

Organisation du secteur social et médico-social : services et institutions

L'organisation actuelle de ce secteur est intimement liée à l'histoire de notre pays et à son évolution, particulièrement depuis les quatre derniers siècles.

C'est une longue histoire à raconter, parsemée parfois de subtiles variations mais également de tournants décisifs importants, voire de révolutions qui ont amené par création, transformations ou mutations le paysage du secteur actuel.

Comment aller à l'essentiel, en deux heures trente sur ce qui est la matière d'ouvrages parfois de plusieurs milliers de pages !

Le secteur social et médico-social

Courte présentation du secteur

Les institutions médico-sociales sont extrêmement variées du fait **qu'elles ont pour mission d'accueillir toute personne qui ne peut vivre de manière autonome dans le milieu ordinaire.**

Afin de vous donner une idée de l'importance de ce secteur d'activité, voici quelques chiffres :

Dans le domaine de l'enfance, on dénombre **2500 établissements et services pour accueillir 130 000 enfants.**

4420 structures accueillent 170 000 personnes handicapées adultes.

Ces établissements sont répartis sur l'ensemble du territoire français.

On parlera de **taux d'équipement par département** (nombre de places/type de handicap/besoins recensés).

Par contre, en parcourant les études statistiques, on réalise que **la répartition des établissements est asymétrique sur le territoire et que toutes les catégories d'établissements ne sont pas aujourd'hui représentées dans tous les départements français.**

Le médico-social est un secteur générateur d'emploi qui continue à se développer malgré la conjoncture économique. **700 000 salariés évoluent dans ce secteur avec une projection à 800 000 à l'horizon 2012.**

Depuis 2006, le renouvellement des effectifs d'encadrant s'est accéléré et plus particulièrement dans les structures pour enfants, plus anciennes et davantage pourvues de postes éducatifs, la profession la plus touchée par les départs en retraite.

Histoire du médico-social

« **L'aide à autrui** » peuple notre histoire culturelle et identitaire et le profil des hospices où s'entassaient pêle-mêle les estropiés, vieillards, infirmes, fous et vagabonds est encore présent dans nos représentations.

C'est par **un édit royal du 27 avril 1656** que Louis XIV crée l'Hôpital Général, qui accueille malades, fous mendiants et autres défavorisés, dans une **structure fermée qui restaure « l'ordre public » et rassure les « honnêtes gens »**. L'Hôpital Général est géré essentiellement par des **congrégations religieuses**.

Toujours par édit royal, mais cette fois du **14 juin 1662**, il instaure un Hôpital Général par ville pour, je cite : « **loger, enfermer et nourrir les pauvres, mendiants et invalides (...)** comme aussi les enfants orphelins ou nés de parents mendiants ».

La charité était alors le **moteur de l'aide** « aux miséreux » **et le mot d'ordre** était **la mise à l'écart**.

La révolution de 1789 amène de nouvelles pierres à l'édifice : le **décret du 19 mars 1793** crée **l'assistance publique** puis, en parcourant le 19^{ème} siècle, la **loi du 30 juin 1838** instaure les **asiles d'aliénés**, le décret du 15 janvier 1852 met en place un corps d'inspecteurs généraux pour les prisons, les asiles d'aliénés, les établissements de bienséances. Enfin voit le jour, en 1886, une **direction de l'assistance et de l'hygiène publique** relevant du ministère de l'intérieur.

L'**industrialisation du début du XXème siècle** et ses retombées sociales sont extraordinaires dans un monde de tradition presque exclusivement rural. Elle a favorisé de **nouvelles formes d'assistance pour apporter réponse à de nouveaux fléaux** (tuberculose, alcoolisme, familles disloquées, misère etc.).

Je fais volontairement ici un aparté avec notre école de la république.

La Loi du **15 avril 1909** amène à la création des **premières classes de perfectionnement** dans quelques écoles par le ministère alors de l'Instruction Publique pour **éduquer les enfants** alors **qualifiés d'"anormaux d'école"** pour leur permettre de gagner leur vie et éviter qu'ils ne tombent dans la délinquance.

Le CAEA créé par cette même loi (**Certificat d'Aptitude à l'Enseignement des Arriérés**) est en fait la première certification des enseignants spécialisés. Il sera remplacé par le CAEI (**Certificat d'Aptitude à l'Enseignement des enfants Inadaptés**) en 1963, puis par le CAPSAIS (**Certificat d'Aptitude aux actions Pédagogiques Spécialisées d'Adaptation et d'Intégration Scolaires**) et depuis 2004 le CAPASH (**Certificat d'Aptitude Professionnel pour les Aides spécialisées, les enseignements adaptés, et la Scolarisation des élèves en situation de Handicap**).

Cette petite digression concernant l'intitulé d'un diplôme est significative des **changements de perception** concernant le handicap qui vont suivre tout au long du XXème siècle jusqu'à nos jours, évolutions qui accompagneront toute l'histoire du médico-social.

Reprenons justement notre histoire

L'issue victorieuse du conflit de 14-18 conduit la nation à se préoccuper des invalides (comme Napoléon l'avait fait également au retour de grandes campagnes).

Des associations, encore actives aujourd'hui, naissent dans les années 1920/1930 , comme l'APF, Association des Paralysés de France. Ces initiatives privées sont marquées par des **valeurs humanistes et solidaires** qui perdurent aujourd'hui dans l'ensemble du secteur privé non lucratif .

Ces associations, qui ont pu se constituer grâce à **la loi de 1901**, sont alors financées quasi **exclusivement par des dons et legs**.

Après la dernière guerre mondiale, et les tragiques constats des abominations commises par les nazis, la société évolue vers la recherche d'un monde moins cruel.

Les esprits sont restés marqués par cette folie d'extermination du « différent ».

La **Sécurité sociale** est instituée par l'ordonnance du 4 octobre 1945. La sécurité sociale, je cite, « **est un organisme public de droit privé qui est payeur aveugle d'une double liberté des tiers, malades et médecins** ». La loi du 9 avril 1946 institue le régime unique et général.

C'est cette loi qui marque un virage important dans le développement du secteur médico-social, puisque sa mise en place a permis la généralisation des soins et le développement des institutions chargées de les administrer.

La bienfaisance, alors majoritairement privée et souvent d'origine confessionnelle se lie à des initiatives locales, **se professionnalise, se fédère en associations**, abandonnant peu à peu la prédominance confessionnelle.

Dix ans après, **en 1956**, un texte fondateur, réactualisé en 1989, « **les annexes XXIV** » crée les conditions d'une approche psychopédagogique et médico-sociale novatrice dans le traitement des enfants inadaptés pris en charge par la sécurité sociale.

A partir de 1945 et ce durant trente ans (**les trente glorieuses**) nous avons **une croissance exceptionnelle** de 4,5% par an en moyenne ; **le niveau de vie est multiplié par 5**, c'est le plein emploi, les **revenus sont plus importants**, etc. Le baby-boom amène un **rajeunissement des populations**, les progrès et l'hygiène de vie provoquent une **augmentation de l'espérance de vie**, les énergies sont bon marché et **surtout l'état devient état providence, la sphère publique se voulant à la pointe de la protection des individus**.

L'état financeur se repose alors pour partie sur les associations naissantes ou déjà créées.

Il en résulte une structuration souvent anarchique du secteur médico-social car, à l'exception des instituts médicaux-éducatifs (enfants qualifiés alors de déficients), régis par les annexes XXIV donc soumis à un décret d'ouverture et à des normes techniques opposables a posteriori, **aucune autorisation n'était nécessaire pour créer un équipement social durant cette période** (équipement étant entendu comme structure d'accueil).

La fin des trente glorieuses coïncide avec deux lois amenant un tournant décisif de l'histoire de ce que l'on appelait « **les institutions** » en parlant des établissements du médico-social : la loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales qui

amène une logique d'acteur et la première loi d'orientation en faveur des personnes handicapées ou loi 75-534 publiée exactement à la même date.

Loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Elle régit les conditions de création, de financement des établissements et services du secteur ainsi que les formations et statuts des personnels qui y travaillent.

Cette loi a instauré également **la séparation juridique entre le sanitaire et le médico-social** :

Pour faire simple, le sanitaire c'est : des offres de soins en établissement de santé, publics et privés, de courts séjours et des soins de suite, la psychiatrie, des offres de soins dans le secteur libéral.

Et le médico-social et social c'est, pêle-mêle :

IME, IEM, IMP, IMPro, ESAT, CRP, SESSAD, SSER, SSIAD, CAMSP, ITEP, MECS, structures expérimentales, centres ressources (**nous reprendrons plus loin l'ensemble de ces sigles...**)

Loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées (adultes et enfants).

Son terme "orientation" pose clairement des principes de base, mais souligne surtout l'idée de renvois à des évolutions, des modifications, des changements futurs...

Même si dans ce résumé, j'évoque au départ les dispositions générales de la loi, je recentrerai résolument, par la suite, les points ne concernant que la prise en charge des enfants et adolescents handicapés.

Cette loi 75-534 fixe le cadre juridique de l'action des pouvoirs publics : importance de la **prévention et du dépistage** des handicaps ; **obligation éducative** pour les enfants et adolescents handicapés ; **accès des personnes handicapées aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et maintien chaque fois que possible dans un cadre ordinaire de travail et de vie. La loi confie la reconnaissance du handicap à des commissions départementales distinctes** : pour les jeunes de 0 à 20 ans (CDES : commission départementale de l'éducation spéciale, alternativement présidée par l'Inspecteur d'Académie et le Directeur Départemental des Affaires sanitaires et sociales) et pour les adultes (COTOREP : commission technique d'orientation et de reclassement professionnelle à partir de 20 ans).

Les attributions de la CDES :

- **l'orientation** des enfants et adolescents handicapés (physiques et/ou mentaux) vers les établissements adaptés.

- **les attributions des aides financières** aux familles.

La CDES apprécie si le taux d'incapacité de l'enfant justifie de l'attribution de l'AES (Allocation d'Education Spéciale) et de son complément.

La CDES a un véritable pouvoir de décision.

Ses décisions s'imposent aux établissements, aux organismes de prise en charge (les *Caisses d'Allocation Familiales* qui versent l'AES, les *Caisses d'Assurances Maladie* qui assurent les frais de prise en charge de séjour en établissement).

Les décisions de la CDES s'imposent aux familles (même si la collaboration est toujours recherchée).

Mais...

Les familles peuvent faire connaître leur choix sur l'établissement.

Les familles peuvent faire appel de la décision de la CDES.

D'autres organismes de décision définis par la *Loi du 30 juin 1975*, concernent uniquement les enfants et adolescents : les commissions de circonscription qui sont dépendantes de la CDES :

* La *Commission de Circonscription Pré-élémentaire et Élémentaire (CCPE)*

* La *Commission de Circonscription pour le Second Degré (CCSD)*

Elles ont un secteur géographique plus restreint que celui de la CDES de laquelle elles dépendent.

La Loi "d'orientation en faveur des personnes handicapées" sera jusqu'en 2000 puis en 2005 **le texte de référence en ce qui concerne l'intégration des personnes handicapées.**

La décentralisation, induite par la loi particulière de 1983, redéfinit les compétences en matière de tutelle et de financement des structures du médico-social en 1986.

Je vous rappelle que ce nouveau contexte a initié en partie la révision de la loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales.

Ainsi depuis cette date se définit **une nouvelle répartition des « compétences »**.

Par souci de clarté, nous ne traiterons par la suite que des compétences liées au handicap et plus particulièrement du secteur enfance.

Répartition des compétences, sachant que **les associations** à but non lucratif **gèrent la grande majorité des établissements et services**

Pour faire très court, le handicap, secteur enfance :

Administration de contrôle : la DASS état

Financement : sécurité sociale

Orientation : CDES, aujourd'hui MDPH secteur enfance (CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées)

Le handicap adulte (jour) :

Administration de contrôle : la DASS état

Financement : sécurité sociale

Orientation : COTOREP, aujourd'hui MDPH secteur adulte (CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées)

L'hébergement :

- Administration de contrôle : Conseil Général
- Financement : Conseil Général
- Orientation : COTOREP, aujourd'hui MDPH (CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées)
- Et plus rarement, orientation : Aide Sociale à l'Enfance (DDSS) pour certaines MECS et MDPH (si agrément double de la MECS)

C'est donc un schéma général mais avec parfois une pluralité de financeurs voire de commanditaires...

En avançant résolument dans le temps nous arrivons au terme de notre bref exposé historique avec la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 **rénovant l'action sociale et médico-sociale**

Deux principes directeurs sont à concilier

- **Garantir les droits des usagers** et **promouvoir l'innovation** sociale et médico-sociale.

- **Instaurer des procédures de pilotage du dispositif rigoureuses** et plus transparentes en rénovant le lien entre la planification, la programmation, l'allocation de ressources, l'évaluation et la coordination.

Avec quatre orientations de la loi, soit, en version simplifiée

La première orientation : affirmer et promouvoir les droits des bénéficiaires

En définissant les droits fondamentaux des personnes et en précisant certaines modalités de ces droits :

Affirmer :

- **Respect de la dignité de la personne, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité.**
- **Mise en place du projet individuel**
- **Respect de la confidentialité des informations concernant l'utilisateur**

Il est remis à la personne ou à son représentant légal un **livret d'accueil** auquel sont annexés **une charte de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour**

Promouvoir :

La mise en place du projet d'établissement fondé sur un projet de vie, d'animation et de socialisation, établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du **conseil de la vie sociale** (composé entre autre d'usagers ou de leurs représentants).

Avec, en cas de « mésentente » le recours possible à un médiateur.

La seconde orientation : élargir les missions de l'action sociale et médicosociale et diversifier la nomenclature et les interventions des établissements et services

En **prenant en compte les évolutions** observées depuis 20 ans.

En donnant une **existence reconnue à la diversité des « possibles »** en terme de prises en charges.

En conférant également une base légale aux structures nouvelles ou novatrices

La troisième orientation : améliorer les procédures techniques de pilotage du dispositif

En mettant en place une **planification médico-sociale** plus efficace **par l'instauration de véritables schémas sociaux et médicaux sociaux pluriannuels (5 ans) et révisables**, permettant de mieux définir les besoins à satisfaire et les perspectives de développement de l'offre.

En instituant une **compatibilité des autorisations avec les objectifs et le niveau des besoins définis par ces schémas** qui sont principalement à caractère régional et départemental ;

En rénovant le régime des autorisations **en les limitant à 10 ans, renouvelables au regard des résultats positifs d'évaluation** externes tous les cinq ans.

Enfin la quatrième et dernière orientation : instaurer une réelle coordination des décideurs, des acteurs et organiser de façon plus transparente leurs relations

Pour faire encore une fois très court il s'agira ici d'institutionnaliser des procédures formalisées de concertation et de partenariat entre préfet et président du conseil général, de mettre en place un système d'information commun entre l'Etat, les départements et les organismes d'Assurance Maladie.

Pour terminer, il me faut vous citer la mise en place de démarches évaluatives, notamment par la création d'un **Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale chargé de valider des référentiels de bonne pratique et de veiller à leur mise en œuvre.**

Après avoir présenté de façon très synthétique la nouvelle loi rénovant l'Action Sociale, **nous pouvons dire en conclusion :**

Que **l'utilisateur demeure au centre des dispositifs** sociaux et médico-sociaux (avec la mise en place obligatoire du projet d'établissement), que la **planification des politiques sociales et**

médico-sociales et de leurs moyens sont affirmées, notamment en ce qui concerne les schémas.

Que le financement des actions sociales et médico-sociales évolue pour prendre en compte les nouvelles modalités de prise en charge des personnes.

Que les établissements et les services peuvent s'engager avec les financeurs en introduisant les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Avant d'aborder la seconde partie de l'intervention et pour clore la partie historique il me faut **évoquer brièvement la loi du 11 février 2005** qui, sur le plan de la scolarité, **associe fortement les parents aux décisions prises en matière de scolarisation** et est pour le moins **incitatrice d'intégration** (inclusion). L'incidence n'est pas neutre pour certains des établissements médicosociaux qui, jusqu'à présent, prônaient un enseignement strictement à l'intra, lorsqu'ils en proposaient...

Description des établissements et services pour personnes handicapées

Rappel : un établissement social ou médico-social est une personne morale publique ou privée bénéficiant de fonds publics pour remplir une mission de service public telle que décrite au code de l'action sociale et des familles (CASF)

Attention : les établissements et services sociaux et médico-sociaux n'ont rien à voir avec les EGPA qui traitent de la difficulté scolaire et du champ des adaptations (SEGPA, EREA, LEA...)

Nous nous bornerons pour la suite au seul secteur de l'enfance handicapée

Définition des établissements et services « *sont considérés comme **établissement** les structures qui accueillent de jour ou/et de nuit des usagers pour des mesures de prise en charge plus ou moins longues mais nécessitant la durée et le maintien dans des lieux spécialisés.* »

« *...sont dits **services**, les structures qui **reçoivent pour des actes** qui n'imposent pas ces conditions.* »

« *Etablissements et services appartiennent soit au secteur public soit au secteur privé, ces deux secteurs assurant **une mission de service public.*** »

Les principales structures

Avant que de rentrer dans les détails des structures existantes il est important de repérer les points communs à toutes pour commencer à se les représenter:

Financeur : en général état par le biais de la sécurité sociale, branche assurance maladie (notion de prix de journée) et pour certains travaux de construction, d'amélioration ou de mise aux normes par le CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie), cette caisse étant alimentée par la journée de solidarité fixée initialement sur le lundi de pentecôte.

Décideurs : DDASS et bientôt ARS ou Agences Régionales de Santé nées de la loi portant réforme sur hôpital, santé et territoires avec l'autorité état préfet pour les autorisations d'ouverture (ou les fermetures !)

Responsables au sens de la loi: une majorité d'associations dites associations gestionnaires en loi de 1901 souvent créées durant les trente glorieuses. Conseil d'administration, fédérations, regroupements. Ce secteur privé non lucratif, dans son ensemble, représente 88% des capacités au niveau du handicap, 70% dans l'aide sociale à l'enfance et 35% dans le secteur des personnes âgées . **Ces associations sont nées, pour leur majorité, de l'initiative de parents pour leurs propres enfants.**

Public (usagers) uniquement suite à des décisions **d'orientation des MDPH (CDAPH)** qui orientent, proposent des affectations possibles (seuls les parents choisissent) **mais ne sont pas les financeurs des places disponibles...**

Equipes pluridisciplinaires, avec un **tronc commun**, correspondant au principe de prise en charge globale au sens de **éducative, thérapeutique et pédagogique**, le tout devant s'adapter suivant les besoins.

Dans les établissements et service, nous trouverons donc :

Des personnels éducatifs (Educateurs spécialisés, éducateurs de jeunes enfants, éducateurs technique, moniteurs éducateurs, aides médico psychologique, éducateurs sportifs...)

Pour le volet thérapeutique

Des personnels dits de soins médicaux comme médecin généraliste, pédiatre, ORL ou pédopsychiatre, infirmière, aide soignante...

Des personnels, dit de soins paramédicaux comme psychologue, orthophoniste, psychomotricien, orthoptiste, kinésithérapeute...

Des personnels pour le volet pédagogique (enseignants spécialisés, éducateurs scolaires, éducateurs techniques) ; les enseignants spécialisés pouvant être des personnels de l'éducation nationale ou non, postes Education Nationale, contrats simples, etc.

Souvent des personnels assistants sociaux

Mais **également des services généraux** (transport, cuisine, entretien-maintenance des locaux, gardiennage de nuit, secrétariat, direction...). Pour exemple un institut médico éducatif « standard » d'une soixantaine de places dont une trentaine en internat sur un fonctionnement de 200 journées « occupe » environ soixante ETP (équivalents temps pleins)...donc forcément des personnels comptables.

La prise en charge inclus en général le transport, les repas, l'hébergement s'il y en a, l'ensemble étant souvent considéré comme soin

Le temps de prise en charge, les établissements et services étant ouverts entre 200 et 365 jours par an, sachant que la majeure partie fonctionne autour de 200 journées.

La durée de prise en charge : fixée, adaptée et renouvelée si besoin par la MDPH

La notion de prix de journée ou prix d'acte au regard du financement : les prix de journée oscillent entre 120 euros pour un service et 350 euros voire plus suivant le type de handicap. **Un établissement moyen avec internat de semaine coûte 2,5 millions d'euros à la sécurité sociale...**

Par contre et pour commencer à cerner les établissements et services du médico-social enfance nous évoquerons deux facteurs de différenciations de type de prises en charge :

De par la localisation : à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge.

De par le mode : à titre permanent, temporaire ou séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement...

Mais une spécialisation des structures avec plusieurs « grandes familles »...

1) Les IME

Les IME sont des établissements médicaux-éducatifs qui accueillent les enfants et adolescents atteints de **déficiência mentale**. Ils sont régis par l'Annexe XXIV au décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 et la Circulaire n° 89-17 du 30 octobre 1989. Ils regroupent les anciens IMP et IMPro. Les IME ont souvent été au départ des fondations caritatives, généralement à l'initiative de familles bourgeoises touchées par le handicap mental. Même s'ils sont désormais à financement quasi exclusivement public, après agrément par les DDASS, la grande majorité des IME restent à gestion associative.

Les établissements médicaux-éducatifs pour déficients sensoriels ou moteurs portent généralement d'autres appellations : IES, IEM, etc.

Cette structure concerne l'accueil **d'enfants et adolescents entre 3 et 20 ans** présentant des **déficiences intellectuelles**. (et non inéficience...)

L'internat complet, l'internat de semaine, et le semi-internat sont les principaux régimes proposés aux familles. On emploiera parfois le terme **d'alternat**.

Ces établissements sont **financés par les organismes de Sécurité Sociale** pour ce qui concerne les soins, les prises en charge éducatives, l'hébergement et les transports, **et le plus souvent l'Education Nationale pour la scolarité**.

Afin de s'adapter aux besoins des enfants, ces établissements peuvent développer des services particuliers de type ambulatoire tels que les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)

Les IME accueillent fréquemment dans des sections spécifiques des enfants atteints d'autisme ou de poly-handicap.

Les IME intègrent souvent deux sections

La SEES Section d'Education et d'Enseignement Spécialisés Dans les IME, **c'est la section destinée aux plus jeunes**. Elle est définie par l'article 5 de l'annexe XXIV (repris dans l'Article D. 312-15 du Code de l'action sociale et des familles). Elle est **complétée par une section destinée aux adolescents, la SIPFPro**.

La SIPFP

ou SIPFPro **Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle** C'est la section des IME destinée aux adolescents, parfois la seule section dans les IMPro. Elle est définie par l'article 5 de l'annexe XXIV (repris dans l'Article D. 312-15 du Code de l'action sociale et des familles). Comme son nom l'indique, il s'agit **d'initiations**, le plus souvent avec des éducateurs techniques, **pour pouvoir aborder ensuite le monde du travail** la plupart du temps par le biais d'un ESAT

L' Institut d'Education Motrice

Cette structure accueille des enfants et adolescents de 0 à 20 ans présentant une déficiencia motrice dans un régime d'internat complet, d'internat de semaine ou de semi-internat .

Comme pour les instituts médico-éducatifs, le financement est assuré par l'Assurance maladie

qui prend en charge les soins, l'hébergement et le transport des enfants.
Des classes spécialisées existent au sein de ces structures qui passent des conventions avec l'Education nationale pour le financement des postes d'enseignants.
Des intégrations partielles sont souvent réalisées dans des établissements scolaires ordinaires.

De par les évolutions législatives actuelles, les IME ont tendance à accueillir de plus en plus d'enfants atteints de « handicaps lourds »

2) Les ITEP (anciennement Instituts de Rééducation)

Les IR ou IRP (Instituts de rééducation) étaient des établissements médico-éducatifs qui avaient pour vocation d'accueillir des enfants ou des adolescents présentant des **troubles du comportement importants, sans pathologie psychotique ni déficience intellectuelle**. Ils étaient régis par l'Annexe XXIV, comme les IME. Un nouveau texte réglementaire du 6 janvier 2005 les a **“sortis”** de cette annexe XXIV et **transformés en ITEP (Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique)**.

Ces structures étaient et sont toujours donc destinées à recevoir des **enfants et des adolescents**, je cite **« dont les manifestations et les troubles du comportement rendent nécessaire, malgré des capacités intellectuelles normales ou proches de la normale, la mise en œuvre de moyens médico éducatifs pour le déroulement de leur scolarité. »**

3) Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)

Leur création est relativement récente (années 70) et leur existence est liée aux nouvelles préoccupations du secteur de répondre aux demandes des familles de maintenir autant que faire se peut l'enfant dans son milieu ordinaire de vie.

Ces structures sont **ambulatoires et accompagnent l'enfant ou l'adolescent dans ses différents lieux de vie** (la famille de façon privilégiée, l'école, les lieux de garde des tous petits...)

Les agréments permettent un suivi de l'enfant et de l'adolescent de 0 à 20 ans pour les plus âgés, **on parlera de SESSAD Professionnels qui accompagnent l'adulte en devenir sur le chemin d'un parcours professionnalisant, souvent de niveau V**

Leur dénomination est différente en fonction du type de population dont le service s'occupe et de l'annexe à laquelle il se rattache.

SAFEP : Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce : services destinés à l'accompagnement précoce des familles d'enfants déficients auditifs de moins de trois ans. Pour les plus de trois ans, nous parlerons de SSEFIS (Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire) . Les SSEFIS interviennent auprès d'enfants déficients auditifs âgés de trois ans à vingt ans en intégration scolaire et de leur famille.

SESSAD Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile. Cette appellation non réglementaire est parfois utilisée pour désigner les SESSAD pour enfants et adolescents handicapés moteurs.

SSAD Services de Soins et d'Aide à Domicile Destinés aux **enfants et adolescents polyhandicapés**, les SSAD sont régis par un sous-paragraphe du Code de l'action sociale et des familles. Parfois nommés SESAD.

SAAAIS Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire Les SAAAIS sont des services de type SESSAD **pour enfants et adolescents déficients visuels**.

SIDVA Service d'Intégration pour les Déficients Visuels et Aveugles Les SIDVA sont des services de type SESSAD **pour enfants et adolescents déficients visuels ou aveugles**. Leur appellation la plus courante est SAAAIS.

La volonté actuelle des financeurs en lien avec les nouveaux axes législatifs tendrait à augmenter le nombre global de places de SESSAD par transformation de places des IME et ITEP

Les Centre d'Action Médico Sociale Précoce (CAMSP)

Cette structure accueille des enfants, de 0 à 6 ans, et leur famille au sein d'une équipe pluridisciplinaire afin d'effectuer des bilans d'enfants quand les parents, le médecin de famille, la PMI, l'enseignant de maternelle, le psychologue scolaire etc... identifient une difficulté de développement, ou de comportement de l'enfant dès son plus jeune âge.

La MDPH n'intervient pas dans cette étape de dépistage qui reste accessible à toute personne rencontrant un problème avec un bébé ou un enfant plus âgé.

Passée cette période de dépistage, le CAMPS peut alors envisager un suivi de l'enfant, si nécessaire, et ensuite son orientation vers la structure qui conviendra le mieux à ses besoins (avec orientation MDPH si besoin).

Le travail avec la famille de l'enfant est essentiel dans ces lieux d'accueil et de soins.

Environ 250 CAMSP en France

Les centres médicaux psycho-pédagogiques (CMPP)

« **Prolongement** » des CAMSP, les CMPP sont sous tutelle du ministère des Affaires sociales et sont conventionnés par la Sécurité Sociale. La plupart des CMPP sont des structures associatives. Il en existe **dans chaque département**.

Le CMPP a pour rôle le diagnostic et le traitement ambulatoire ou à domicile des enfants de 3 à 18 ans (ou 20 ans selon le cas) dont l'inadaptation est liée à des troubles neuropsychologiques ou à des troubles du comportement ;

Ainsi que la réadaptation de l'enfant en le maintenant dans son milieu familial, scolaire et social.