge par un(des) praticien(s) libéral(ux), antérieurement à leur admission, par période



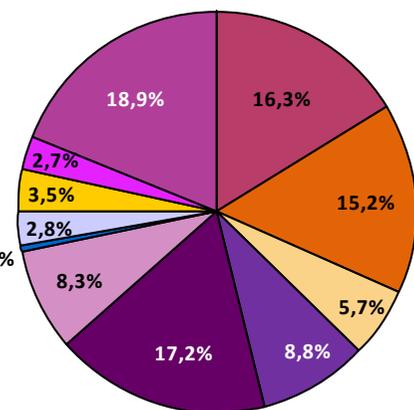
Proportion d'enfants étant pris en charge par un EMS, antérieurement à leur admission, par agrément



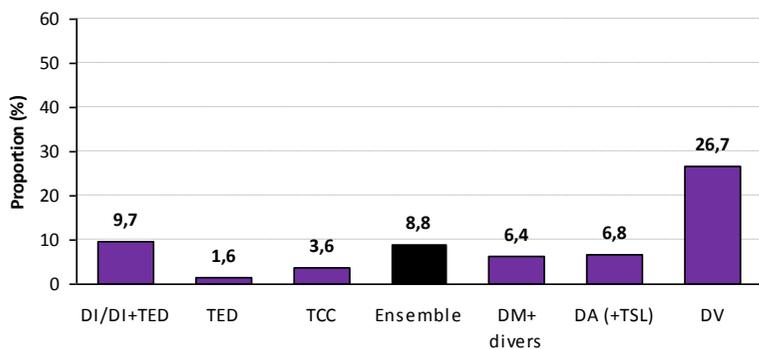
Proportion d'enfants étant pris en charge par un CAMSP, antérieurement à leur admission, par agrément



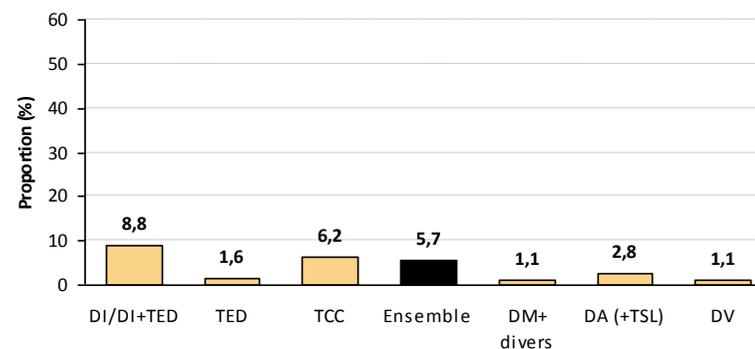
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur prise en charge antérieure



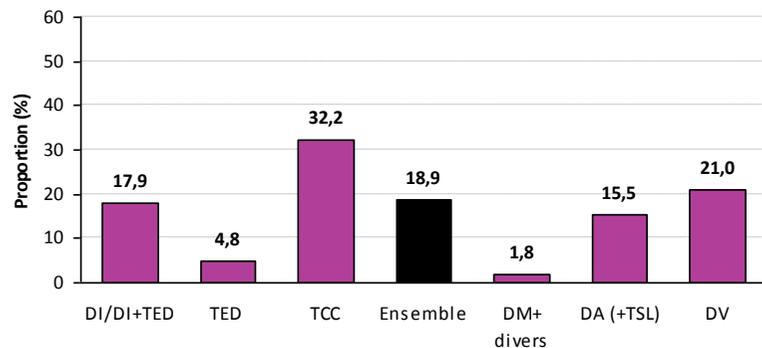
Proportion d'enfants étant pris en charge par un autre SESSAD, antérieurement à leur admission, par agrément



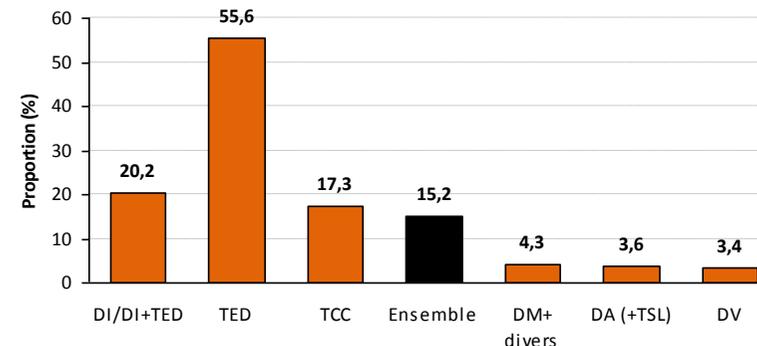
Proportion d'enfants étant pris en charge par un CMPP, antérieurement à leur admission, par agrément



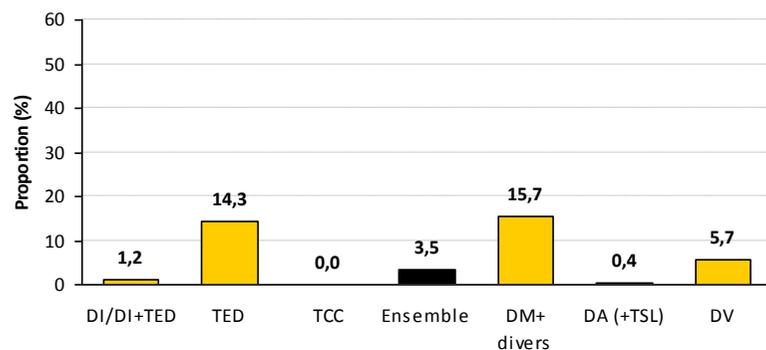
Proportion d'enfants n'ayant aucune prise en charge, antérieurement à leur admission, par agrément



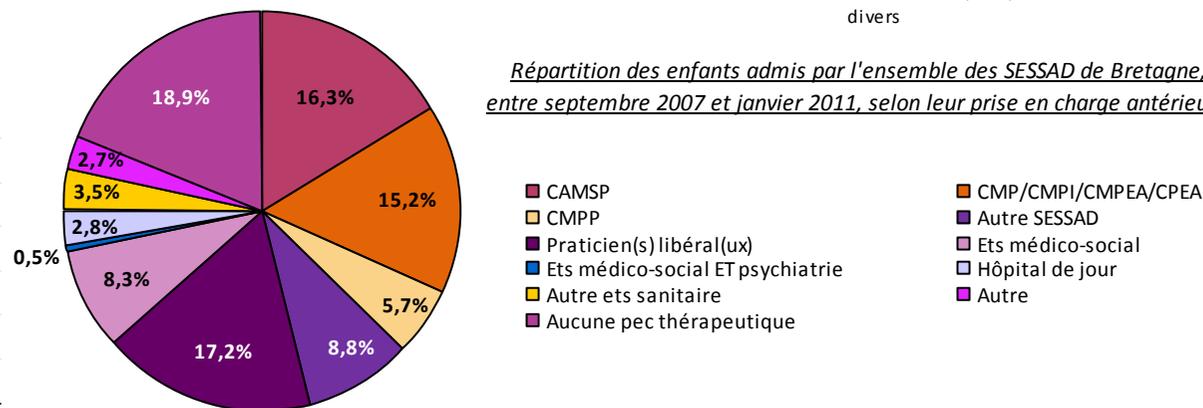
Proportion d'enfants étant pris en charge par un CMP, antérieurement à leur admission, par agrément



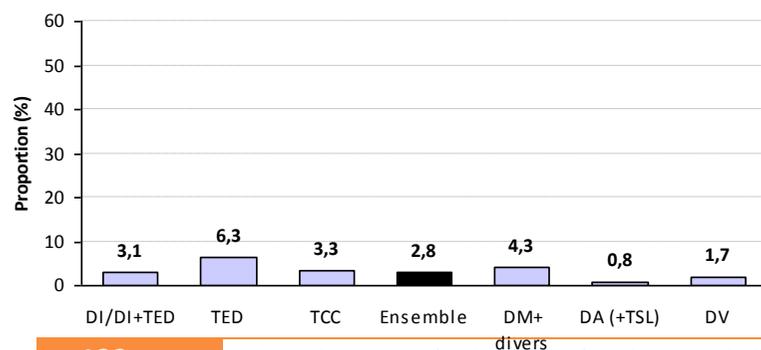
Proportion d'enfants étant pris en charge par un autre établissement sanitaire, antérieurement à leur admission, par agrément



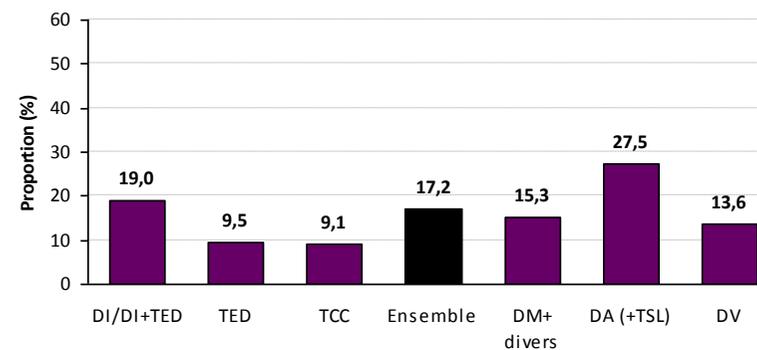
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur prise en charge antérieure



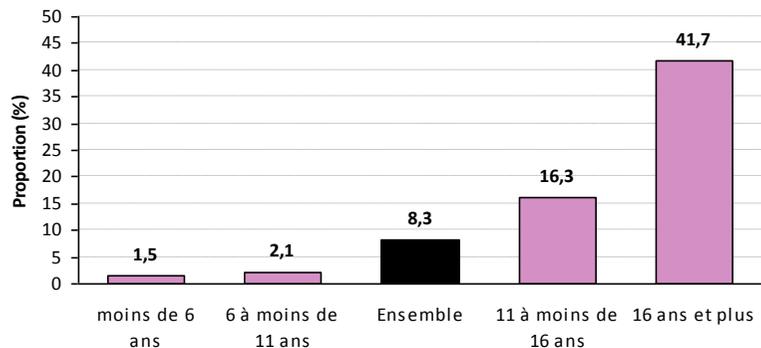
Proportion d'enfants étant pris en charge par un hôpital de jour, antérieurement à leur admission, par agrément



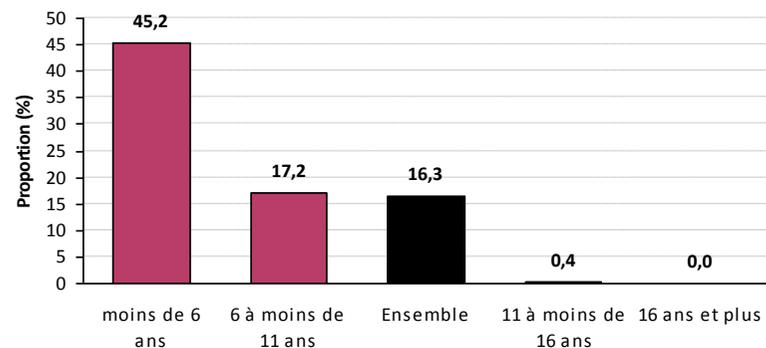
Proportion d'enfants étant pris en charge par un(des) praticien(s) libéral(aux), antérieurement à leur admission, par agrément



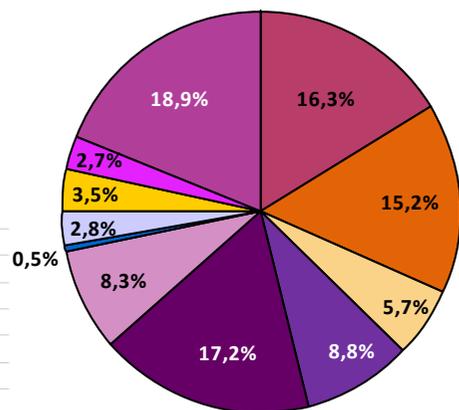
Proportion d'enfants étant pris en charge par un EMS, antérieurement à leur admission, par tranche d'âge



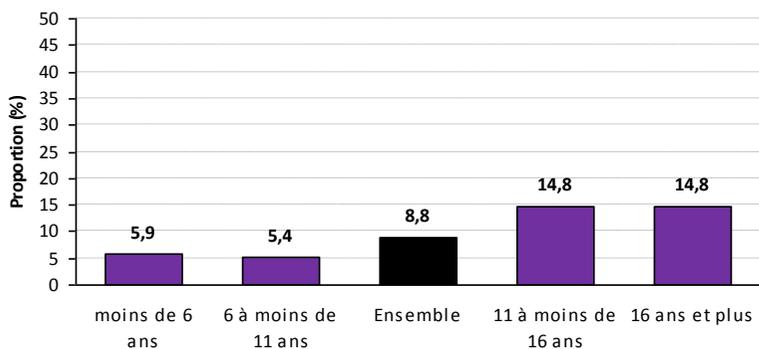
Proportion d'enfants étant pris en charge par un CAMSP, antérieurement à leur admission, par tranche d'âge



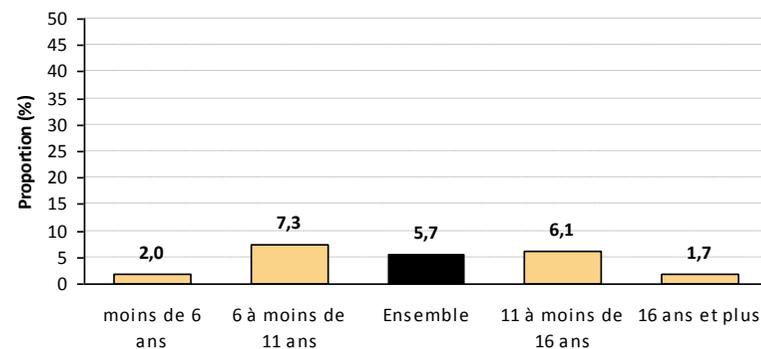
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur prise en charge antérieure



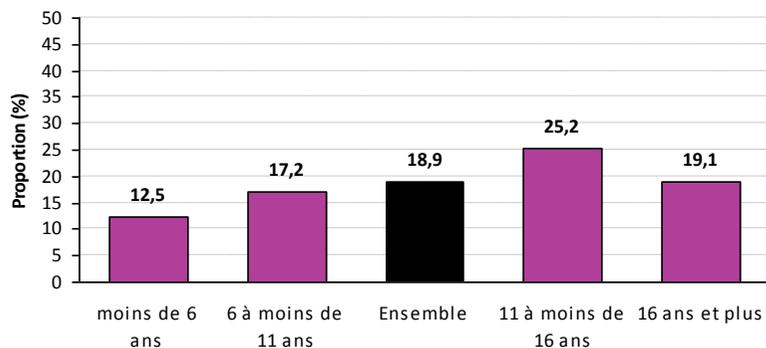
Proportion d'enfants étant pris en charge par un autre SESSAD, antérieurement à leur admission, par tranche d'âge



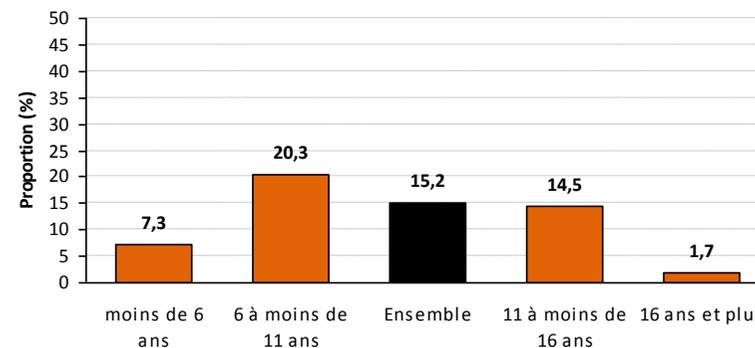
Proportion d'enfants étant pris en charge par un CMPP, antérieurement à leur admission, par tranche d'âge



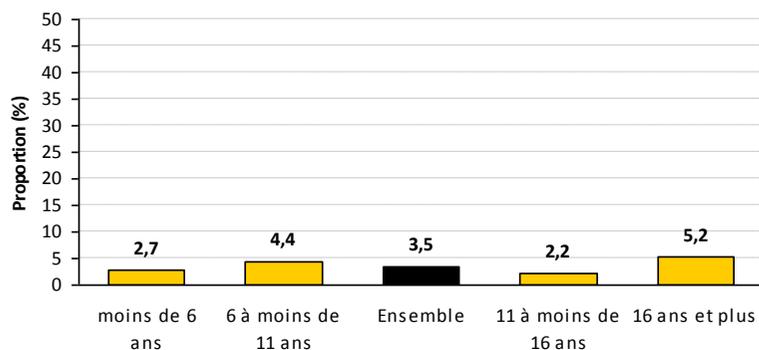
Proportion d'enfants n'ayant aucune prise en charge, antérieurement à leur admission, par tranche d'âge



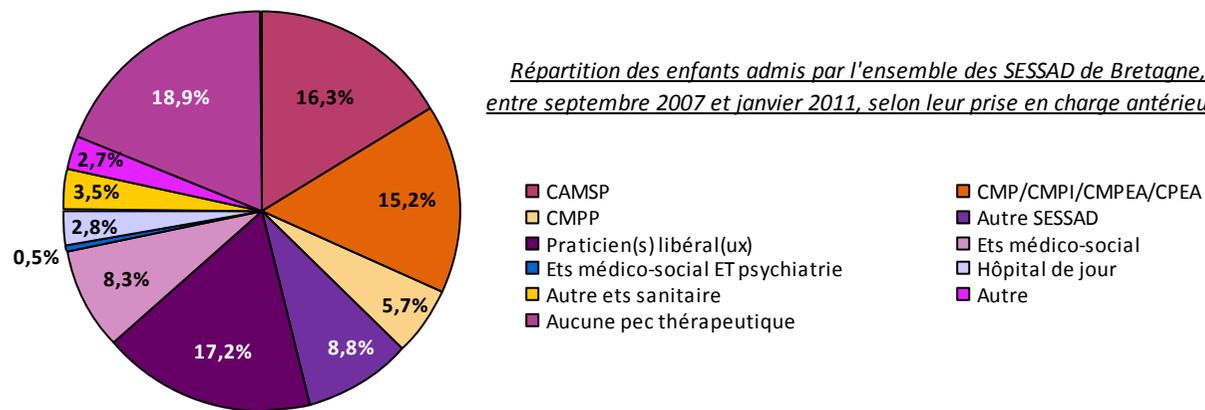
Proportion d'enfants étant pris en charge par un CMP, antérieurement à leur admission, par tranche d'âge



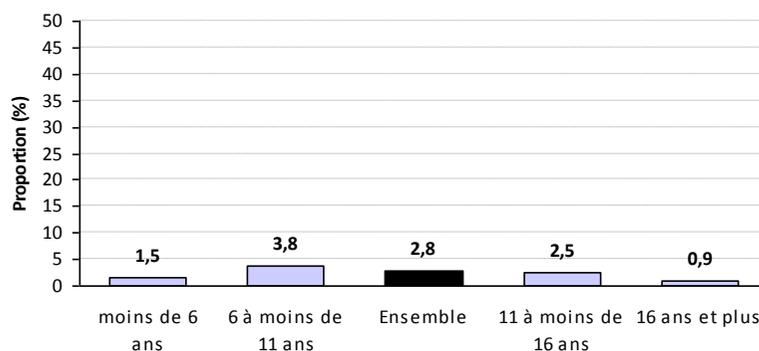
Proportion d'enfants étant pris en charge par un autre établissement sanitaire, antérieurement à leur admission, par tranche d'âge



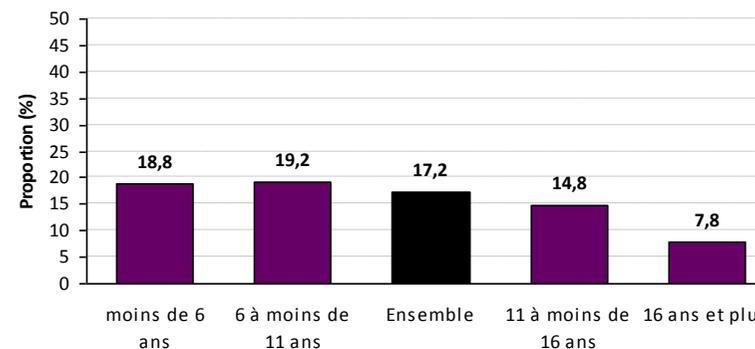
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur prise en charge antérieure



Proportion d'enfants étant pris en charge par un hôpital de jour, antérieurement à leur admission, par tranche d'âge



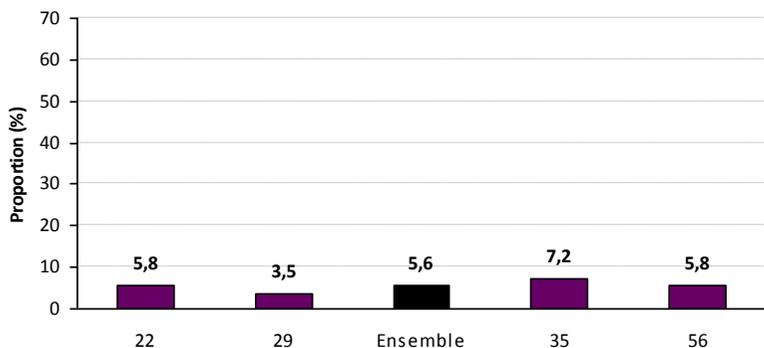
Proportion d'enfants étant pris en charge par un(des) praticien(s) libéral(ux), antérieurement à leur admission, par tranche d'âge



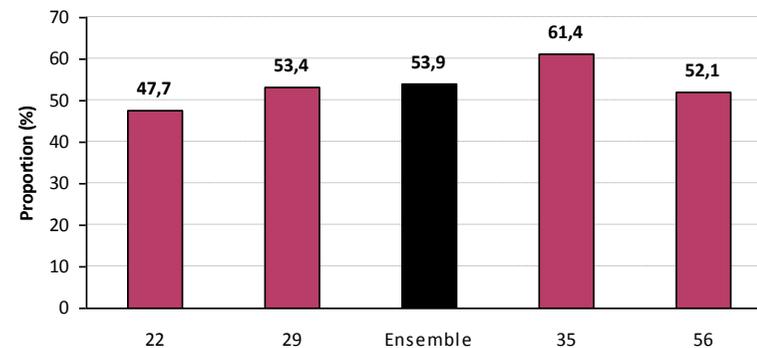
Annexe 2.4. :

Statistiques sur la situation scolaire à l'admission

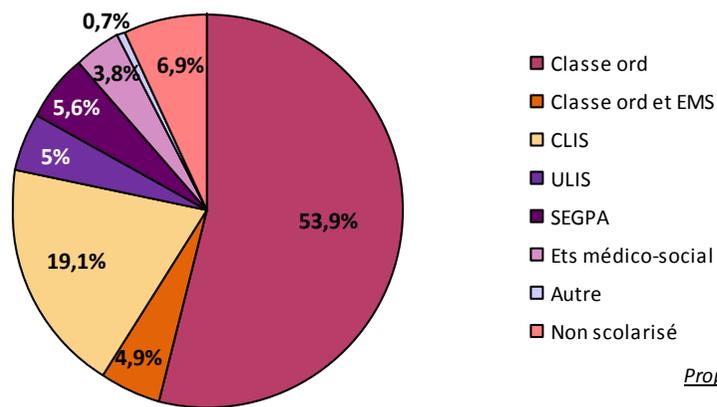
Proportion d'enfants scolarisés en SEGPA à leur admission, par département



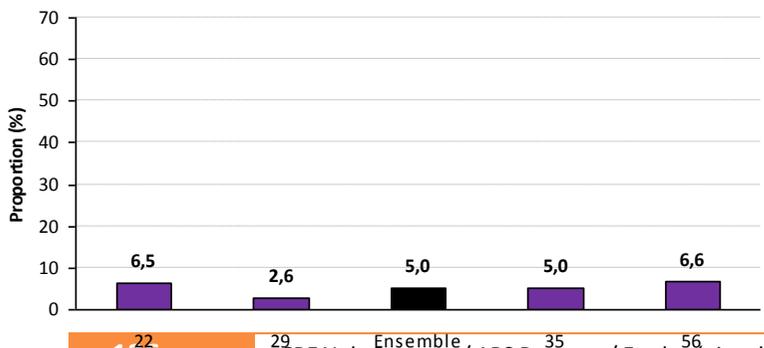
Proportion d'enfants scolarisés en classe ordinaire à leur admission, par département



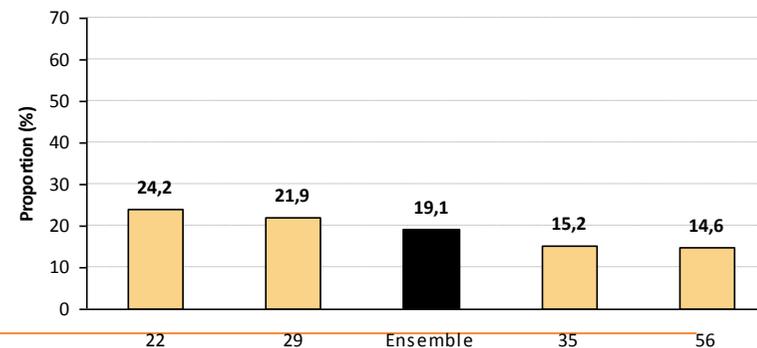
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur situation scolaire avant admission



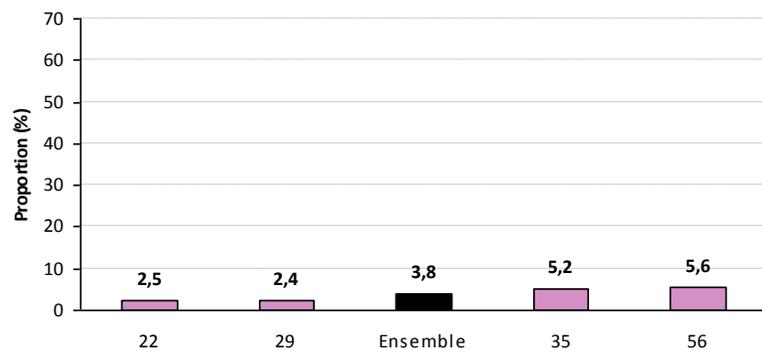
Proportion d'enfants scolarisés en ULIS à leur admission, par département



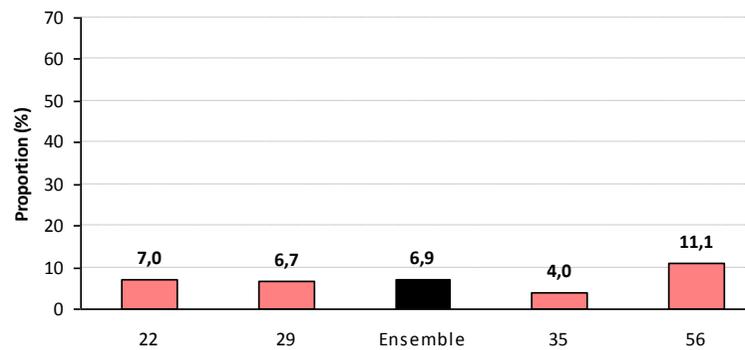
Proportion d'enfants scolarisés en CLIS à leur admission, par département



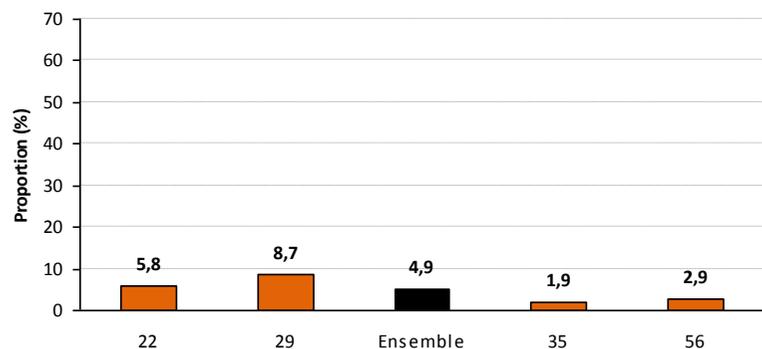
Proportion d'enfants scolarisés en EMS à leur admission, par département



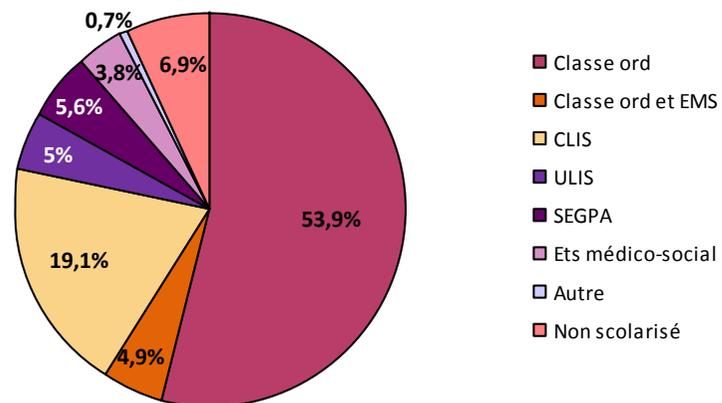
Proportion d'enfants non scolarisés à leur admission, par département



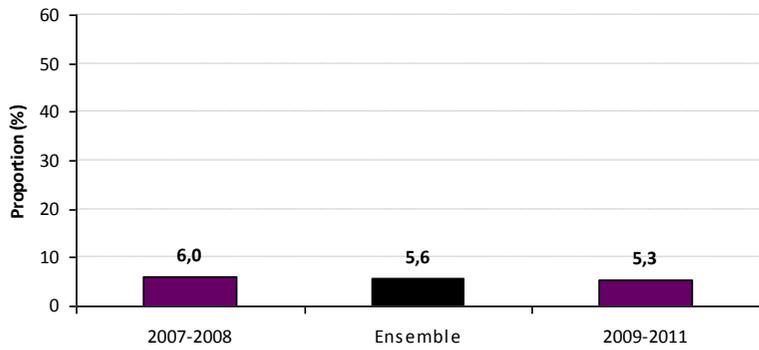
Proportion d'enfants scolarisés en classe ordinaire et EMS à leur admission, par département



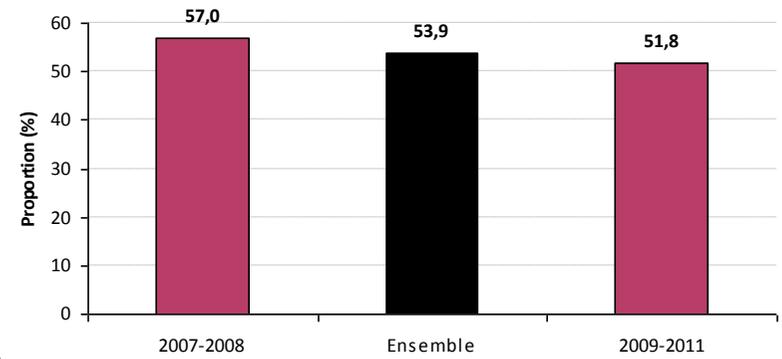
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur situation scolaire avant admission



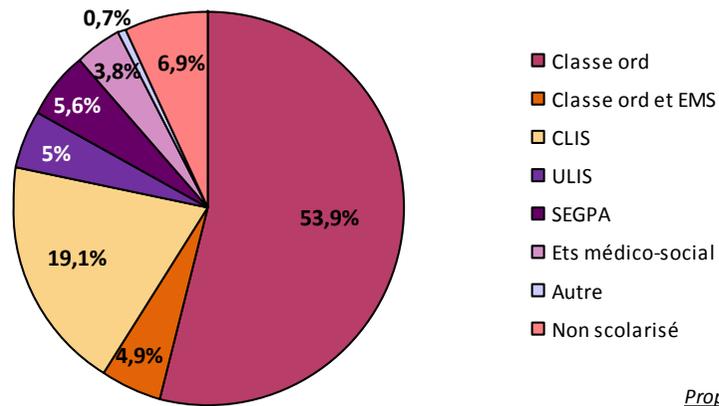
Proportion d'enfants scolarisés en SEGPA à leur admission, par période



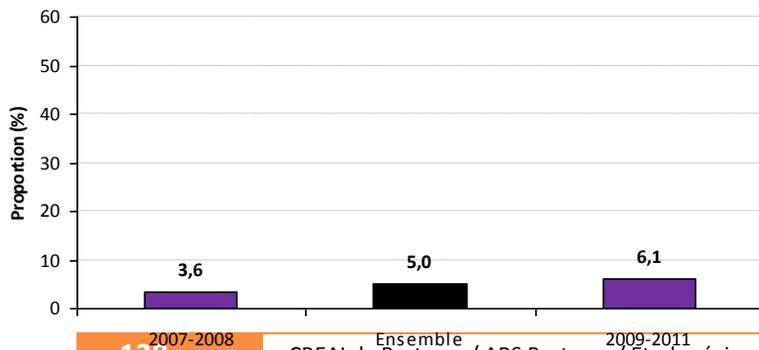
Proportion d'enfants scolarisés en classe ordinaire à leur admission, par période



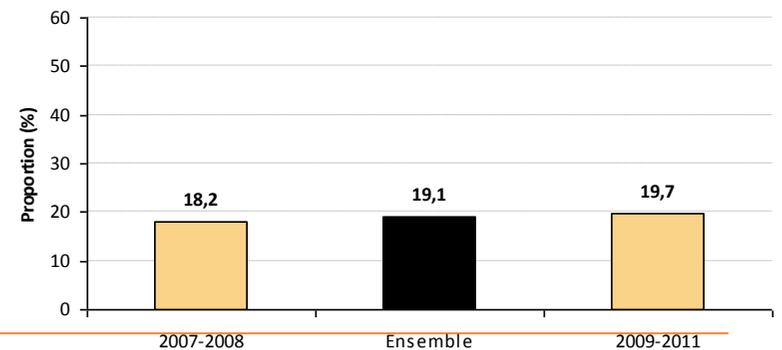
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur situation scolaire avant admission



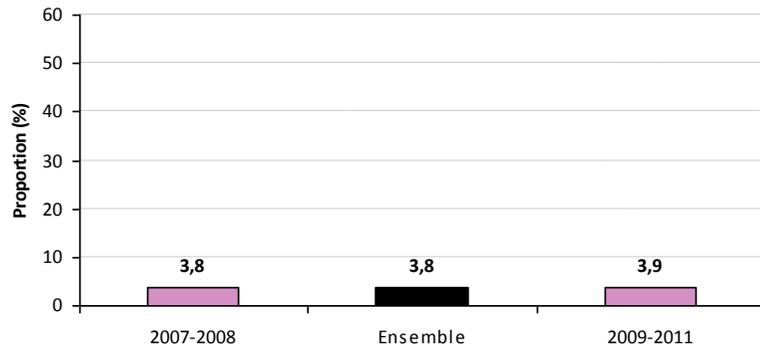
Proportion d'enfants scolarisés en ULIS à leur admission, par période



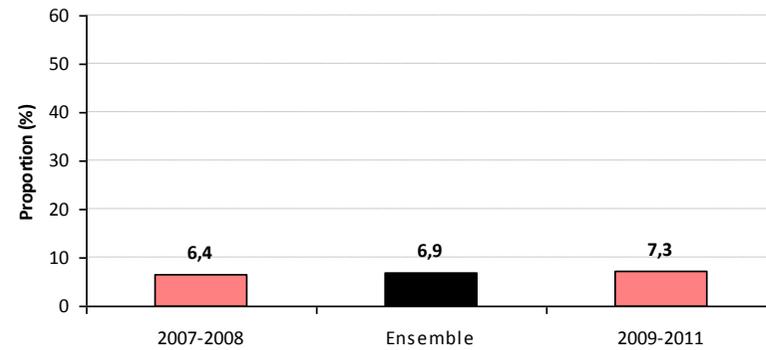
Proportion d'enfants scolarisés en CLIS à leur admission, par période



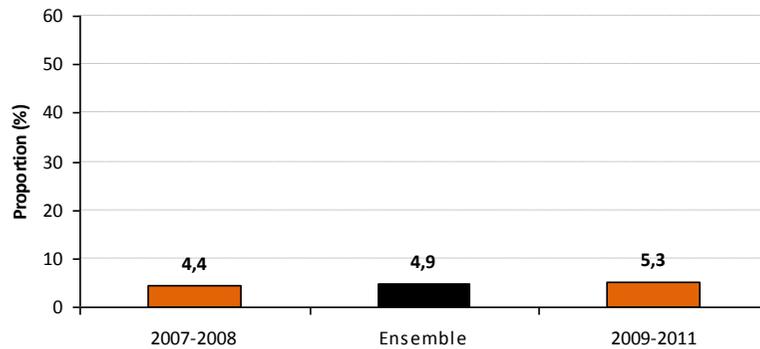
Proportion d'enfants scolarisés en EMS à leur admission, par période



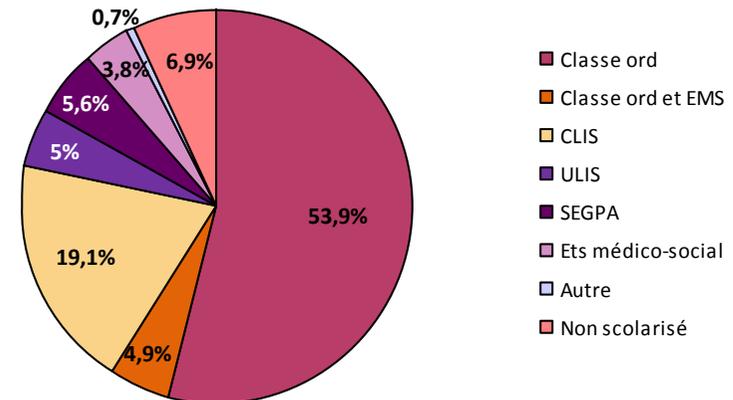
Proportion d'enfants non scolarisés à leur admission, par période



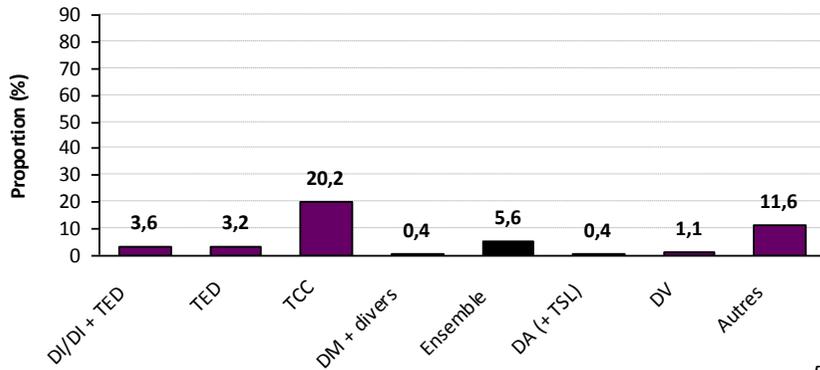
Proportion d'enfants scolarisés en classe ordinaire et EMS à leur admission, par période



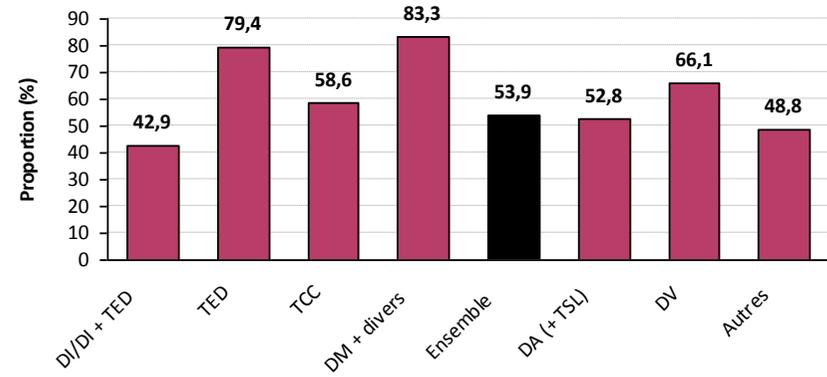
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur situation scolaire avant admission



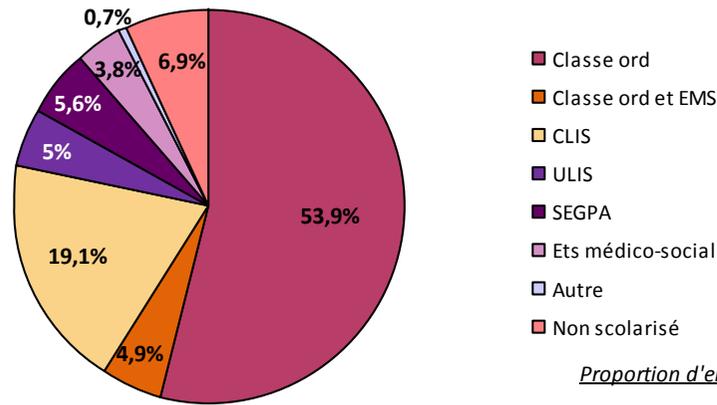
Proportion d'enfants scolarisés en SEGPA leur admission, par agrément



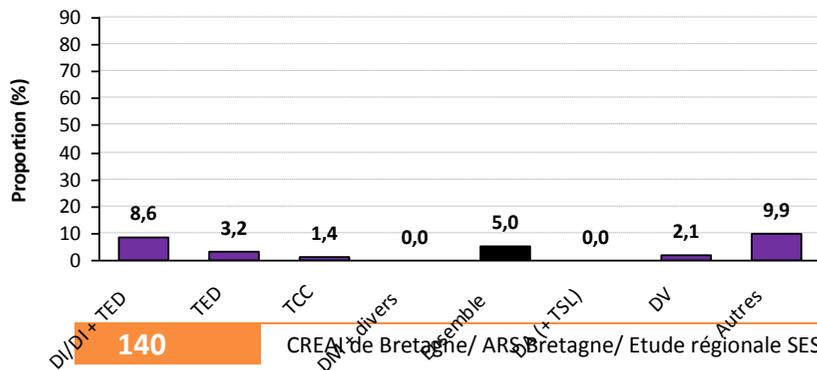
Proportion d'enfants scolarisés en classe ordinaire à leur admission, par agrément



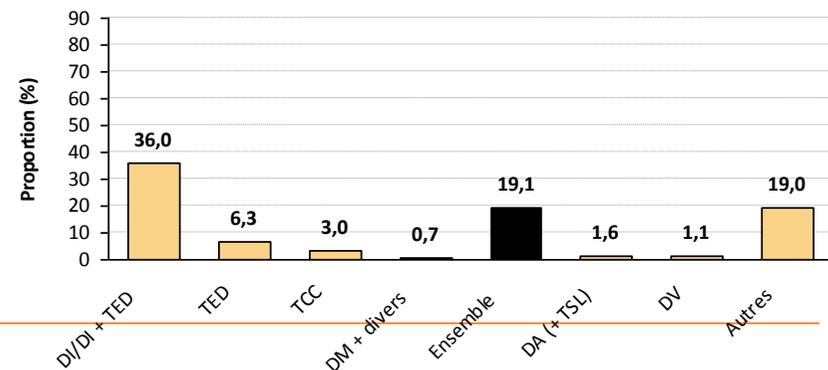
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur situation scolaire avant admission



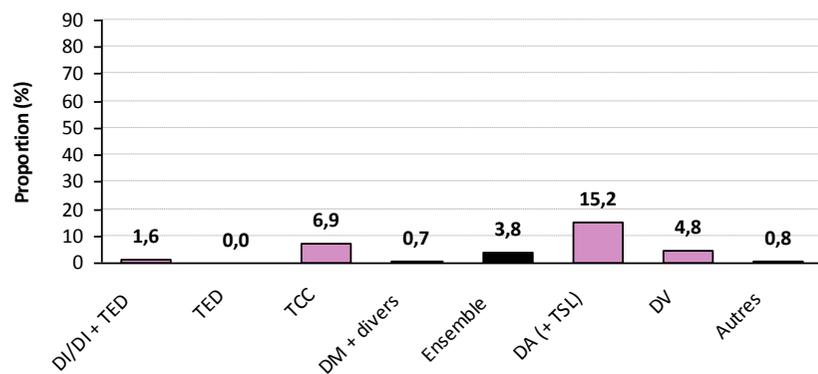
Proportion d'enfants scolarisés en ULIS à leur admission, par agrément



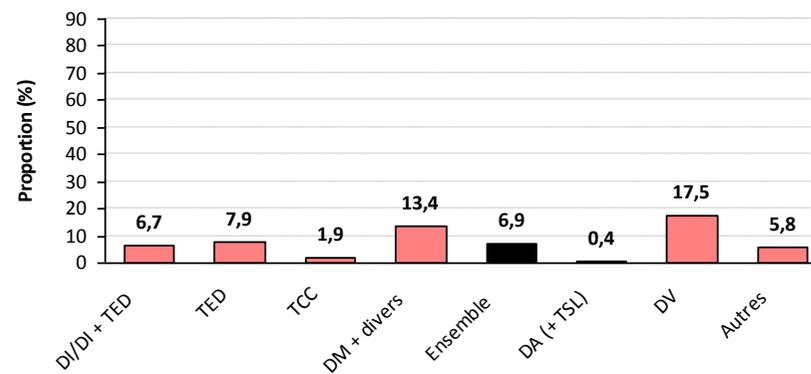
Proportion d'enfants scolarisés en CLIS à leur admission, par agrément



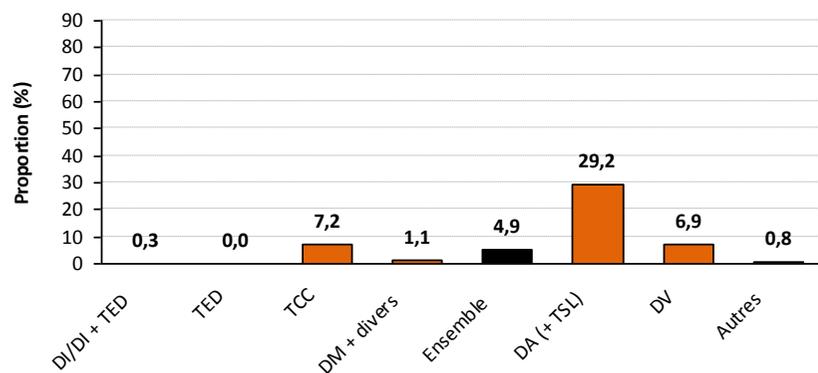
Proportion d'enfants scolarisés en EMS à leur admission, par agrément



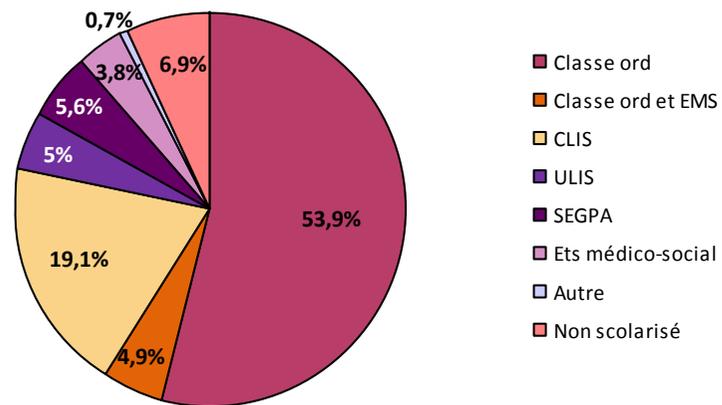
Proportion d'enfants non scolarisés à leur admission, par agrément



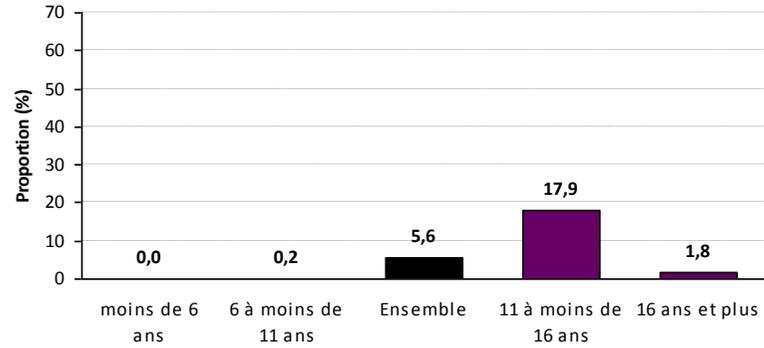
Proportion d'enfants scolarisés en classe ordinaire et EMS à leur admission, par agrément



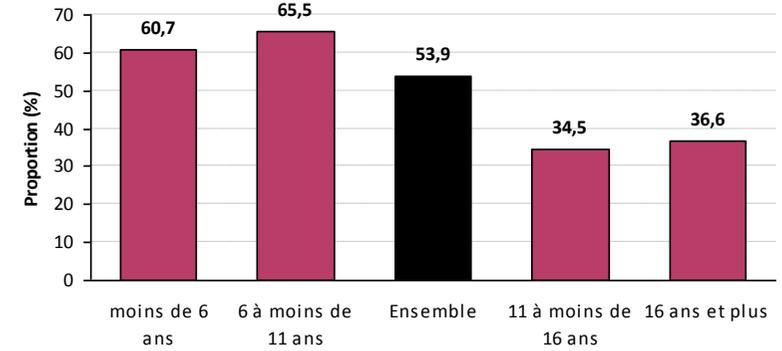
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur situation scolaire avant admission



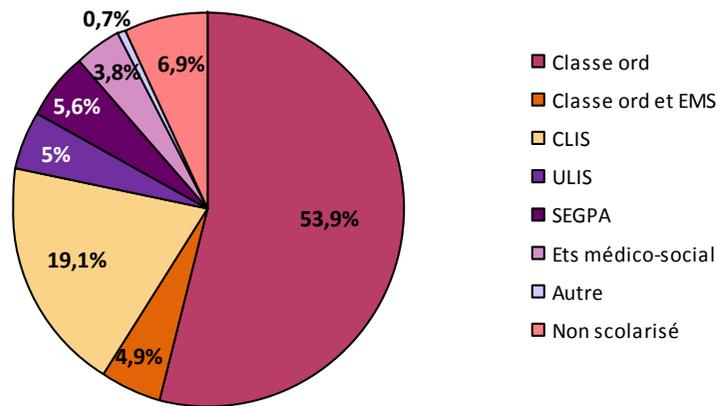
Proportion d'enfants scolarisés en SEGPA à leur admission, par tranche d'âge



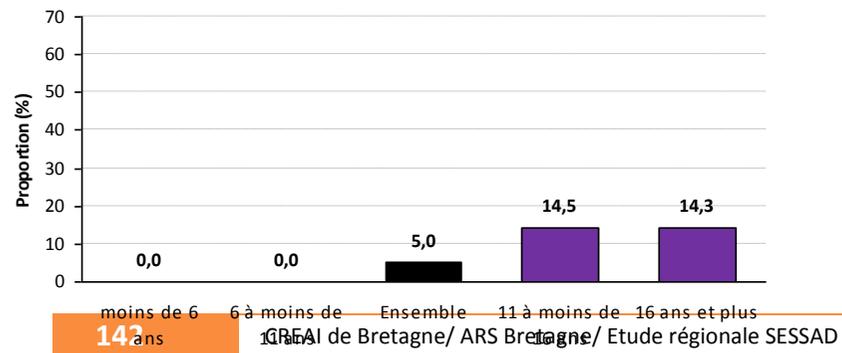
Proportion d'enfants scolarisés en classe ordinaire à leur admission, par tranche d'âge



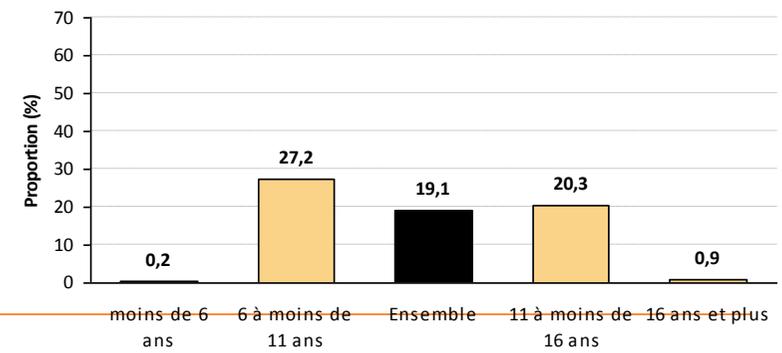
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur situation scolaire avant admission



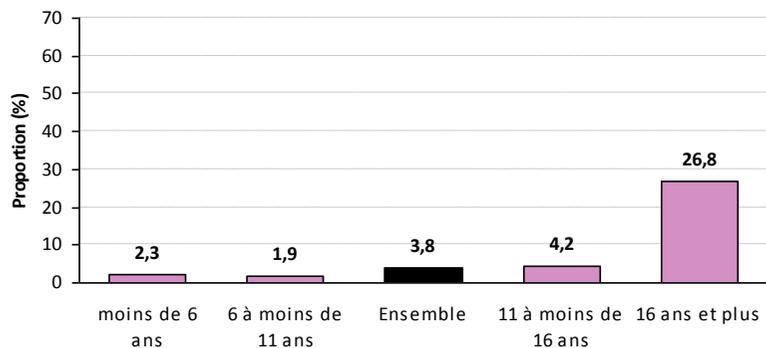
Proportion d'enfants scolarisés en ULIS à leur admission, par tranche d'âge



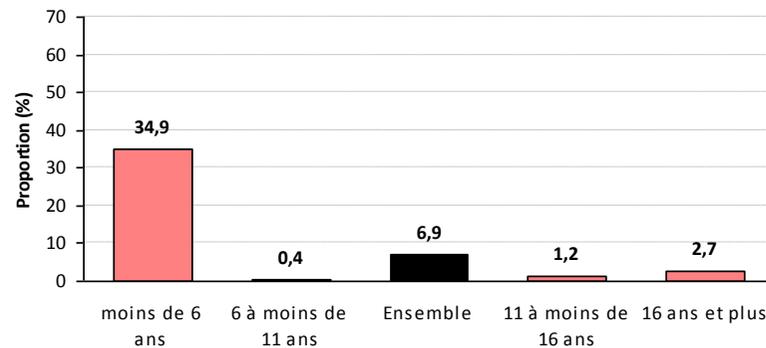
Proportion d'enfants scolarisés en CLIS à leur admission, par tranche d'âge



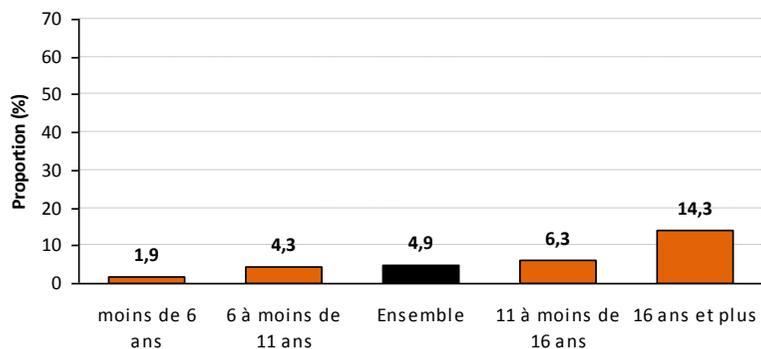
Proportion d'enfants scolarisés en EMS à leur admission, par tranche d'âge



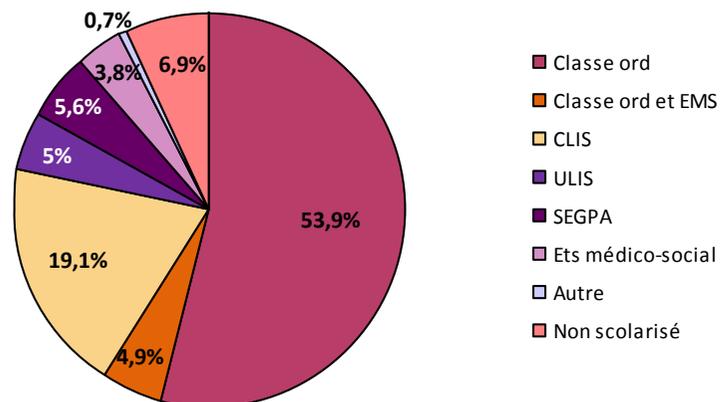
Proportion d'enfants non scolarisés à leur admission, par tranche d'âge



Proportion d'enfants scolarisés en classe ordinaire et EMS à leur admission, par tranche d'âge



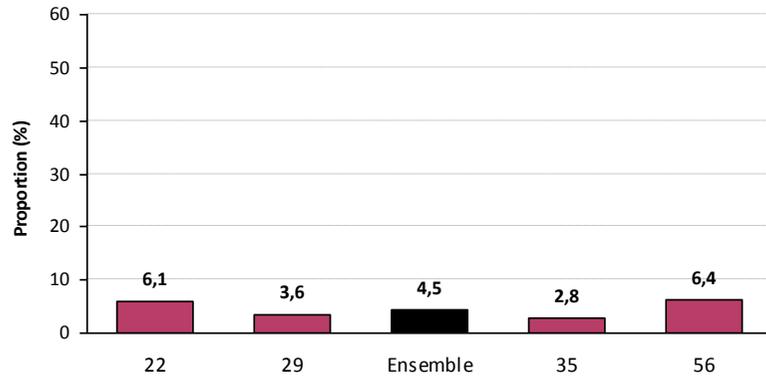
Répartition des enfants admis par l'ensemble des SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur situation scolaire avant admission



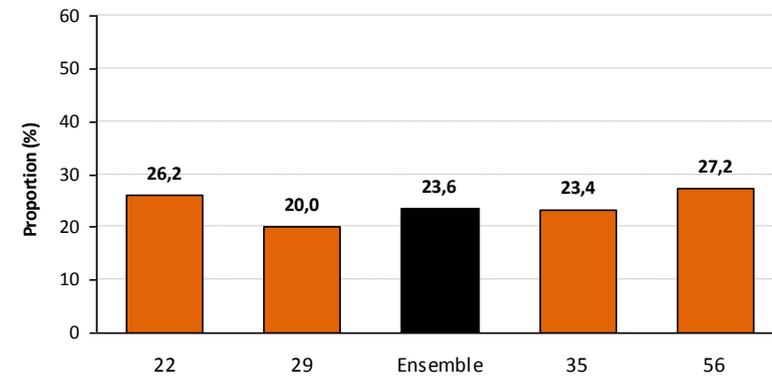
Annexe 2.5. :

Statistiques sur l'âge à la sortie

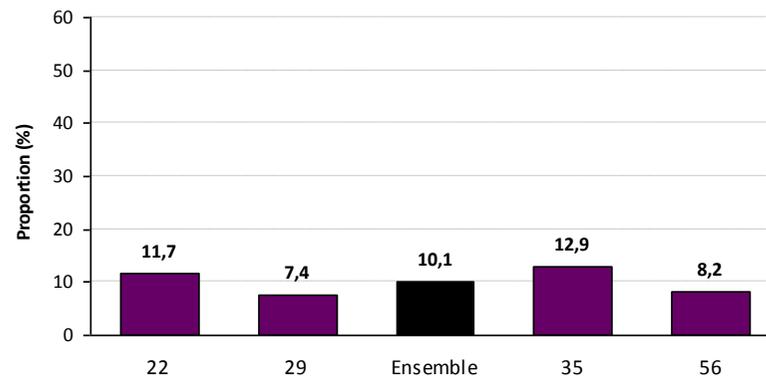
Proportion d'enfants de moins de 6 ans par département



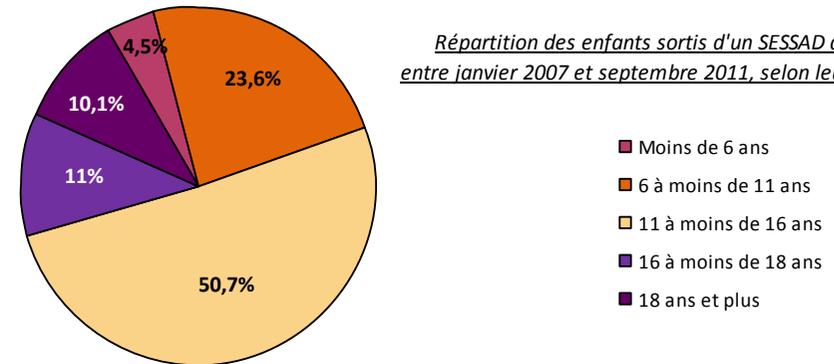
Proportion d'enfants de 6 à moins de 11 ans par département



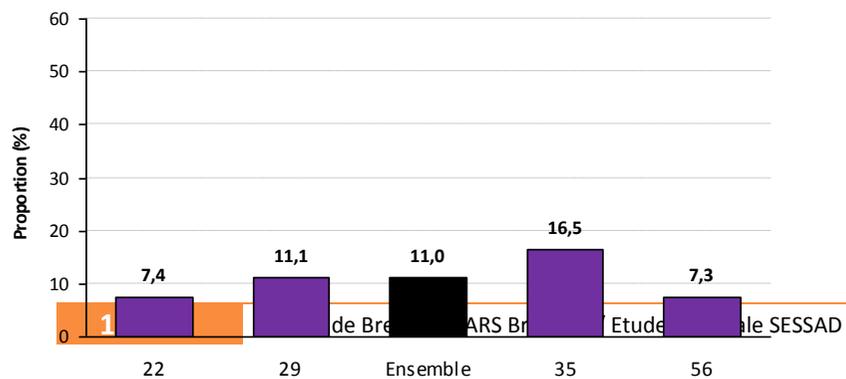
Proportion d'enfants de 18 ans et plus par département



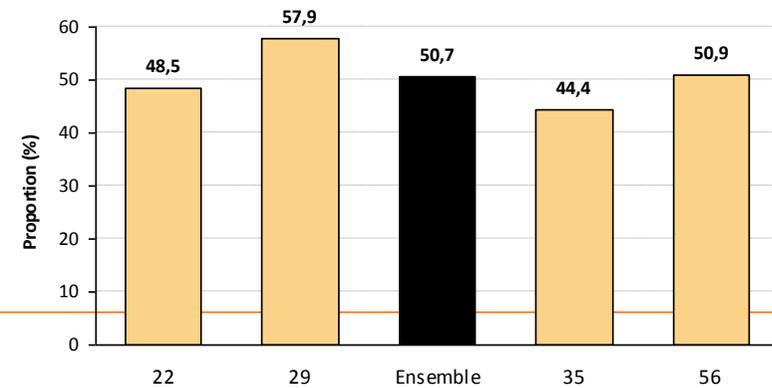
Répartition des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, selon leur tranche d'âge



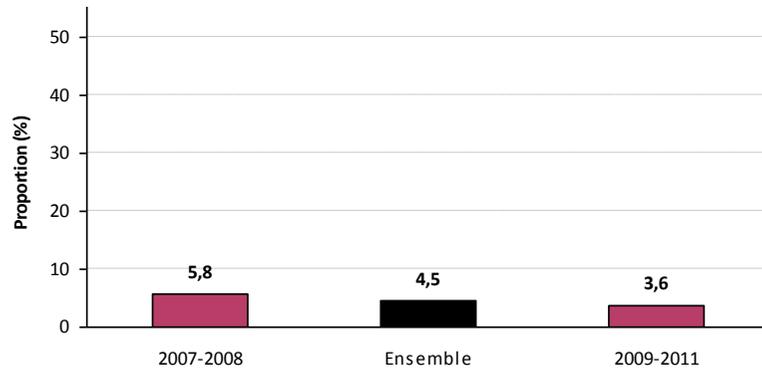
Proportion d'enfants de 16 à moins de 18 ans par département



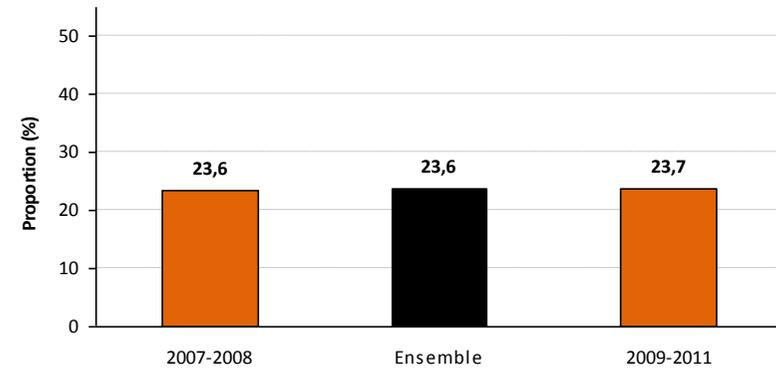
Proportion d'enfants de 11 à moins de 16 ans par département



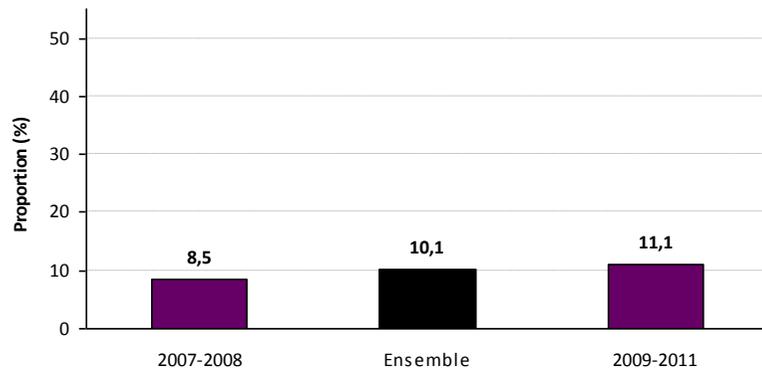
Proportion d'enfants de moins de 6 ans par période



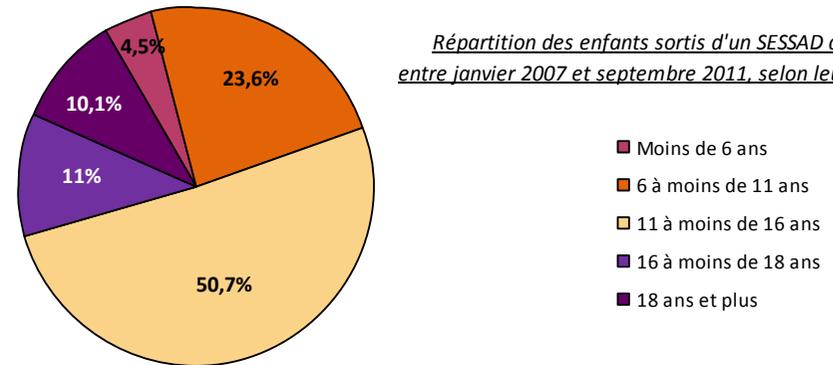
Proportion d'enfants de 6 à moins de 11 ans par période



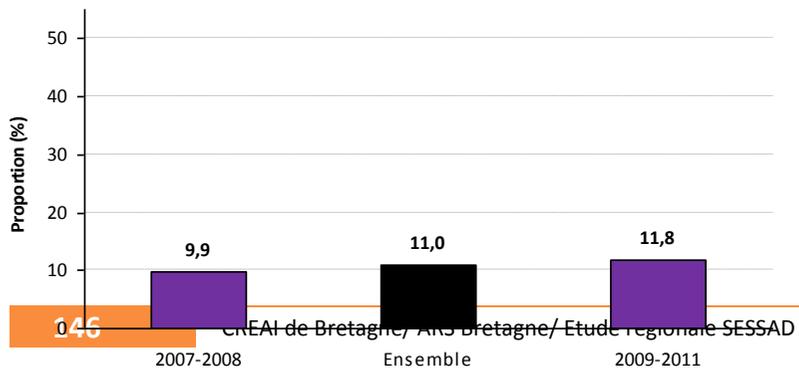
Proportion d'enfants de 18 ans et plus par période



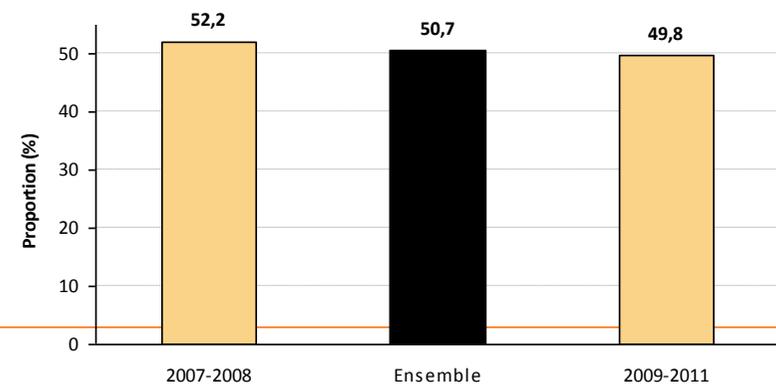
Répartition des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, selon leur tranche d'âge



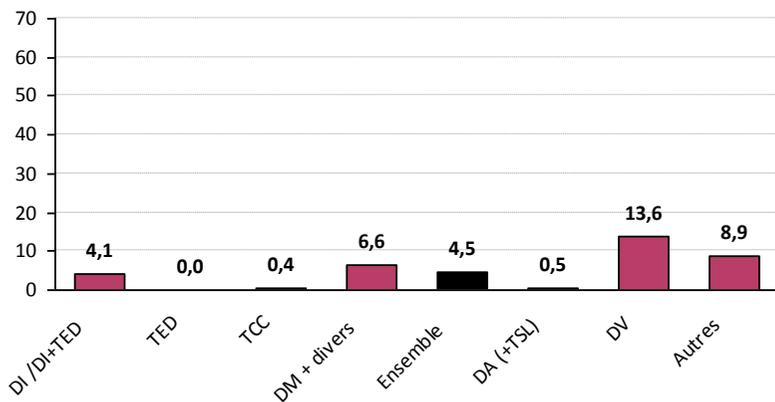
Proportion d'enfants de 16 à moins de 18 ans par période



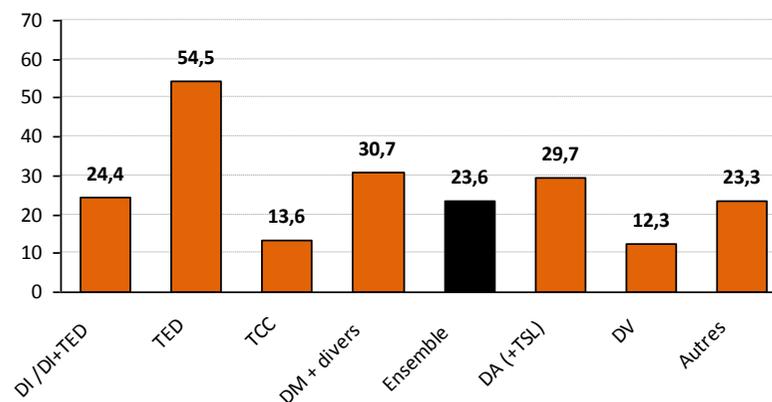
Proportion d'enfants de 11 à moins de 16 ans par période



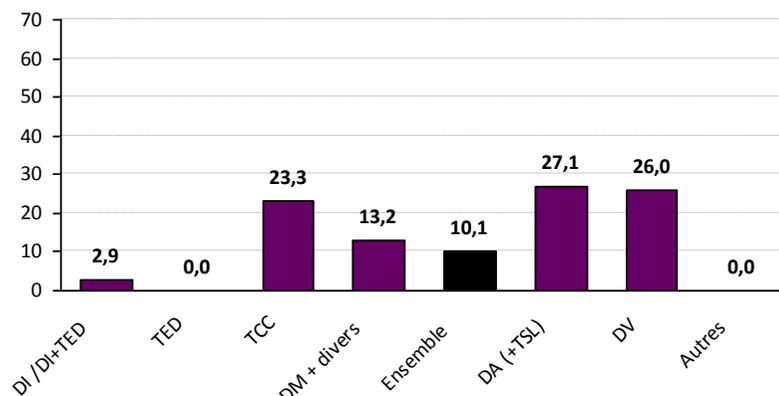
Proportion d'enfants de moins de 6 ans par agrément



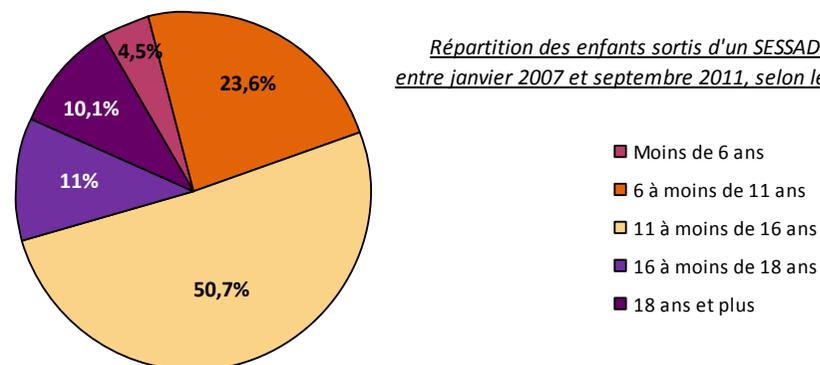
Proportion d'enfants de 6 à moins de 11 ans par agrément



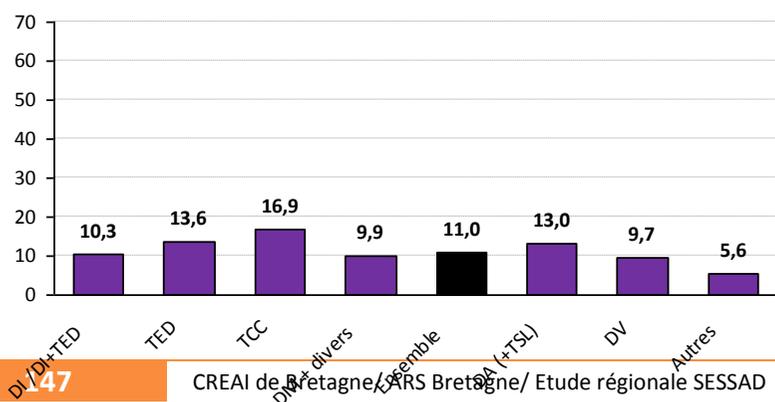
Proportion d'enfants de 18 ans et plus par agrément



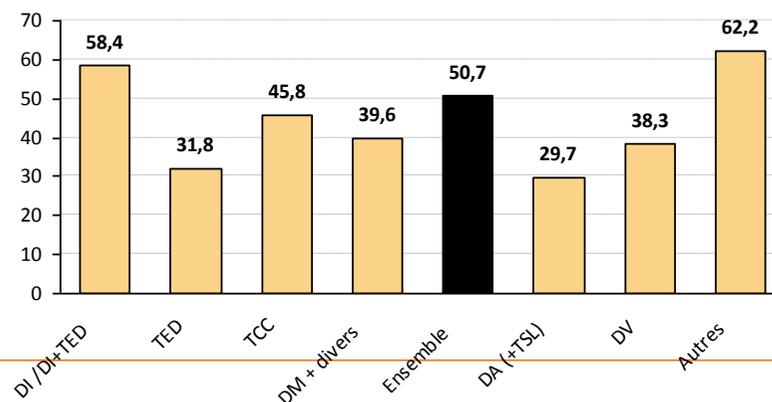
Répartition des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, selon leur tranche d'âge



Proportion d'enfants de 16 à moins de 18 ans par agrément



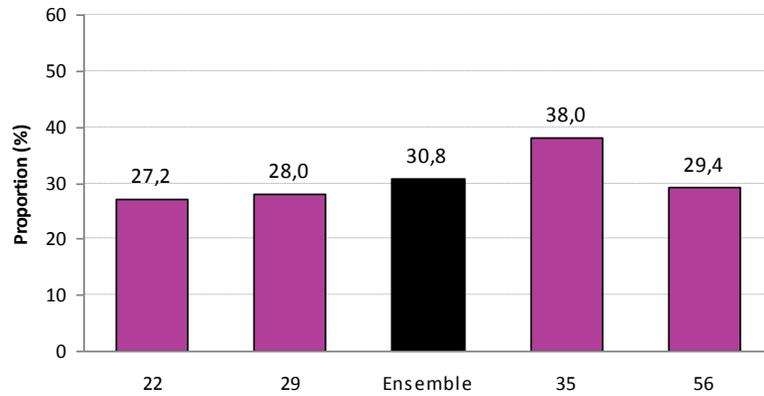
Proportion d'enfants de 11 à moins de 16 ans par agrément



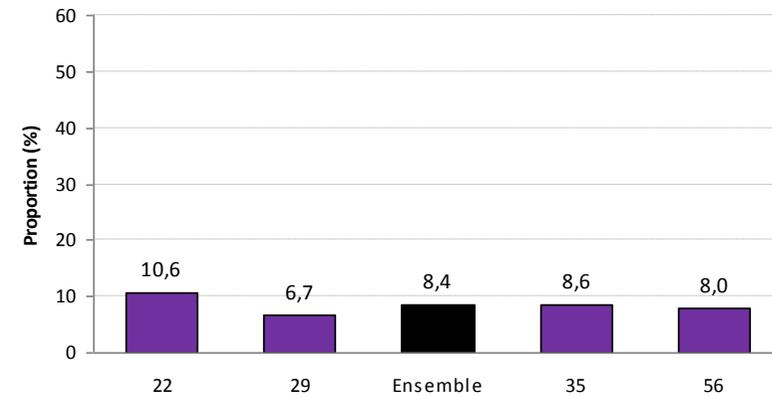
Annexe 2.6. :

Statistiques sur l'orientation de la prise en charge à la sortie

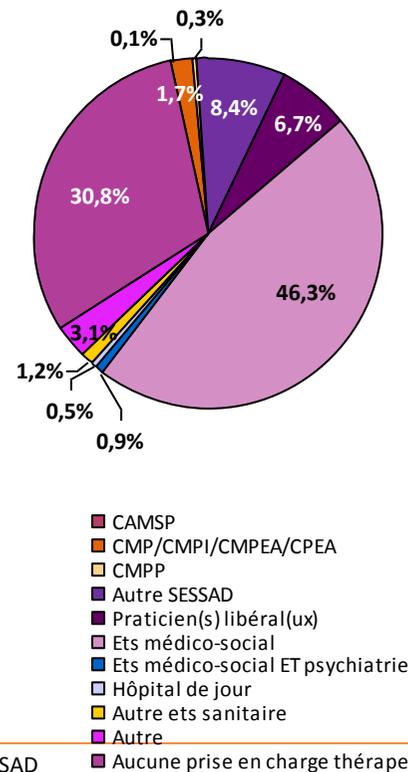
Proportion de jeunes n'ayant aucune prise en charge thérapeutique à la sortie du service, par département



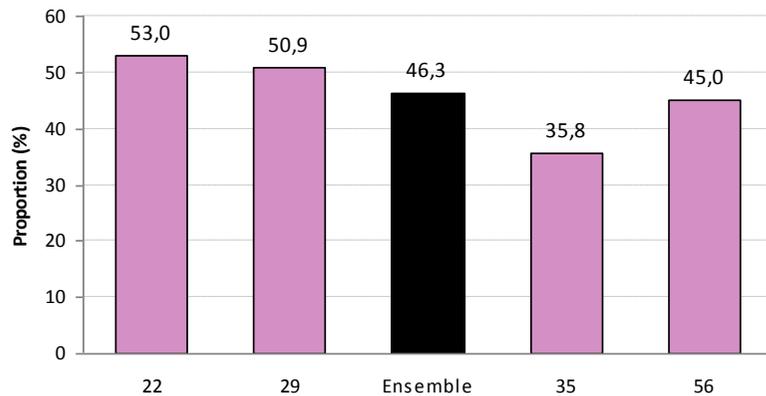
Proportion de jeunes étant pris en charge par un autre SESSAD à la sortie du service, par département



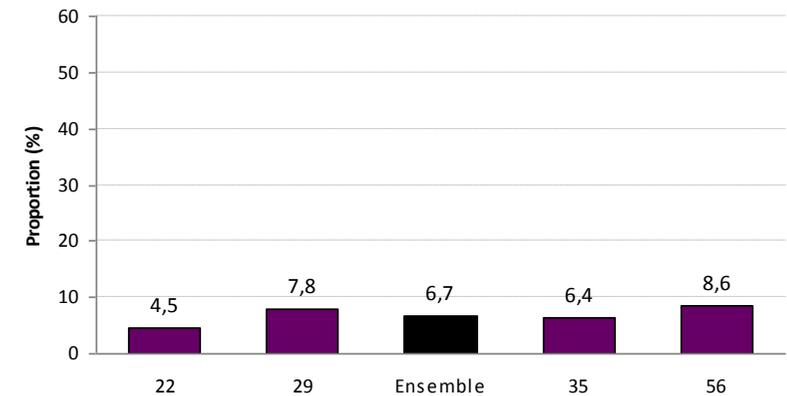
Répartition de l'ensemble des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur prise en charge à la sortie du service



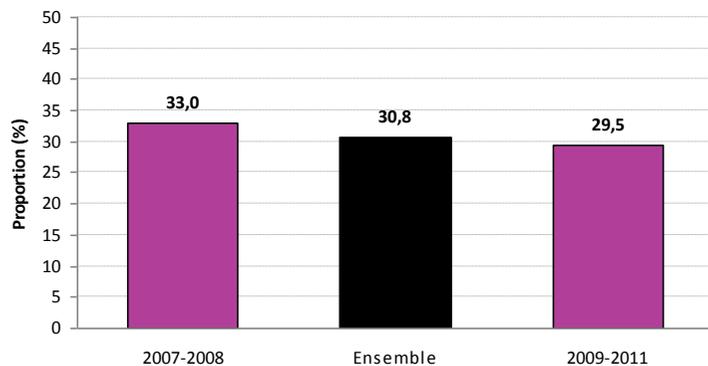
Proportion de jeunes étant pris en charge par un EMS à la sortie du service, par département



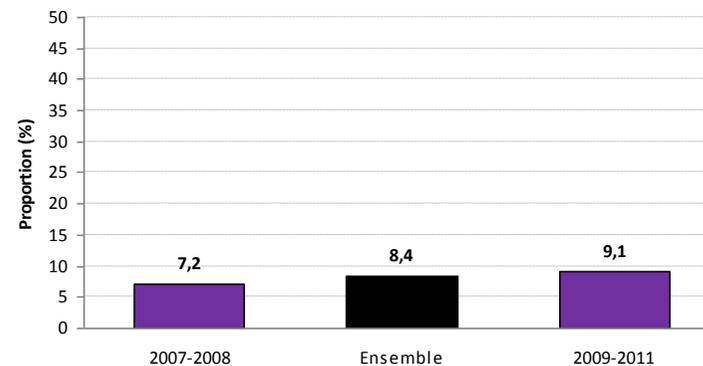
Proportion de jeunes étant pris en charge par un (des) praticien(s) libéral(ux) à la sortie du service, par département



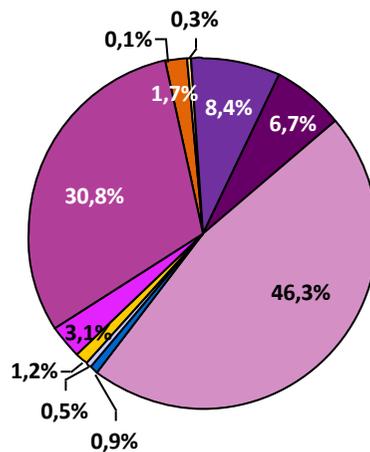
Proportion de jeunes n'ayant aucune prise en charge à la sortie du service, par période



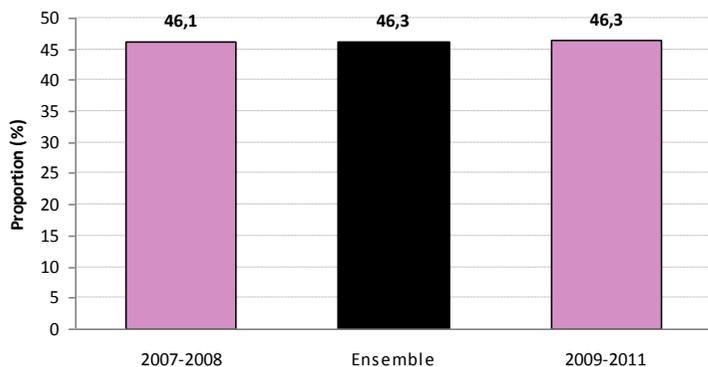
Proportion de jeunes étant pris en charge par un autre SESSAD à la sortie du service, par période



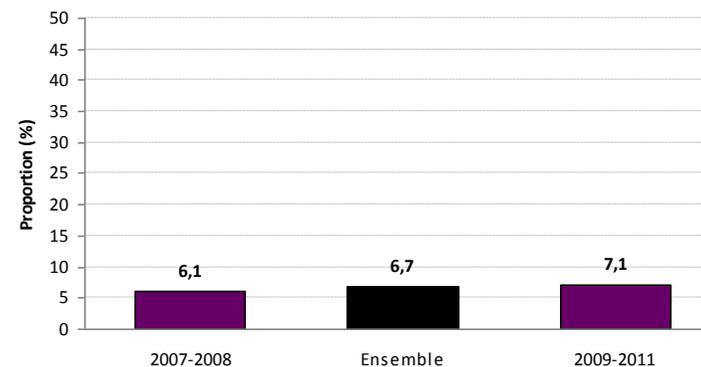
Répartition de l'ensemble des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur prise en charge à la sortie du service



Proportion de jeunes étant pris en charge par un EMS à la sortie du service, par période

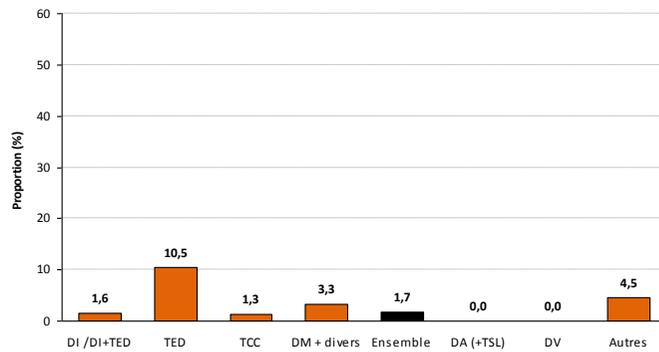


Proportion de jeunes étant pris en charge par un (des) praticien(s) libéral(ux) à la sortie du service, par période

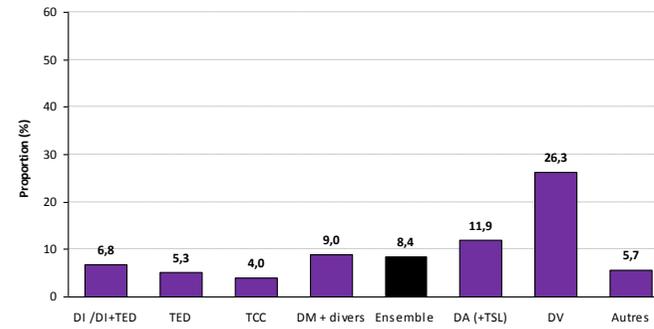


- CAMSP
- CMP/CMPI/CMPEA/CPEA
- CMPP
- Autre SESSAD
- Praticien(s) libéral(ux)
- Ets médico-social
- Ets médico-social ET psychiatrie
- Hôpital de jour
- Autre ets sanitaire
- Autre
- Aucune prise en charge thérapeutique

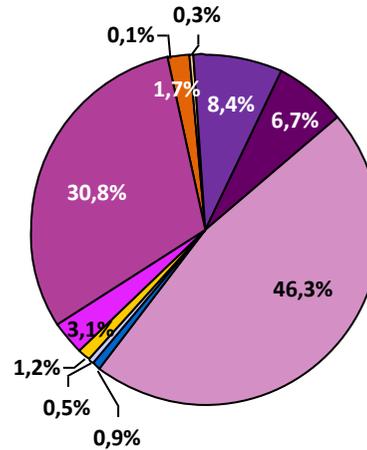
Proportion de jeunes étant pris en charge par un CMP à la sortie du service, par agrément



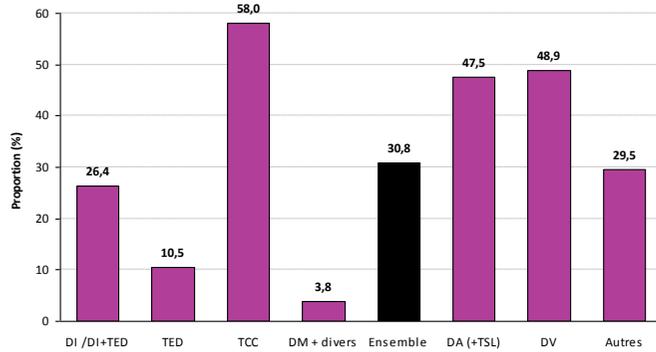
Proportion de jeunes étant pris en charge par un autre SESSAD à la sortie du service, par agrément



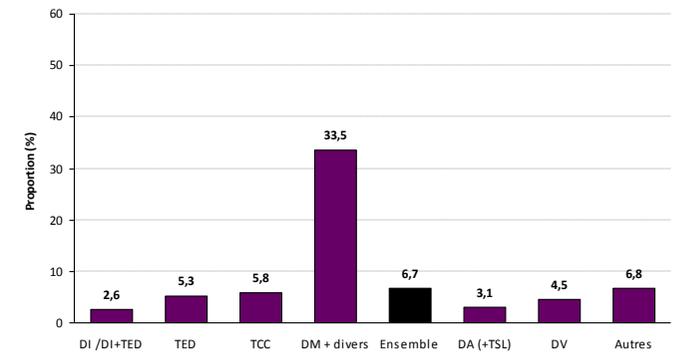
Répartition de l'ensemble des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur prise en charge à la sortie du service



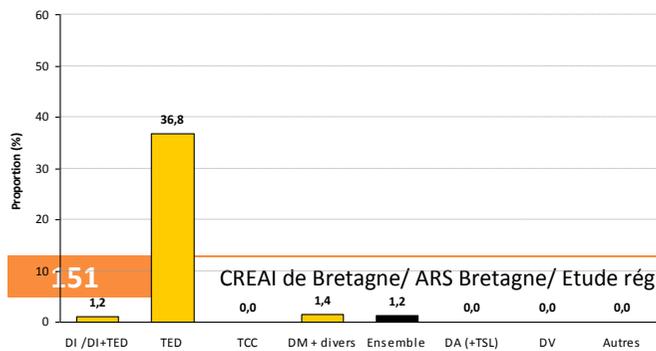
Proportion de jeunes n'ayant aucune prise en charge thérapeutique à la sortie du service, par agrément



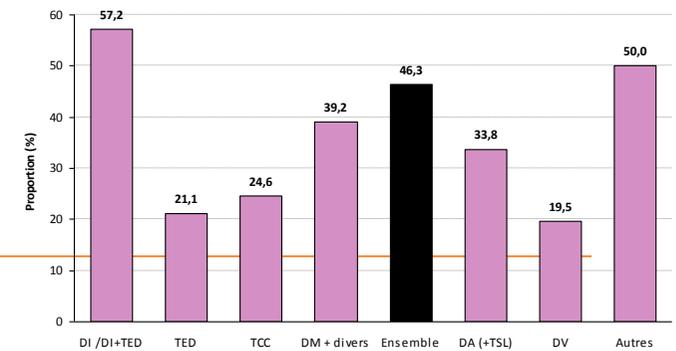
Proportion de jeunes étant pris en charge par un (des) praticien(s) libéral(ux) à la sortie du service, par agrément



Proportion de jeunes étant pris en charge par un autre établissement sanitaire à la sortie du service, par agrément

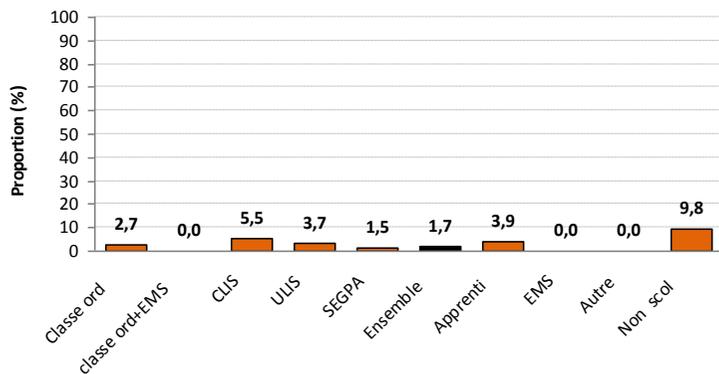


Proportion de jeunes étant pris en charge par un EMS à la sortie du service, par agrément

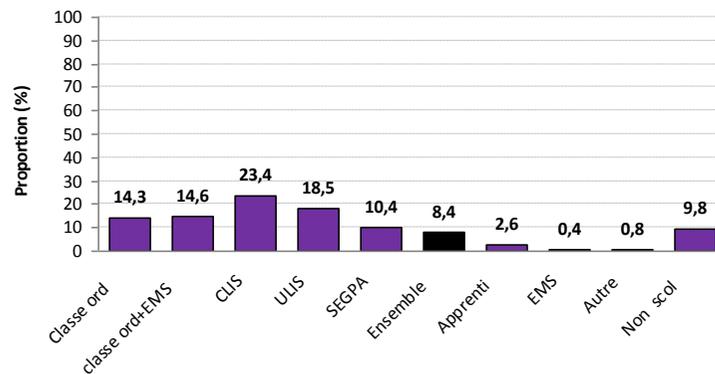


- CAMSP
- CMP/CMPI/CMPEA/CPEA
- CMPP
- Autre SESSAD
- Praticien(s) libéral(ux)
- Ets médico-social
- Ets médico-social ET psychiatrie
- Hôpital de jour
- Autre ets sanitaire
- Autre
- Aucune prise en charge thérapeutique

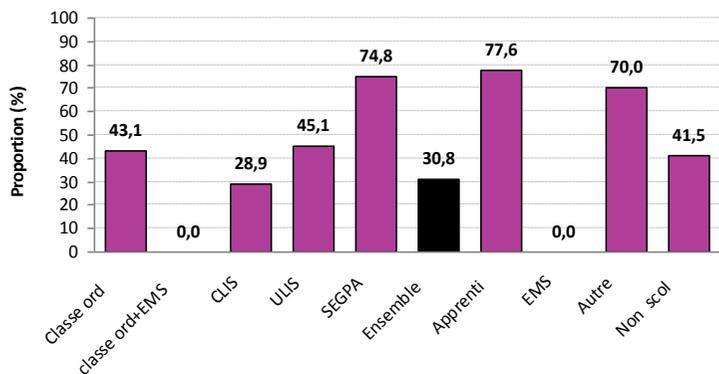
Proportion de jeunes étant pris en charge par un CMP à la sortie du service, par situation scolaire



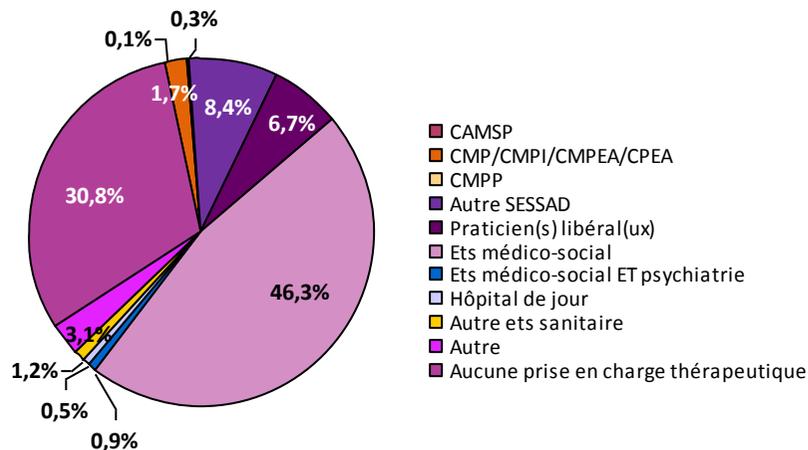
Proportion de jeunes étant pris en charge par un autre SESSAD à la sortie du service, par situation scolaire



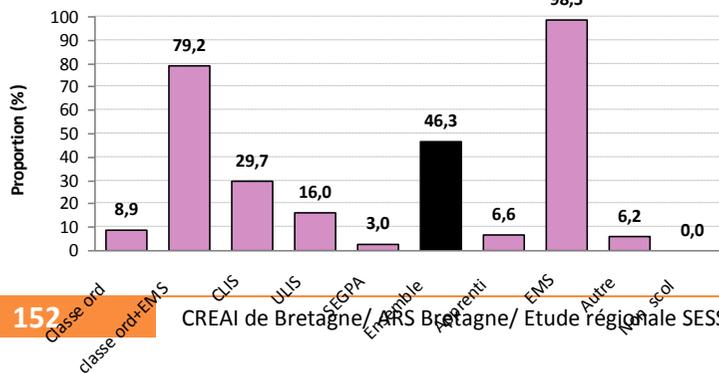
Proportion de jeunes n'ayant aucune prise en charge thérapeutique à la sortie du service, par situation scolaire



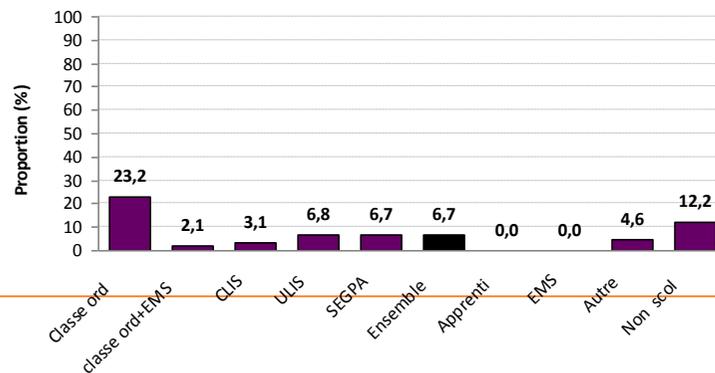
Répartition de l'ensemble des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne, entre septembre 2007 et janvier 2011, selon leur prise en charge à la sortie du service



Proportion de jeunes étant pris en charge par un EMS à la sortie du service, par situation scolaire



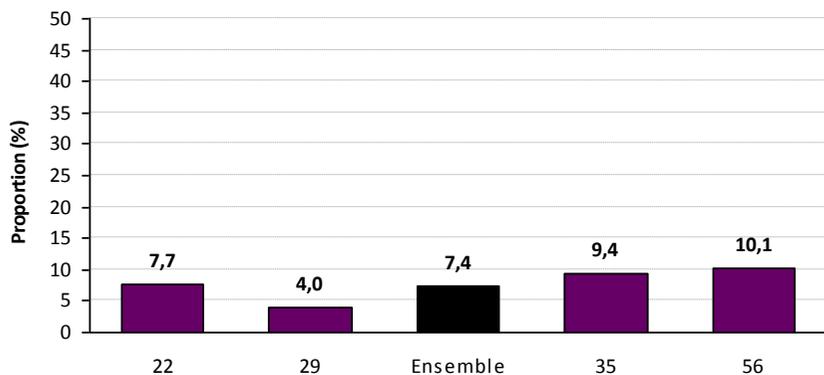
Proportion de jeunes étant pris en charge par un (des) praticien(s) libéral(ux) à la sortie du service, par situation scolaire



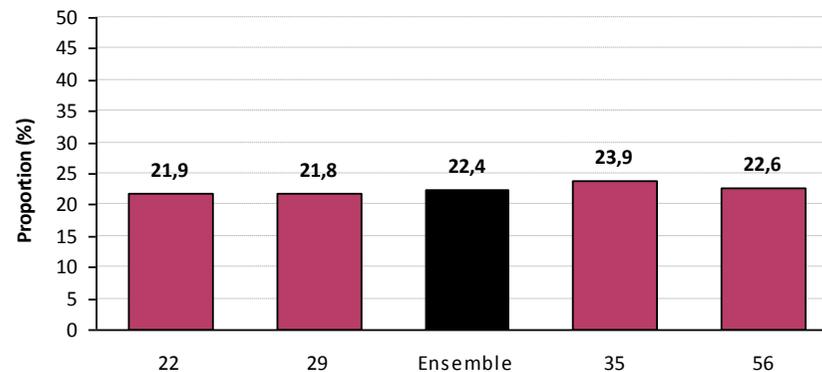
Annexe 2.7. :

Statistiques sur la situation scolaire à la sortie

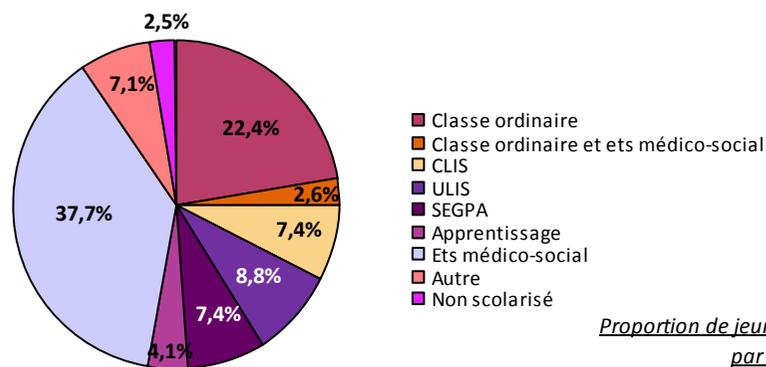
Proportion de jeunes étant scolarisés en SEGPA, par département



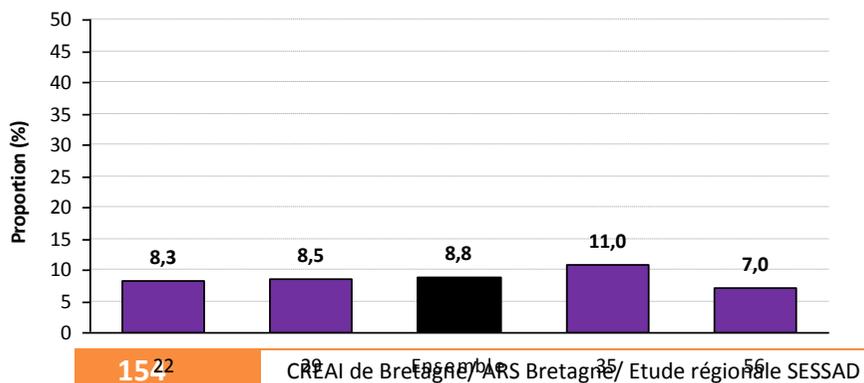
Proportion de jeunes étant scolarisés en classe ordinaire, par département



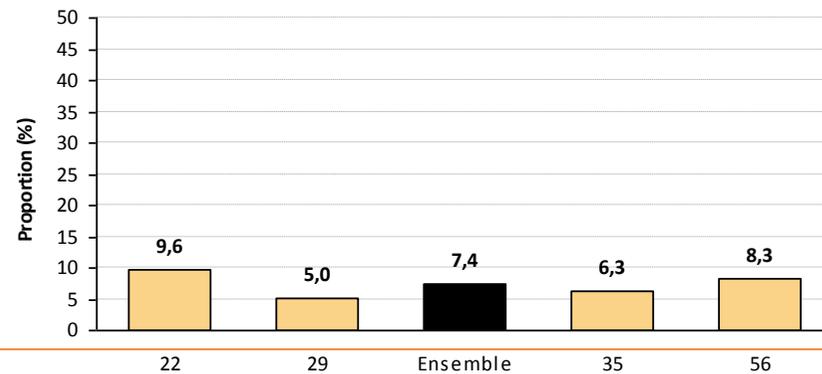
Répartition des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, selon leur situation scolaire à la sortie



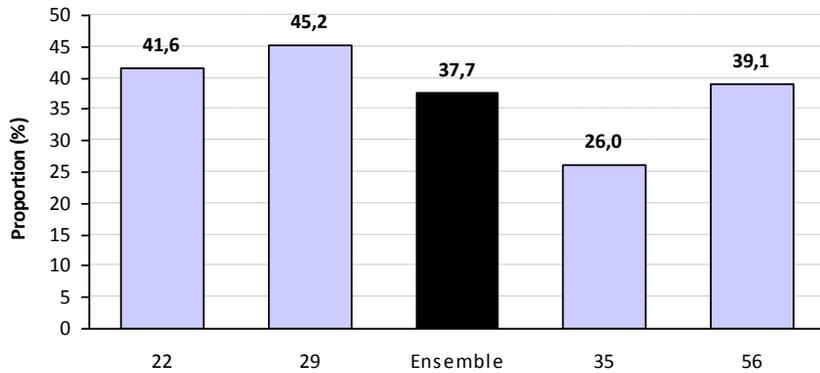
Proportion de jeunes étant scolarisés en ULIS, par département



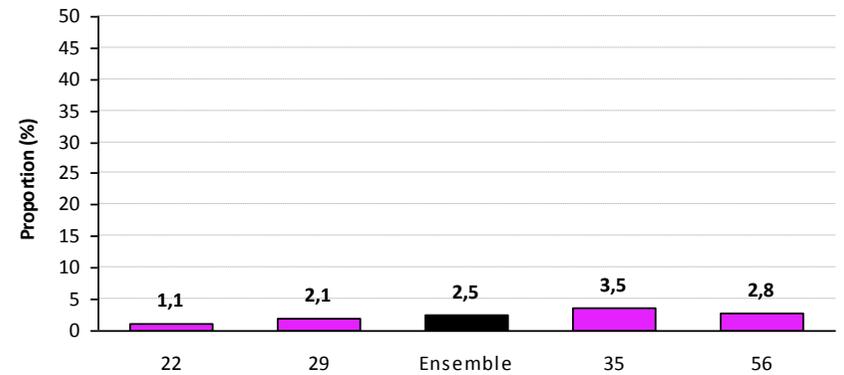
Proportion de jeunes étant scolarisés en CLIS, par département



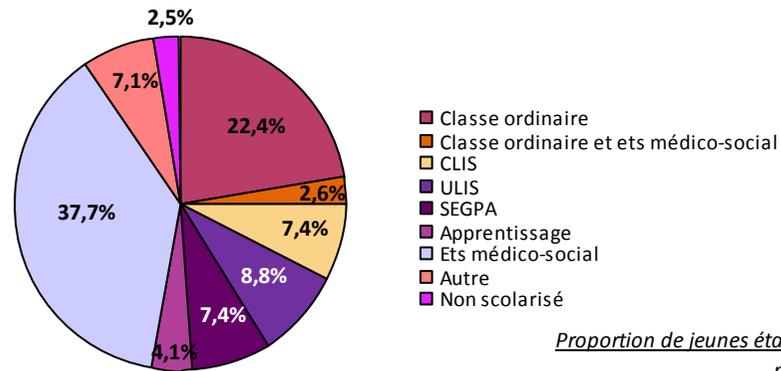
Proportion de jeunes étant scolarisés en EMS,
par département



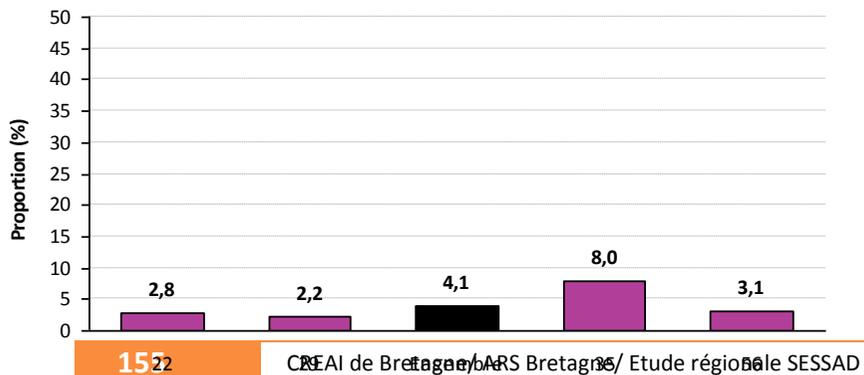
Proportion de jeunes non scolarisés,
par département



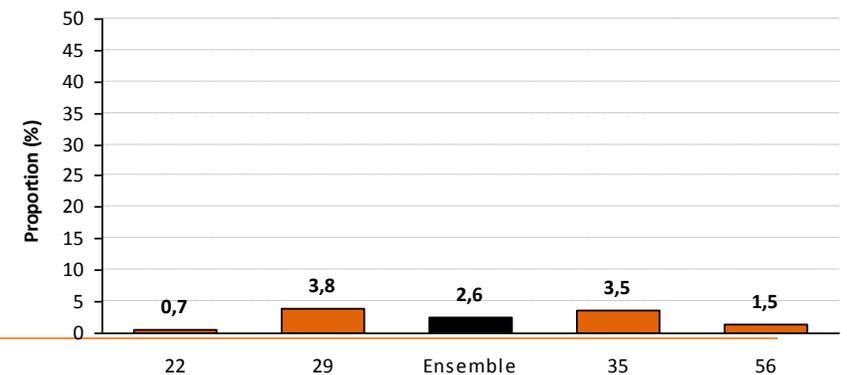
Répartition des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne,
entre janvier 2007 et septembre 2011, selon leur situation scolaire à la sortie



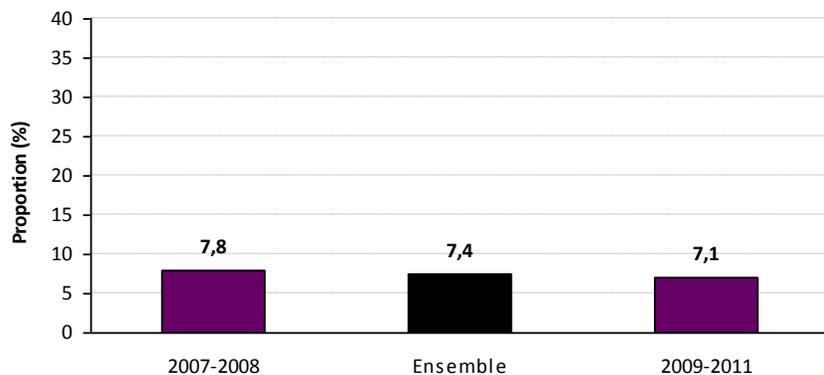
Proportion de jeunes étant en apprentissage,
par département



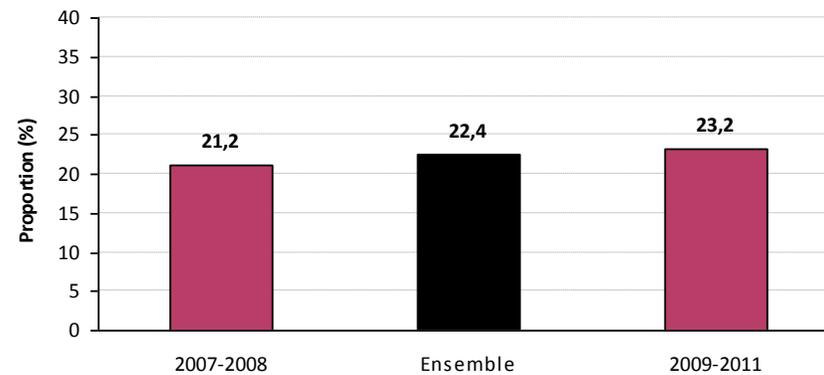
Proportion de jeunes étant scolarisés en classe ordinaire et EMS,
par département



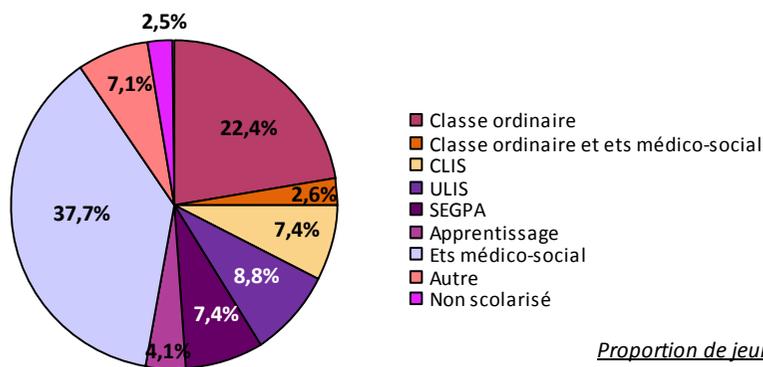
Proportion de jeunes étant scolarisés en SEGPA, par période



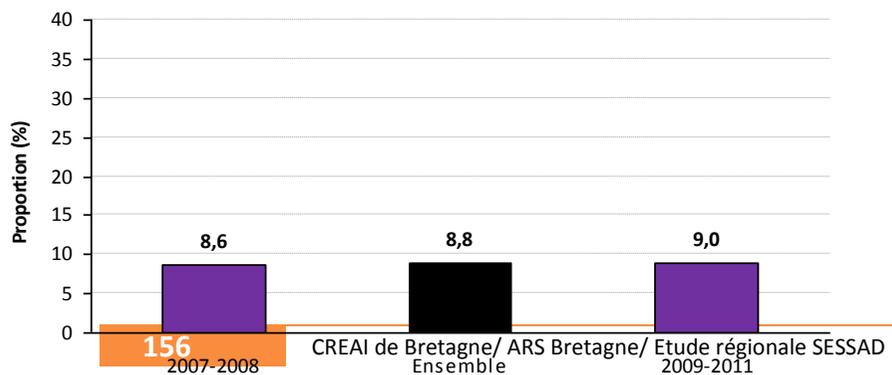
Proportion de jeunes étant scolarisés en classe ordinaire, par période



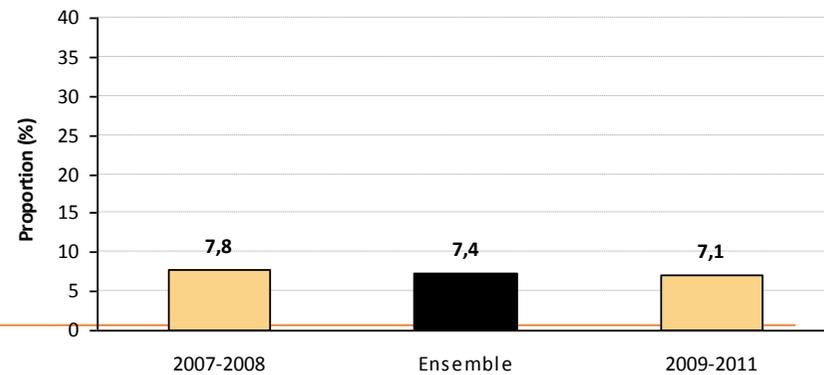
Répartition des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, selon leur situation scolaire à la sortie



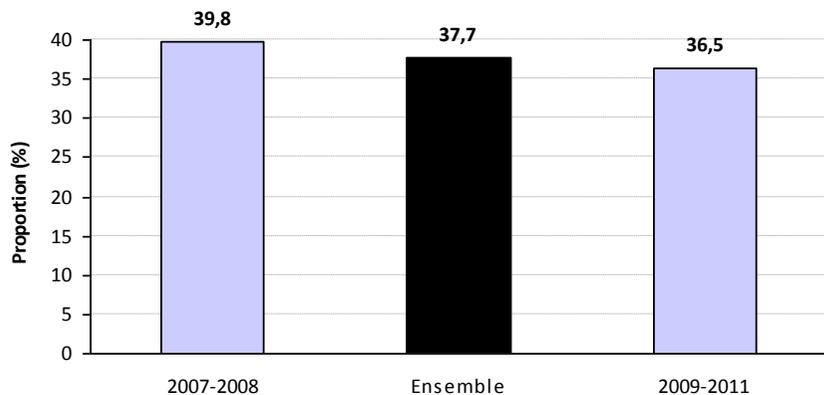
Proportion de jeunes étant scolarisés en ULIS, par période



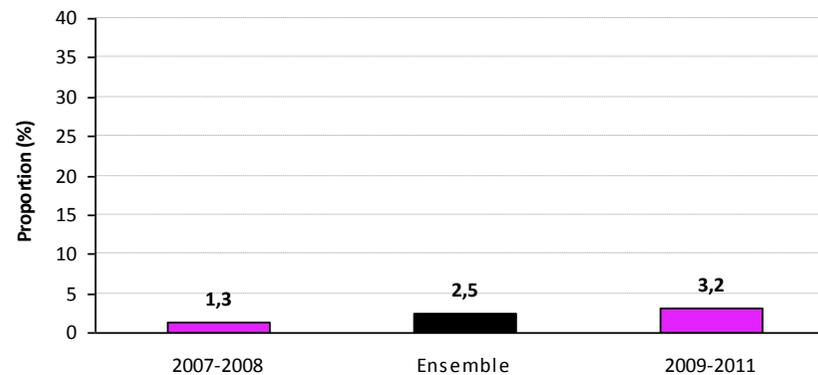
Proportion de jeunes étant scolarisés en CLIS, par période



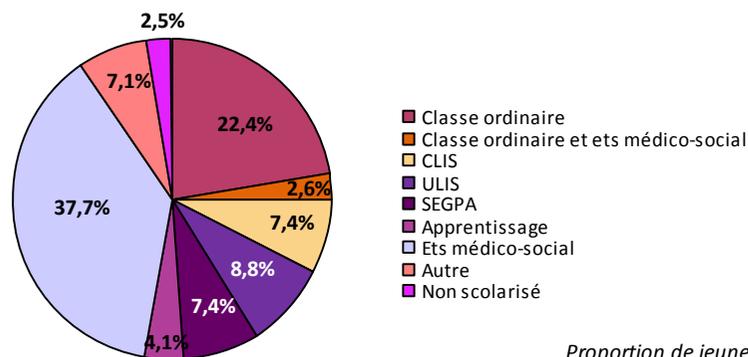
Proportion de jeunes étant scolarisés en EMS,
par période



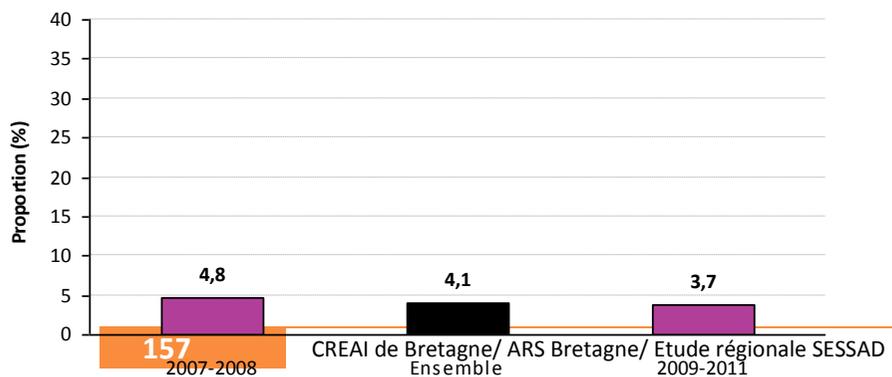
Proportion de jeunes non scolarisés,
par période



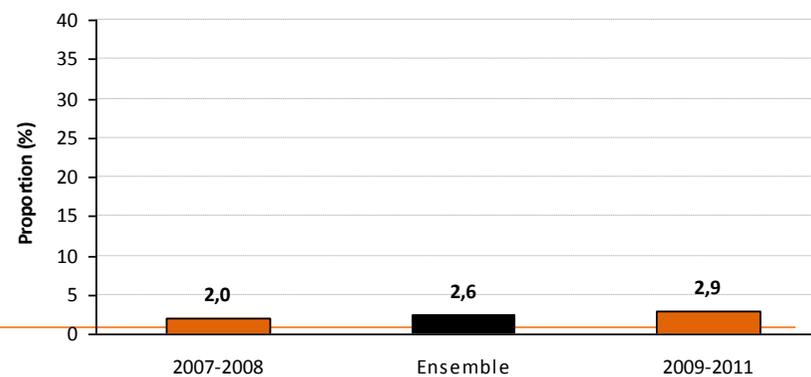
Répartition des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne,
entre janvier 2007 et septembre 2011, selon leur situation scolaire à la sortie



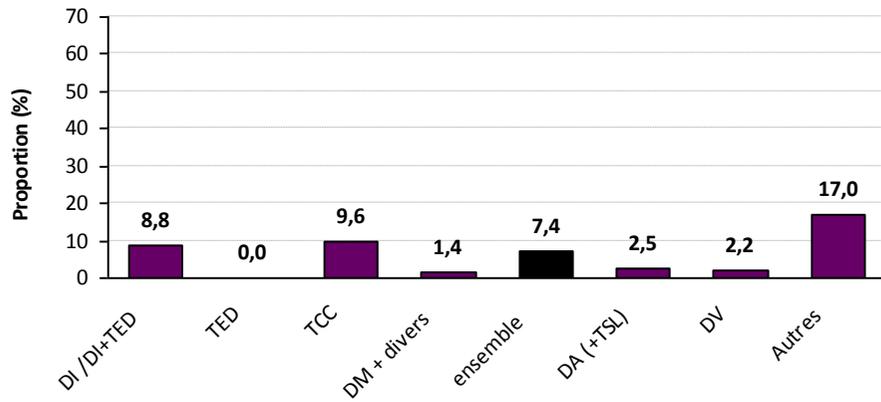
Proportion de jeunes étant en apprentissage,
par période



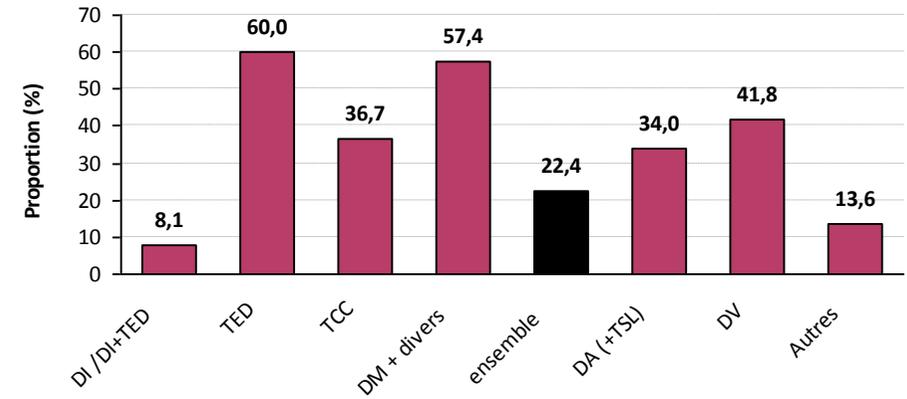
Proportion de jeunes étant scolarisés en classe ordinaire et EMS,
par période



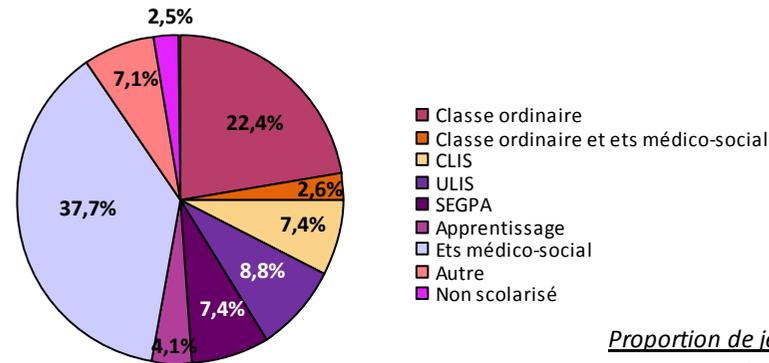
Proportion de jeunes étant scolarisés en SEGPA à la sortie du service, par agrément



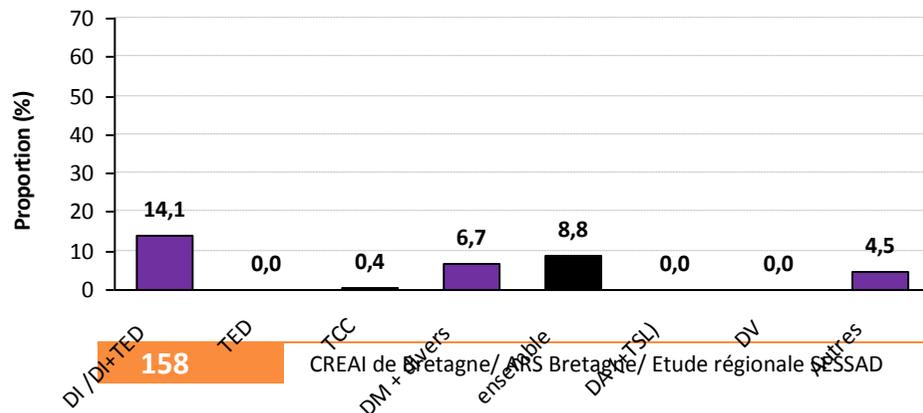
Proportion de jeunes étant scolarisés en classe ordinaire à la sortie du service, par agrément



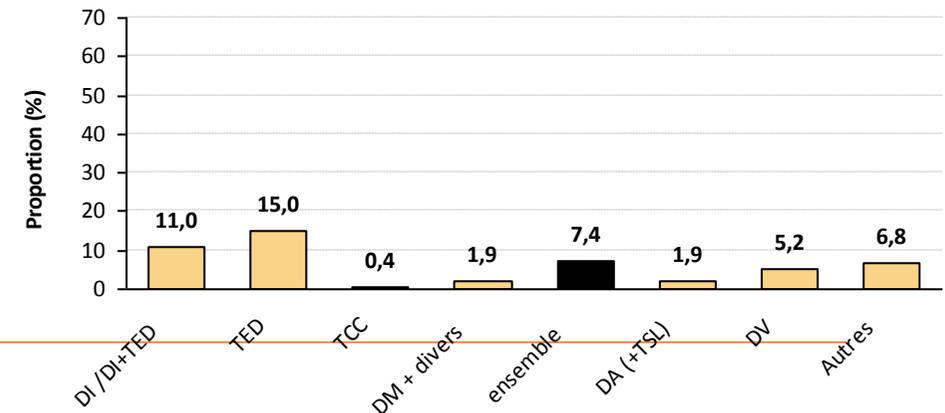
Répartition des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, selon leur situation scolaire à la sortie



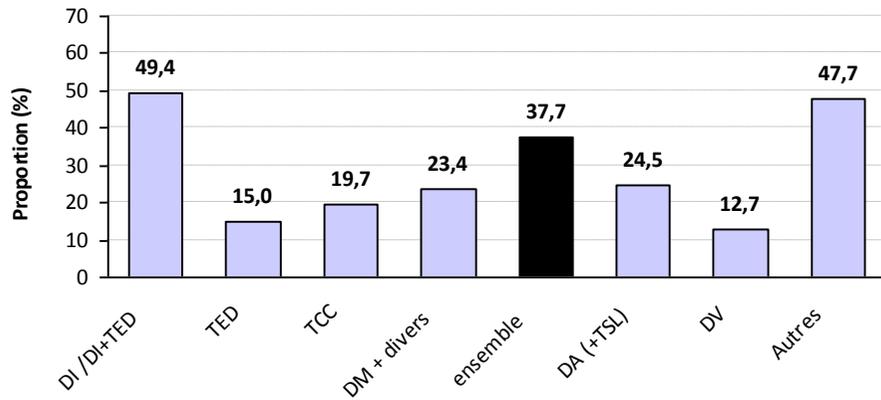
Proportion de jeunes étant scolarisés en ULIS à la sortie du service, par agrément



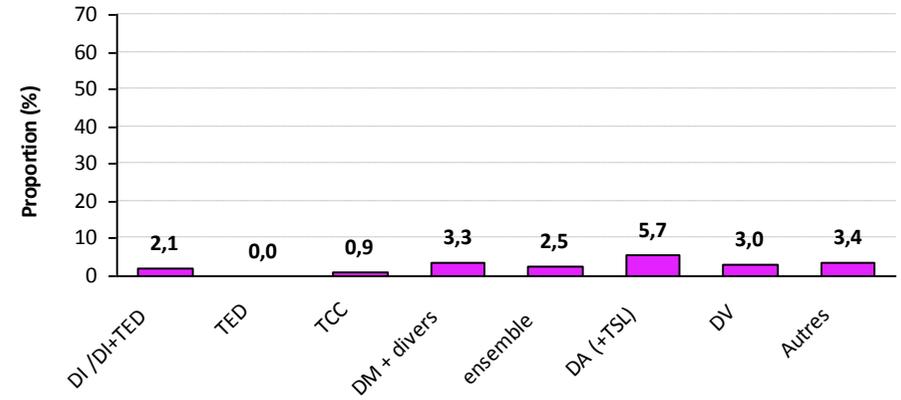
Proportion de jeunes étant scolarisés en CLIS à la sortie du service, par agrément



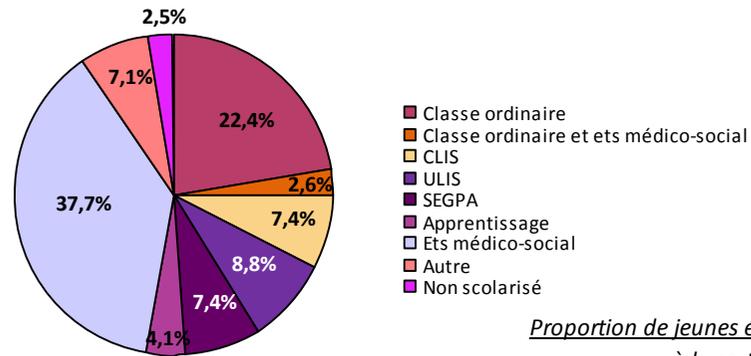
Proportion de jeunes étant scolarisés en EMS à la sortie du service, par agrément



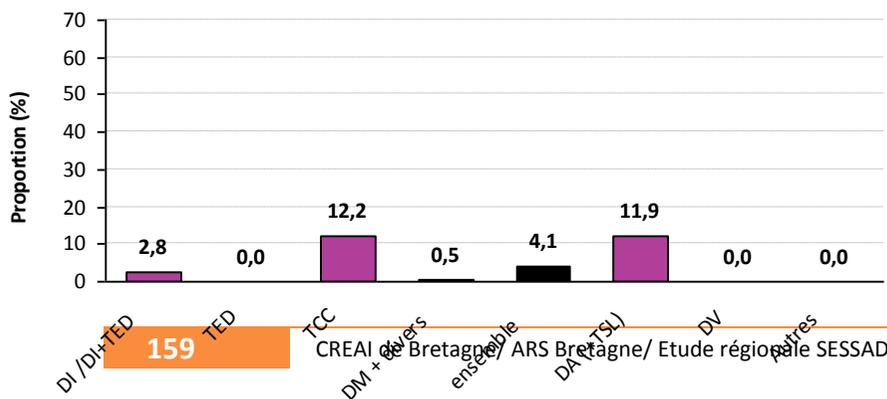
Proportion de jeunes non scolarisés à la sortie du service, par agrément



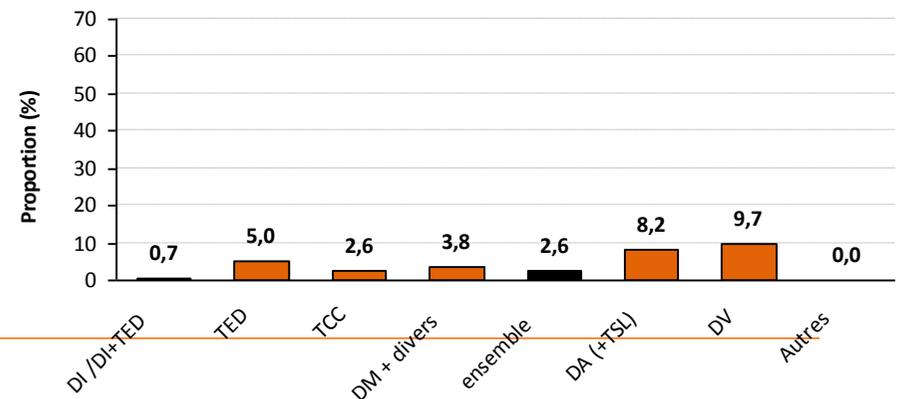
Répartition des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, selon leur situation scolaire à la sortie



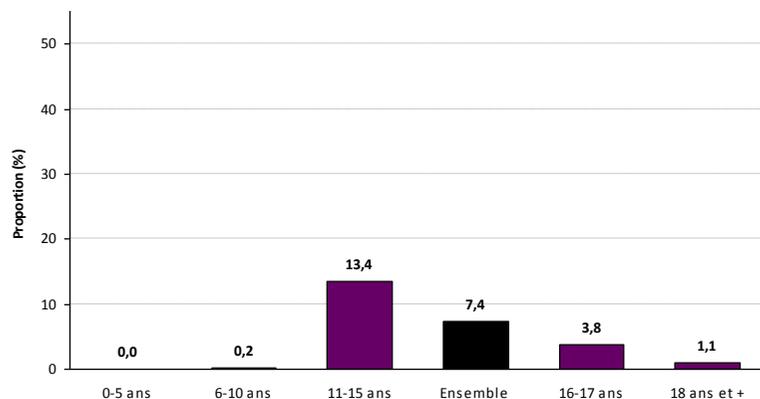
Proportion de jeunes étant en apprentissage à la sortie du service, par agrément



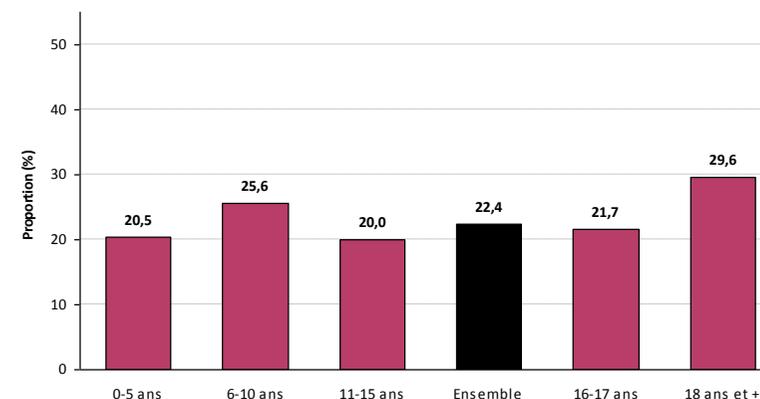
Proportion de jeunes étant scolarisés en classe ordinaire et EMS à la sortie du service, par agrément



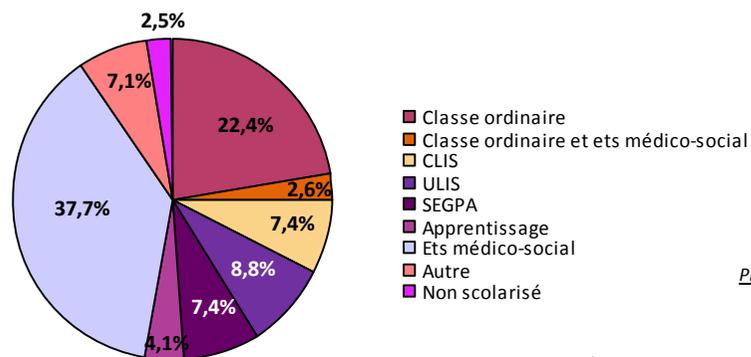
Proportion de jeunes étant scolarisés en SEGPA,
par tranche d'âge



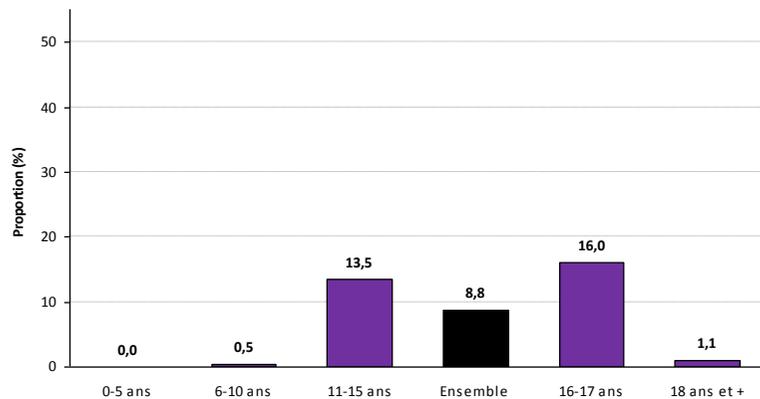
Proportion de jeunes étant scolarisés en classe ordinaire,
par tranche d'âge



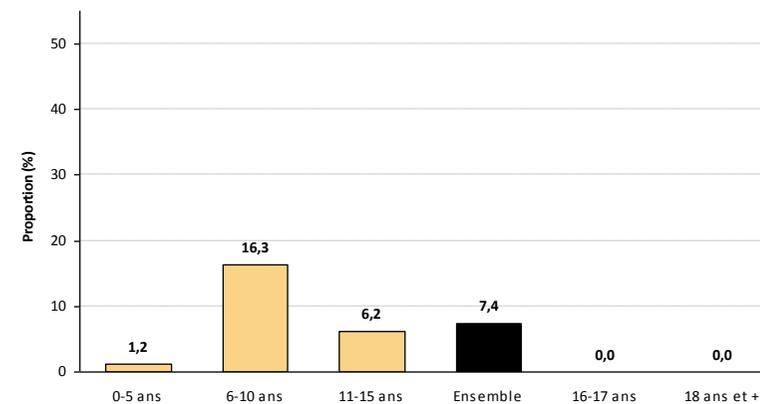
Répartition des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne,
entre janvier 2007 et septembre 2011, selon leur situation scolaire à la sortie



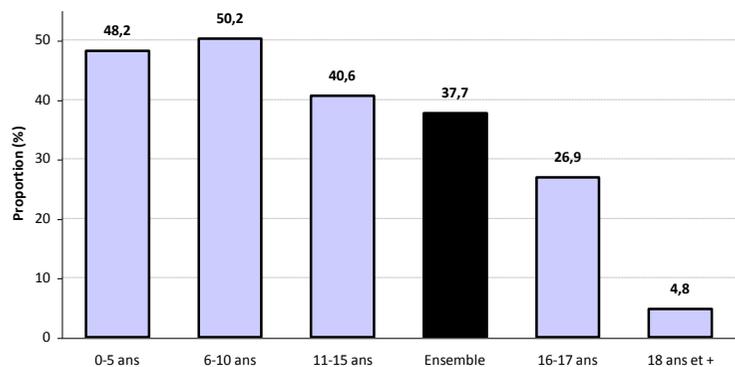
Proportion de jeunes étant scolarisés en ULIS,
par tranche d'âge



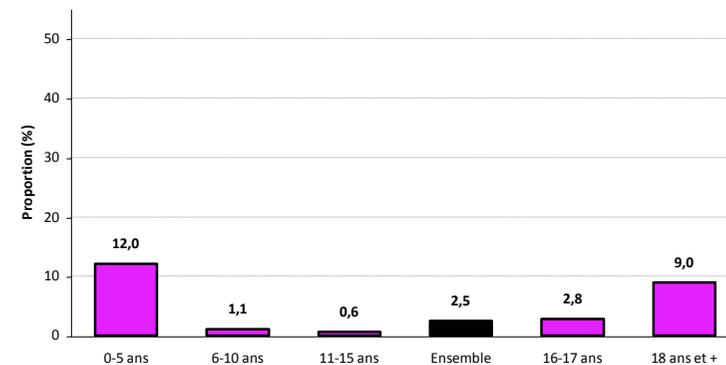
Proportion de jeunes étant scolarisés en CLIS,
par tranche d'âge



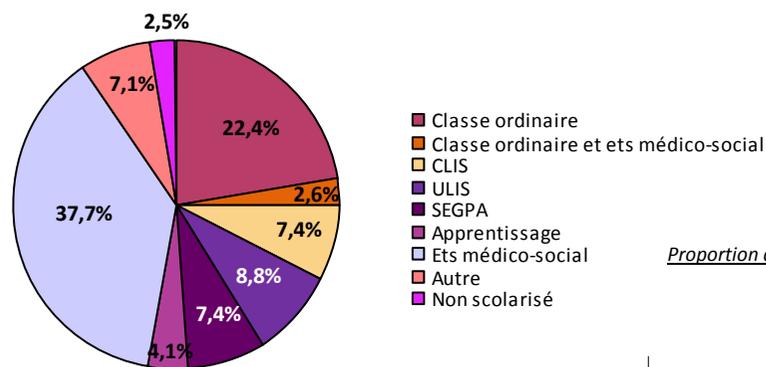
Proportion de jeunes étant scolarisés en EMS,
par tranche d'âge



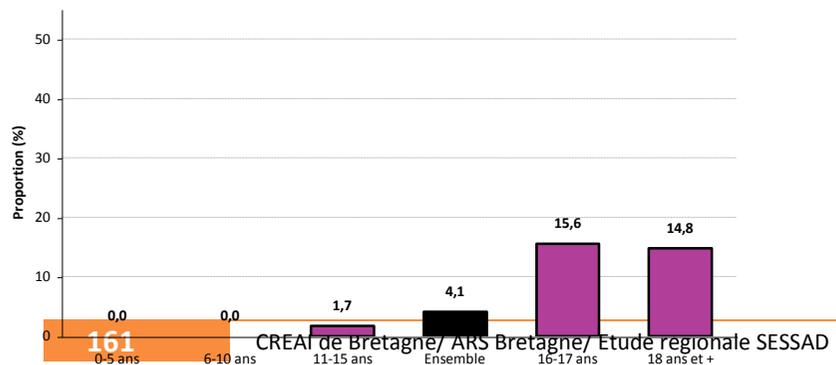
Proportion de jeunes non scolarisés,
par tranche d'âge



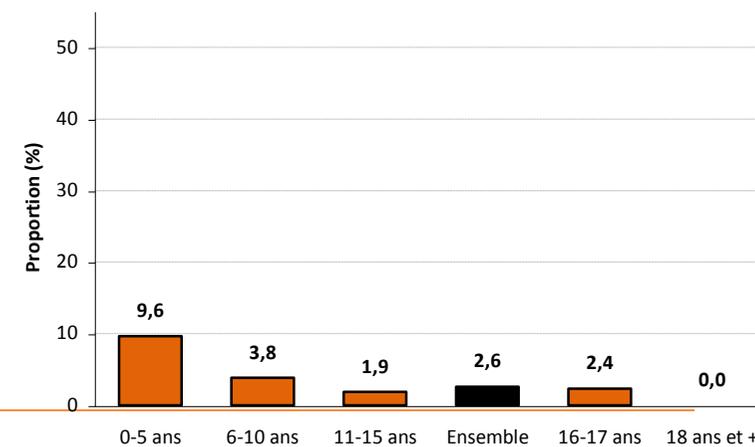
Répartition des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne,
entre janvier 2007 et septembre 2011, selon leur situation scolaire à la sortie



Proportion de jeunes étant en apprentissage,
par tranche d'âge



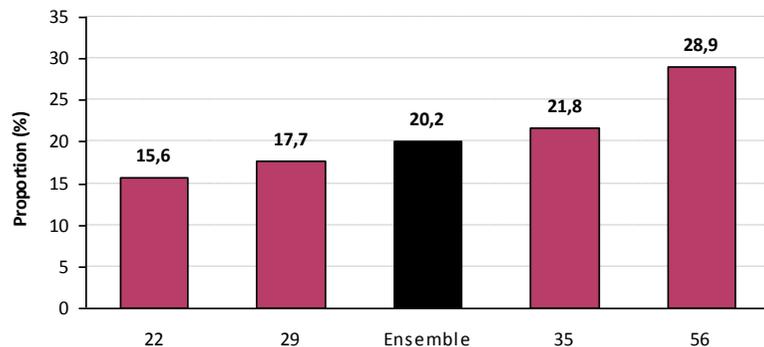
Proportion de jeunes étant scolarisés en classe ordinaire et EMS,
par tranche d'âge



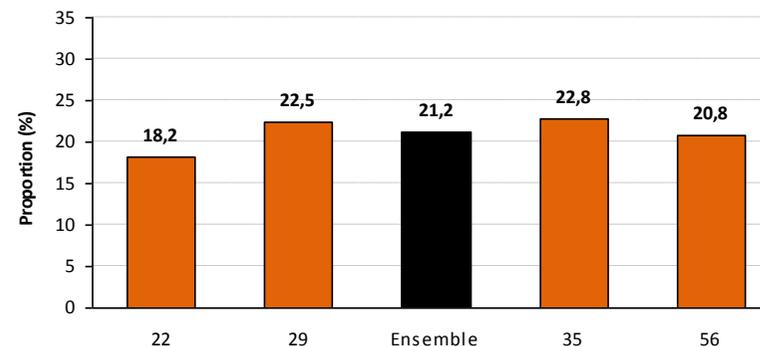
Annexe 2.8. :

Statistiques sur la durée d'accompagnement par le service

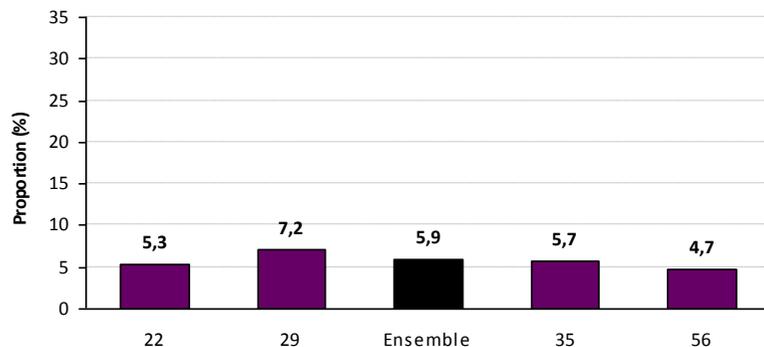
Proportion d'enfants ayant été accompagnés moins de 2 ans,
par département



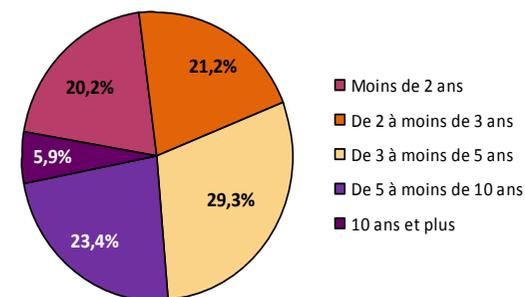
Proportion d'enfants ayant été accompagnés de 2 à moins de 3 ans,
par département



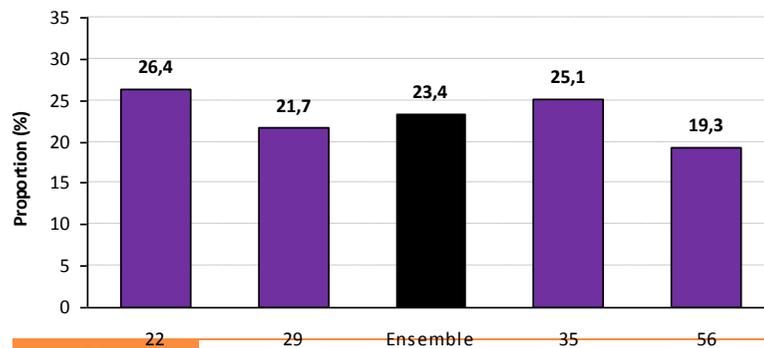
Proportion d'enfants ayant été accompagnés 10 ans et plus,
par département



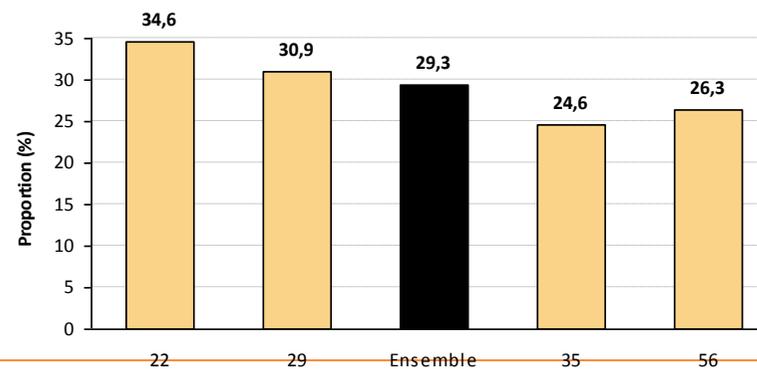
Répartition des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007
et septembre 2011, selon la durée d'accompagnement par le service



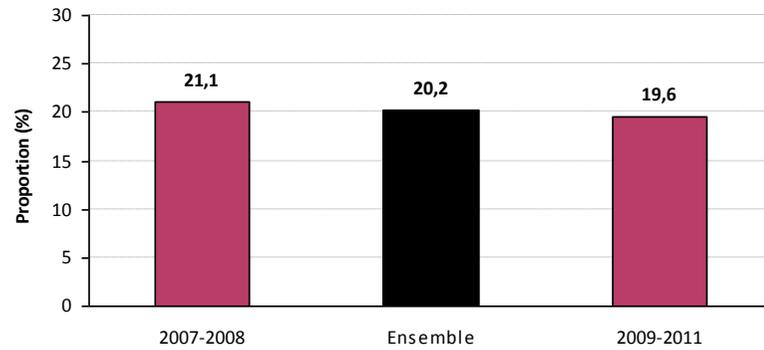
Proportion d'enfants ayant été accompagnés de 5 à moins de 10 ans,
par département



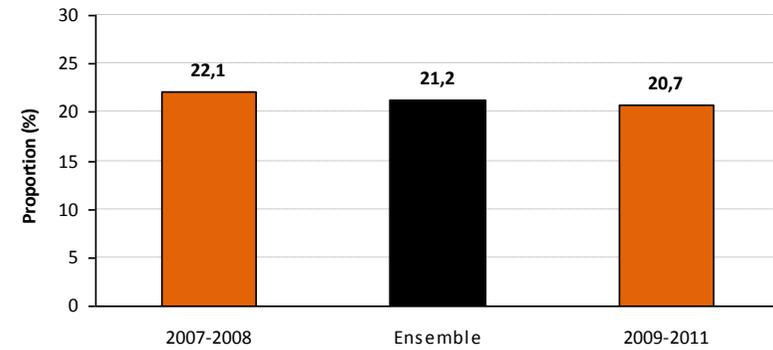
Proportion d'enfants ayant été accompagnés de 3 à moins de 5 ans,
par département



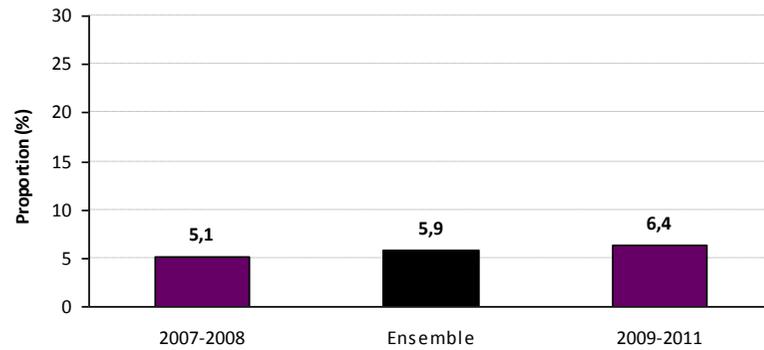
Proportion d'enfants ayant été accompagnés moins de 2 ans, par période



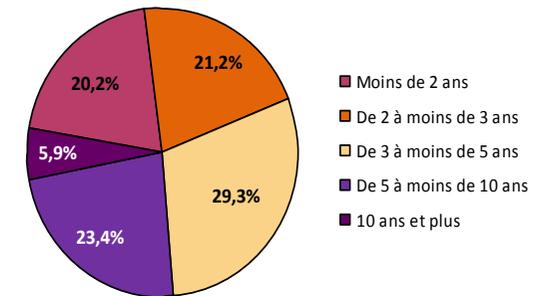
Proportion d'enfants ayant été accompagnés de 2 à moins de 3 ans, par période



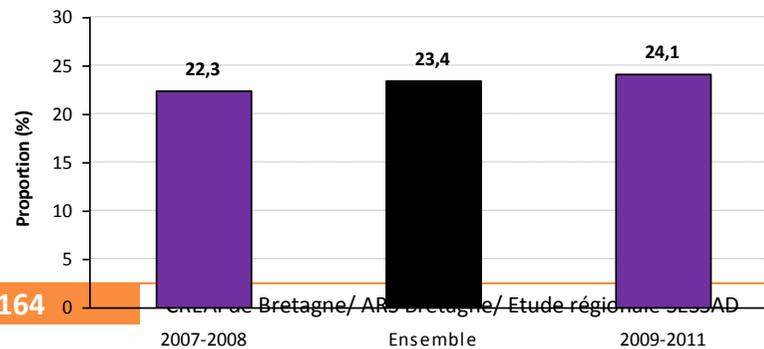
Proportion d'enfants ayant été accompagnés 10 ans et plus, par période



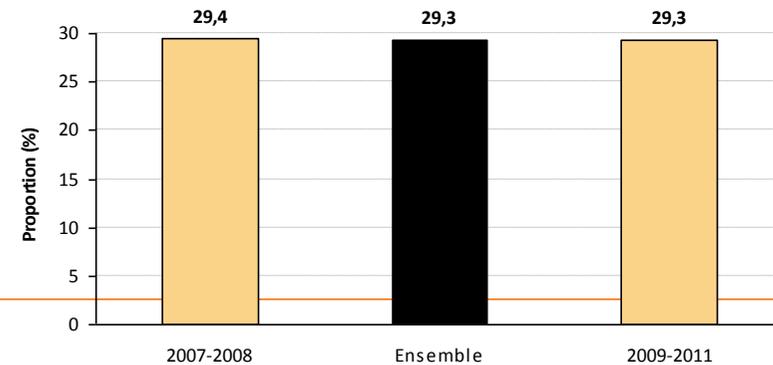
Répartition des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, selon la durée d'accompagnement par le service



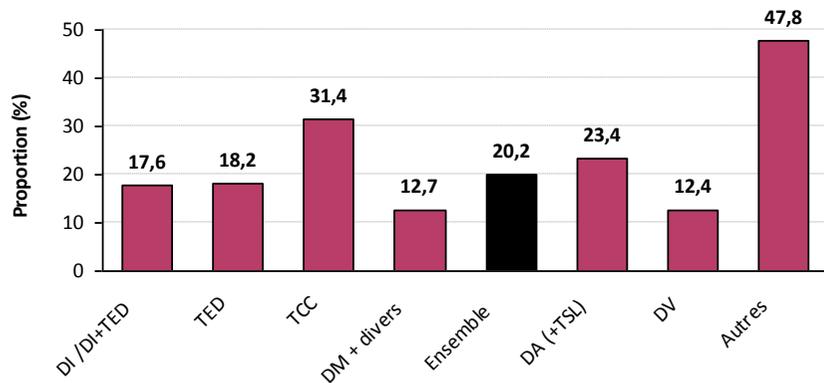
Proportion d'enfants ayant été accompagnés de 5 à moins de 10 ans, par période



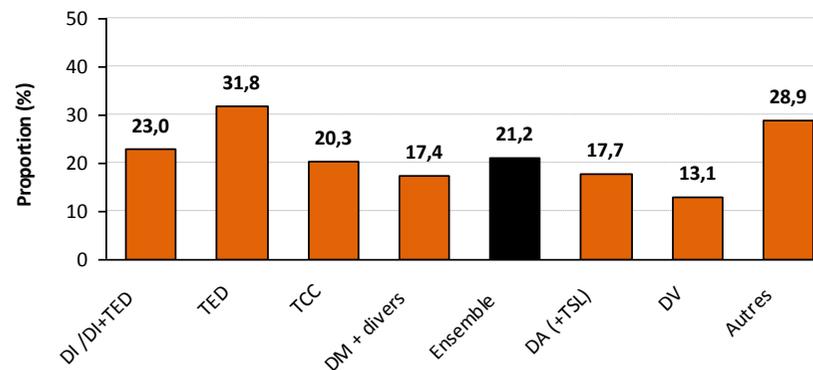
Proportion d'enfants ayant été accompagnés de 3 à moins de 5 ans, par période



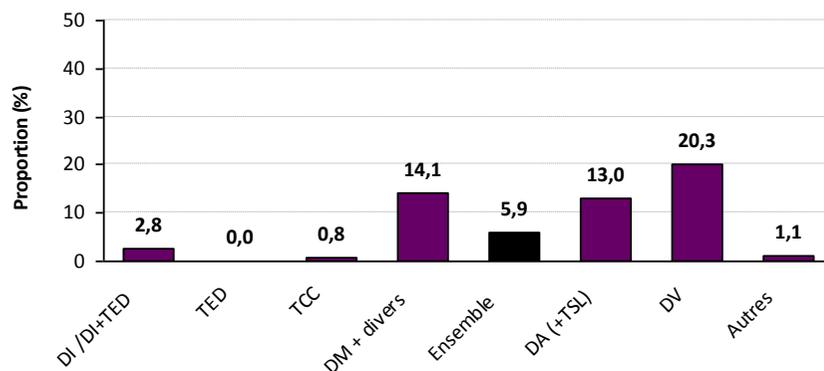
Proportion d'enfants ayant été accompagnés moins de 2 ans par le service, par agrément



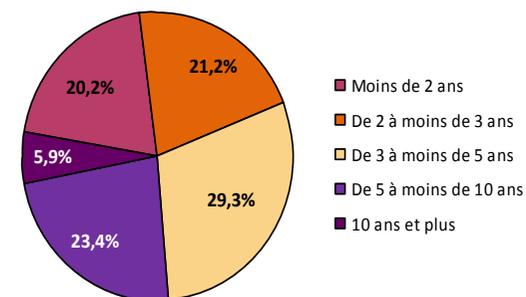
Proportion d'enfants ayant été accompagnés de 2 à moins de 3 ans par le service, par agrément



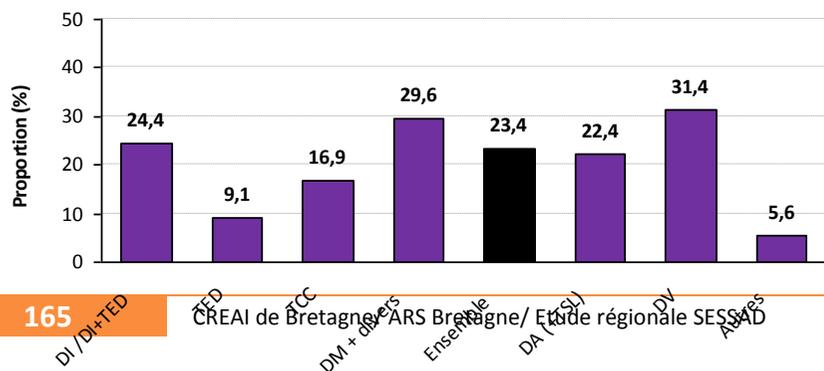
Proportion d'enfants ayant été accompagnés 10 ans et plus par le service, par agrément



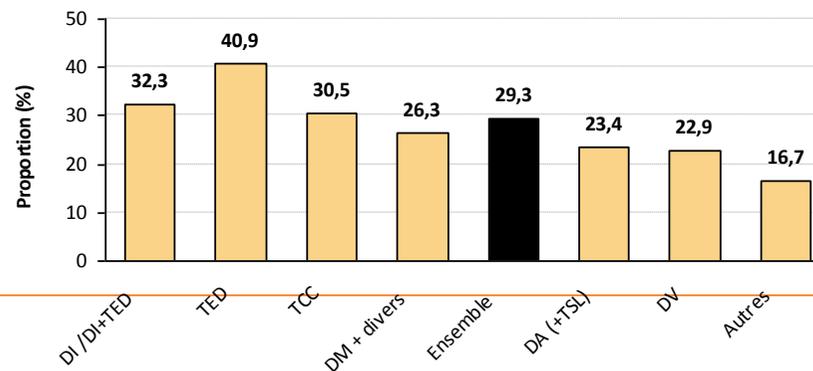
Répartition des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, selon la durée d'accompagnement par le service



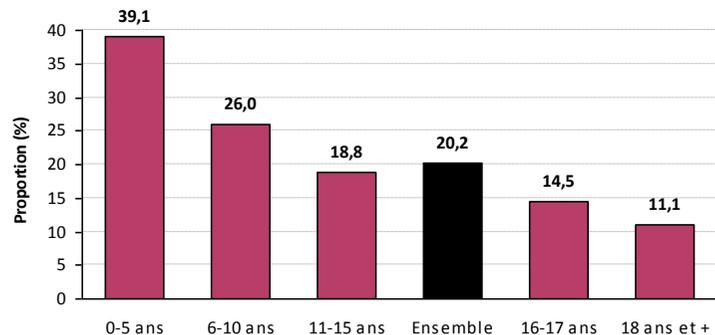
Proportion d'enfants ayant été accompagnés de 5 à moins de 10 ans par le service, par agrément



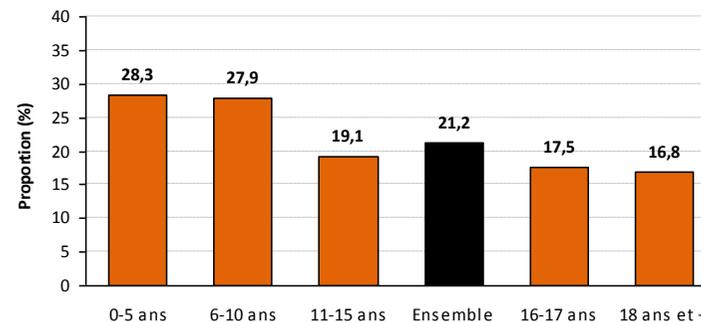
Proportion d'enfants ayant été accompagnés de 3 à moins de 5 ans par le service, par agrément



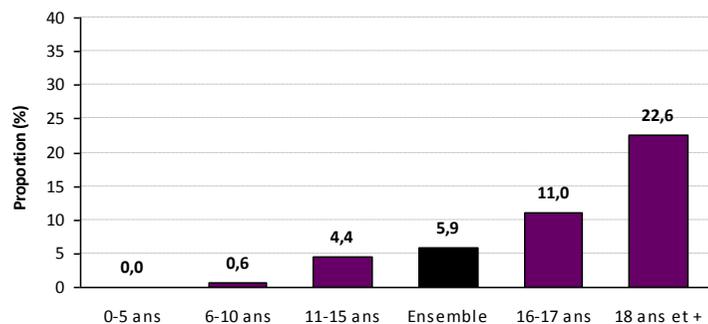
Proportion d'enfants ayant été accompagnés moins de 2 ans par le service, par tranche d'âge



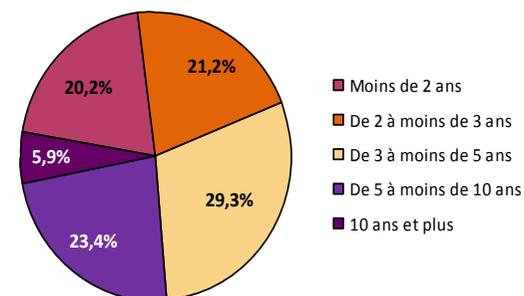
Proportion d'enfants ayant été accompagnés de 2 à moins de 3 ans par le service, par tranche d'âge



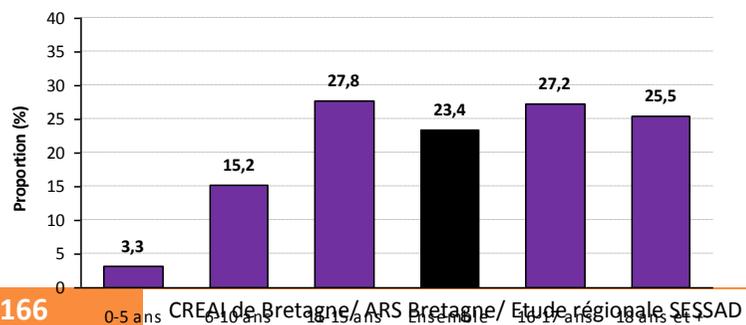
Proportion d'enfants ayant été accompagnés 10 ans et plus par le service, par tranche d'âge



Répartition des enfants sortis d'un SESSAD de Bretagne, entre janvier 2007 et septembre 2011, selon la durée d'accompagnement par le service



Proportion d'enfants ayant été accompagnés de 5 à moins de 10 ans par le service, par tranche d'âge



Proportion d'enfants ayant été accompagnés de 3 à moins de 5 ans par le service, par tranche d'âge

