

Direction de l'Efficienc e de l'Offre
Département Qualité Sécurité Inspection

**PROGRAMME NATIONAL DE CONTRÔLE DES STRUCTURES
DE PRISE EN CHARGE A DOMICILE**

**BILAN DES INSPECTIONS DE SERVICES
D'EDUCATION SPECIALE ET DE SOINS A
DOMICILE (SESSAD) REALISEES DE 2013 A
2016**

SYNTHESE DES INSPECTIONS REALISEES DE 2013 A 2016

La présente synthèse porte sur les constats et analyses effectuées au cours d'inspections réalisées en 2013, 2014, 2015 et 2016 dans le cadre du programme national de contrôle des structures de prises en charge à domicile.

Ce travail résulte de l'analyse de 15 rapports d'inspection rédigés sur la base du référentiel régional d'inspection, ce qui représente 16% du total des SESSAD de la région.

Les capacités des SESSAD inspectés sont très variables. Elles oscillent entre 18 et 97 places. Les structures inspectées se répartissent dans les cinq départements de la région. Tous les services, à l'exception d'un seul, sont intégrés à un CPOM.

Les rapports d'inspection exploités pour ce travail concernent quasi-exclusivement des structures associatives.

La présente synthèse porte sur les constats et analyses effectués au cours d'inspections réalisées en 2013, 2014, 2015 et 2016 dans le cadre du programme national de contrôle des structures de prises en charge à domicile.

Protocole inspection

Les inspections relatives au programme de contrôle dans les structures de prise en charge à domicile ne sont pas inopinées comme dans les structures d'hébergement mais annoncées.

De manière générale, elles mobilisent deux inspecteurs pendant une journée, sur site.

Les membres de la mission visitent les locaux, réalisent des entretiens avec des salariés de toutes catégories, et examinent un certain nombre de documents. Par ailleurs les missions demandent aux gestionnaires d'informer les familles du déroulement d'une inspection (affiche dans le service et/ou courrier adressé aux familles) et de la possibilité de joindre le coordonnateur, à leur convenance.

Ces inspections donnent lieu à la rédaction d'un rapport qui est adressé à l'établissement dans un délai de deux mois après la date de l'inspection. L'établissement dispose d'un mois pour faire connaître ses observations sur les constats de la mission et sur les demandes de mesures correctives envisagées par le commanditaire de l'inspection. La phase de dialogue avec l'établissement est close, un mois plus tard, avec l'envoi du rapport final et du tableau des mesures correctives demandées.

Méthodologie

La présente étude repose sur les constats et analyses issus des 15 rapports d'inspection rédigés en 2013/2014/2015 et 2016, ce qui correspond à une moyenne de 25 demandes de mesures correctives par rapport.

Les demandes de mesures correctives sont réparties entre trois grandes catégories, elles-mêmes déclinées en 71 items, non hiérarchisés :

- 1) Conditions d'installation (9 items)
- 2) Conditions d'organisation (33 items)
- 3) Admission/Accueil, individualisation des accompagnements (29 items)

D'une manière générale, les demandes de mesures correctives, qu'elles soient globales ou ciblées, traduisent des écarts à la réglementation ou aux bonnes pratiques. La récurrence de constats afférents à un même item et concernant un nombre important d'établissements, permet de mettre en relief les dysfonctionnements et les risques identifiés dans les services inspectés.

1 LES CONDITIONS D'INSTALLATION

1.1 SECURISATION DES LOCAUX

Les locaux sont jugés adaptés par la totalité des missions d'inspection. Les observations portent principalement sur les points suivants :

1.1-2 Affichages (réglementaires et recommandés)

Les références réglementaires sont l'article R 311-34 du CASF pour le règlement de fonctionnement, l'article L311-4 du CASF pour la charte des droits et libertés ainsi que l'article R 3511-6 du Code de la Santé publique pour le panneau anti-tabac. Dans 80% des structures, des demandes de mise en conformité avec la réglementation ont été demandées. A noter également que dans près de 90% des structures, l'organigramme du service n'est pas affiché.

1.1-3 Signalétique interne et externe

Cette thématique est à relier avec celle de l'accessibilité notamment en termes de communication adaptée. Des demandes de mesure correctives ont été formulées dans les 2/3 des services.

1.1-4 Accessibilité

La réalisation d'un diagnostic accessibilité qui ne constitue pas une obligation réglementaire pour les SESSAD (ERP 5^{ème} catégorie) mais une préconisation pour l'ARS, est effectuée dans seulement 1/3 des structures. Les missions d'inspection ont par ailleurs constaté que dans 1/5 des structures, les personnes à mobilité réduite ne pouvaient pas se déplacer à l'intérieur du service et/ou aux abords immédiats.

1.1-5 Sécurisation des locaux

- Lors des contrôles, il a été constaté la présence d'un registre de sécurité pour 80% des structures. Dans 2 services, des observations ont été formulées concernant notamment le stockage de produits d'entretien dans des locaux non sécurisés pour les enfants.
- Sur le plan des **équipements**, la plupart des SESSAD disposent d'équipements informatiques et les professionnels sont dotés de téléphones portables.

2 LES CONDITIONS D'ORGANISATION

2-1 AGREMENT/AUTORISATION/RAPPORT D'ACTIVITE (Article D312-59 du CASF)

L'arrêté d'autorisation comporte la capacité autorisée, la tranche d'âge ainsi que la/les catégories de bénéficiaires par type de handicap.

Concernant le respect de la capacité autorisée, il importe de rappeler que l'ARS encourage la mise en place d'une logique de file active dans la gestion des entrées. Dans ce cadre, des enfants peuvent être accueillis en dépassement ponctuel de l'agrément quand d'autres jeunes sont dans un processus de sortie. De fait, il a été constaté que plus d'1/3 des structures contrôlées s'inscrivaient dans cette dynamique. Seul un SESSAD dépassait sa capacité autorisée de près de 40% et sollicitait une régularisation de son agrément.

Concernant le respect de la tranche d'âge et de la catégorie de bénéficiaires, il convient de préciser que l'ARS privilégie le caractère polyvalent des SESSAD avec une tranche d'âge 0-20 ans. Sur les 15 services, 3 étaient autorisées en tant que

SESSAD polyvalents, 2 autres pour l'accueil d'enfants/jeunes présentant une déficience intellectuelle et/ou des troubles du comportement et de la personnalité. Deux SESSAD sont agréés exclusivement troubles du comportement et de la personnalité (SESSAD ITEP) et les 8 autres exclusivement déficiences intellectuelles (avec ou sans troubles associés).

Le registre de présence prévu à l'article D 312-40 CASF n'est complété que dans 2/15 des SESSAD.

2.1-1 Rapport d'activité (Art. D 312-203 §1 du CASF)

En termes de bonne pratique, la qualité du rapport d'activité (item conduite générale de l'institution) est un point important pour apprécier les missions du service et la qualité de l'accompagnement délivré, en complément des entretiens réalisés par la mission.

En effet, il permet notamment de rendre compte de l'effectivité de séances sur les différents lieux de vie de l'enfant, ce qui est constitutif des missions propres du SESSAD et des fondements du projet de service.

Par ailleurs, outre les informations concernant les prises en charge intra et extra-sessad, un bon rapport d'activité fournit des données quantitatives (moyenne de 3 séances hebdomadaires) et qualitatives en mentionnant la proportion de séances individuelles et collectives, d'accompagnements thérapeutiques et socio-éducatifs, autant d'éléments précieux pour juger de la qualité de l'accompagnement médico-social. Or, la plupart des rapports d'activité consultés ne permettaient pas de bien rendre compte de la diversité des missions du service.

2.1-1 Continuité de la prise en charge

Il ressort tout d'abord une grande hétérogénéité concernant le nombre de jours d'ouverture à l'année des services contrôlés (de 190 jours à 236 jours). Sur les 15 SESSAD inspectés, 3 étaient ouverts moins de 40 semaines /an, amplitude minimale d'ouverture demandée par l'ARS. Pendant les périodes de congés scolaires hors été, la plupart des SESSAD sont ouverts 1 semaine sur 2. Durant les congés d'été, la continuité des accompagnements éducatifs est en général assurée via la mise en place de différents relais (ex : centres de loisirs) ou l'aide à l'organisation de vacances. En revanche, les professionnels reconnaissent que l'arrêt des prises en charge thérapeutiques (orthophonie en particulier) peut être trop long pour certains usagers.

Il a également été constaté que les enquêtes de satisfaction n'abordent pas nécessairement la problématique de l'adaptation des horaires et des périodes d'ouverture aux besoins des jeunes et de leurs parents.

2.1-3 Projet de service/règlement de fonctionnement (D 312-38 du CASF et D 312-38 du CASF)

Dans le cadre de l'examen des projets de service, il a été constaté que 40% des projets de service étaient à actualiser ou à élaborer.

La quasi-totalité des projets examinés prévoient les modalités de coordination entre les volets éducatif, pédagogique et thérapeutique. En revanche, la prise en compte de la préparation de la fin de l'accompagnement et de "l'après SESSAD" dans le projet de service est jugée insuffisante dans les 2/3 des services inspectés.

Dans les 2/3 des SESSAD, des observations ont été formulées sur la non-conformité des règlements de fonctionnement au CASF (absence de règlement, documents de

plus de 5 ans, absence de consultation des instances représentatives du personnel et des usagers via un CVS ou une autre modalité de consultation).

2.1-4 Expression collective des usagers (Article. L.311-6 et D 311-21 du CASF).

Des enquêtes de satisfaction sont réalisées dans 60% des SESSAD inspectés. Il s'agit d'une modalité d'expression collective des usagers prévue par l'article D311-21 du CASF obligatoire pour les services prenant en charge à domicile des personnes dont la situation ne permet pas de recourir aux autres formes de participation. Dans ce cadre, les enquêtes sont à réaliser au moins annuellement, ce qui est assez rarement constaté dans les services inspectés. En termes de bonne pratique, l'ARS recommande de susciter l'expression collective des usagers et de leur famille dans le cadre d'un Conseil de la Vie Sociale ou bien de groupes de parole, de l'organisation de réunion de rentrée, de réunion de restitution d'enquêtes en sus de la réalisation des enquêtes de satisfaction.

Par ailleurs, il a été constaté que seulement 2 services avaient mis en place un dispositif de recueil des réclamations. Dans la quasi-totalité des structures, les documents institutionnels ne rappellent pas le droit pour les usagers d'effectuer des réclamations et ne l'organisent pas.

2.1-5 Evaluation externe/Démarche qualité/gestion des risques

Evaluation externe/Démarche qualité (Art. D. 312-205 du CASF) :

Dans 80% des services, les évaluations externes avaient été réalisées.

Dans près des $\frac{3}{4}$ des services, le SESSAD dispose d'un Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ) mis à jour, ce qui constitue un bon indicateur de pilotage de la démarche qualité. Par ailleurs, les services rattachés à des associations de taille importante disposent de l'appui méthodologique d'un qualitatifien. Il convient également d'observer que la plupart des rapports d'activité ne tracent pas la démarche d'évaluation interne de la qualité, via notamment un état d'avancement du PACQ (cf. art. D 312-203 §1 du CASF)

Gestion des risques

Analyse des risques a priori

Les SESSAD inspectés n'ont pas élaboré de cartographie des risques spécifiques. La thématique de la gestion des risques est également très rarement abordée dans les projets de service consultés. En revanche, l'évaluation des risques professionnels est réalisée à travers le DUERP (Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels). Ce dernier est disponible et actualisé dans plus de la moitié des services inspectés.

Analyse des risques a posteriori

Un peu moins de 30% des services disposent d'une procédure relative à la déclaration et à la gestion des événements indésirables. De plus, pour la quasi-totalité des services, le dispositif est davantage perçu comme une obligation administrative comparable à la logique des registres obligatoires, qu'à un outil au service de l'amélioration de l'organisation. Parmi les événements indésirables recensés, un certain nombre concernent les trajets ou des comportements agressifs des usagers et ou de leur famille.

Procédures et conduites à tenir

A l'exception d'un service, plus de 93% des services n'ont pas formalisé d'instructions ou de supports institutionnels sur les conduites à tenir en cas de survenue d'évènements particuliers à domicile.

Risque maltraitance

Concernant plus spécifiquement le risque maltraitance, les $\frac{2}{3}$ des services disposent d'un protocole spécifique. Les observations formulées concernent le contenu du protocole maltraitance, qui bien qu'intégrant les dispositifs portant sur les signalements d'informations préoccupantes, n'identifient pas qu'une situation de maltraitance puisse émaner de professionnels.

En termes de formations, environ 40% des structures proposent des formations portant spécifiquement sur la thématique de la bientraitance. Cette proportion atteint près des $\frac{2}{3}$ en prenant en compte des formations sur les problématiques des enfants accueillis.

Parmi les vecteurs importants de promotion de la bientraitance, l'analyse de la pratique qui favorise un questionnement autour des pratiques professionnelles et une prise de recul nécessaire face aux situations des enfants, est proposée dans la quasi-totalité des structures

Traçabilité des différentes interventions à domicile

Dans la quasi-totalité des services inspectés, les missions d'inspection ont estimé que des marges de progrès subsistaient au niveau de l'organisation de la traçabilité des interventions à domicile (comptes rendus de visites à domicile non systématique, sur notes manuscrites non partagées..). Des observations ont également été formulées en ce qui concerne l'absence de communication à l'équipe pluridisciplinaire et à la hiérarchie du planning précis des interventions de chaque professionnel.

La mise en place du dossier informatisé de l'usage, prévue dans plusieurs services, est de nature à structurer et améliorer le système informatisé. En outre, au regard de l'enjeu du développement des supports d'informations partagées et de la transdisciplinarité, l'informatisation constitue un levier important.

2-2 MANAGEMENT, GESTION DES RESSOURCES HUMAINES ET ORGANISATION DE LA TRANSVERSALITE

2.2-1 Qualification directeurs/ Diplômes professionnels / extraits du casier judiciaire national (articles D312-57, L133-6 et D312-20 du CASF),

Dans 14 des 15 SESSAD inspectés, les directeurs disposaient de la qualification requise (niveau II minimum). Dans un peu plus d' $\frac{1}{4}$ des services, le Document Unique de Délégation n'était pas formalisé et la subdélégation n'était pas organisée.

Concernant les diplômes des professionnels, des observations ont été formulées dans 2 services (diplôme manquant d'un professionnel ou attestation de réussite). S'agissant des extraits du casier judiciaire national, les contrôles par échantillonnage ont fait apparaître des manques dans un peu moins de la moitié des dossiers.

2.2-2 Fiches Composition équipe pluridisciplinaire (articles D312-56 et D 312-21 du CASF)

La composition de l'équipe pluridisciplinaire, telle que prévue par le CASF est identique pour l'IME et le SESSAD. Au regard de la réglementation, seulement 1/3 des structures ont une équipe pluridisciplinaire conforme, à l'exception du poste d'IDE. Dans 40% des SESSAD, il n'y avait pas de temps de médecin pédiatre ou de médecin généraliste et 26% des structures étaient dépourvues de temps de médecin psychiatre. De plus, dans 26% des structures, il n'y avait aucun temps médical (ni psychiatre, ni médecin généraliste ou pédiatre).

2.2-3 Fiches de poste/entretiens professionnels

Les professionnels disposent de fiches de poste dans seulement 1/3 des structures. Un peu moins de la moitié des structures bénéficient d'entretiens professionnels formalisés.

2.2-4 Instances représentatives du personnel/stabilité des effectifs

Il n'a pas été formulé d'observations relatives à des carences en matière de représentativité du personnel.

Dans près des 3/4 des services, les effectifs sont jugés stables au regard de critères portant sur l'ancienneté du personnel, la rotation des effectifs, l'absentéisme, le type de contrat. Des réserves sont en revanche émises dans près d'1/4 des structures en raison de problématiques d'instabilité au niveau du personnel d'encadrement.

2.2-5 Réunions de fonctionnement

Dans la totalité des structures inspectées, des temps de concertation organisationnels sont mis en place. Les seules remarques portent sur l'intérêt de formaliser des comptes rendus informatisés afin d'améliorer la circulation de l'information et la gestion documentaire.

3 CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT (ACCUEIL/ADMISSION, PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT ET PARTENARIATS)

3-1 PROCESSUS - L'ADMISSION – L'ACCUEIL – L'EVALUATION

Dans près de 90% des structures inspectées, une procédure d'admission est formalisée.

Malgré l'existence de listes d'attente, les **critères d'admission** ne sont précisés que dans 60% des services. Il s'agit principalement d'un manque de formalisation. Il est également observé que certaines MDPH demandent aux SESSAD d'examiner les situations prioritaires sur la base de critères établis au niveau départemental, les admissions effectuées dans le cadre de situations prioritaires constituant la quasi-totalité des demandes d'admission.

Dans 80% des services, les Documents Individuels de Prise En Charge sont signés. Dans les 20% restant, le contrôle a révélé un défaut de contractualisation pour une partie des DIPEC.

Concernant le dispositif relatif aux **personnes qualifiées**, les missions d'inspection ont relevé un défaut d'information dans 80% des structures (pas d'affichage de la liste des personnes qualifiées, pas d'intégration du dispositif dans les outils institutionnels...).

Quant aux **modalités d'accès au dossier administratif**, un défaut de protocolisation a été constaté dans la plupart des services.

Pour ce qui est de l'**accessibilité des outils de la loi 2002-2** aux usagers et à leur famille, des demandes d'amélioration ont été formulées dans près de la moitié des structures. Il peut s'agir notamment d'illustrer le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement avec des pictogrammes, des bandes dessinées. Il convient de souligner que ces actions s'inscrivent plus globalement dans le chantier plus vaste de la recherche d'une communication adaptée vis-à-vis des usagers et de leur famille.

S'agissant de la **phase bilan/évaluation**, la plupart des SESSAD (80%) élaborent un premier projet individualisé d'accompagnement dans un délai de 3-4 mois. Les observations portent sur un manque de structuration concernant cette phase et/ou une formalisation tardive du premier PIA. A ce stade, la structure se doit en effet d'être réactive pour proposer, le cas échéant, des modifications dans le parcours de l'enfant/jeune.

3.1-1 **Accompagnement et les modalités de sa personnalisation**

Dans le cadre de l'organisation de la transversalité au sein de l'équipe pluri-professionnelle, il importe que des **supports et outils d'observation communs à l'équipe** et complémentaires aux outils propres à chaque profession puissent être déployés afin de favoriser la transdisciplinarité dans l'accompagnement de l'enfant/jeune. Cette thématique qui concerne également la problématique du secret professionnel partagé doit être interrogée dans le projet de service. Dans près des $\frac{3}{4}$ des services, des manques ont été constatés sur ce sujet. Il convient de souligner que le développement de l'informatisation du dossier de l'utilisateur et le déploiement d'outils d'évaluation multidimensionnelle de type GEVAsco constituent des leviers d'amélioration pour les services.

3.1-2 **Projet individualisé d'accompagnement**

Dans la totalité des SESSAD inspectés, les projets individualisés d'accompagnements sont actualisés au moins annuellement correspondant à un bilan pluridisciplinaire complet de la situation de l'enfant ou de l'adolescent (article D312-14 du CASF).

Concernant le volet thérapeutique du PIA, il est jugé insuffisant dans 40% des services (absence de médecin, défaut de coordination des bilans paramédicaux, volet somatique insuffisant). Très peu de SESSAD ont intégré dans leurs missions l'organisation d'un suivi médical annuel (D. 312-62 CASF).

Concernant le volet pédagogique et l'articulation entre le PIA et le PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation) - Article D312-10-3 du CASF- il a été observé que les dossiers des enfant/jeunes ne comprenaient pas toujours un exemplaire du PPS.

S'agissant des modalités de son élaboration, la totalité des SESSAD ont mis en place un système de coordonnateur de projet (éducateur référent). Dans $\frac{1}{5}$ des services, il a été constaté que la fonction de coordonnateur de projets n'était pas définie dans les outils institutionnels (projet de service, fiche de poste).

Dans une optique de co-construction des PIA avec les usagers et leur famille, l'ANESM recommande d'associer à la réunion de projet les parents et les enfants quand ils peuvent participer. Or, contrairement au fonctionnement des ESS (équipes

de suivi et de scolarisation), la très grande majorité des SESSAD ($\frac{2}{3}$) ne proposent pas aux enfants/jeunes et à leur famille d'être présent à la réunion de projet avec les partenaires. Pour autant, dans tous les services inspectés, les familles sont impliquées dans le processus d'élaboration du PIA dans le cadre notamment d'invitations à des réunions. Ainsi, dans 100% des structures, les parents sont invités au moins une fois par an à rencontrer les professionnels du service.

3.1-3 Spécificités de l'accompagnement des SESSAD

La possibilité **d'intervenir à domicile** ainsi que dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou de l'adolescent renvoie aux missions premières d'un SESSAD. Tous les SESSAD interviennent à domicile et dans les lieux de vie de l'enfant à l'exception d'un service qui ne prévoit pas de visite au domicile, stricto sensu (mais pas dans les lieux de vie). La plupart des interventions du personnel paramédical ne donne pas lieu à des déplacements sur les lieux de vie de l'enfant, pour des raisons principalement d'efficacité du service.

Quant aux **accompagnements collectifs**, ils font partie de la palette des prestations proposées dans la totalité des services inspectés. Ce type d'accompagnement est à développer dans 20% des services dans le cadre d'un équilibre à rechercher entre les accompagnements collectifs et individuels.

Pour la quasi-totalité des structures, la prise en compte de la thématique « vie affective et sexuelle » est jugée effective dans l'accompagnement global.

Le travail de recherche de la prise d'autonomie des jeunes est au cœur des stratégies éducatives, aucun rapport n'ayant relevé des insuffisances sur cet objectif.

3.1-4 Préparation de la fin de l'accompagnement

La préparation de la fin de l'accompagnement est jugée insuffisante dans $\frac{1}{3}$ des services pour ce qui concerne sa prise en compte dans les outils institutionnels car c'est toujours un sujet de préoccupation des professionnels des services.

Des durées de séjour particulièrement longues peuvent être le corollaire d'un manque d'anticipation de la fin de l'accompagnement (DMS de près de 2000 jours dans un service).

A contrario, cette thématique est abordée dans le projet de service et/ou fait l'objet de procédures dans les $\frac{2}{3}$ des services.

Quant à la réalisation d'un suivi à l'issue de l'accompagnement tel que prévu par l'article D312-18 du CASF, il n'est effectif que dans 47% des structures inspectées, étant précisé que le suivi se prolonge rarement au-delà de 6 mois, 1 an. Un seul SESSAD a mis en place un service de suite pour les usagers ayant quitté le service.

3.1-5 Partenariats

Avec l'Education Nationale

Les services doivent conclure une convention avec l'éducation nationale (article D 312-58 et D312-10-5 du CASF précisant à la fois le cadre juridique d'intervention ainsi que les modalités d'intervention des personnels spécialisés (lieux, durée, fréquence, réunions de synthèse). Des observations ont été formulées dans les $\frac{2}{3}$ des services (convention obsolète, en cours d'élaboration, convention individualisée mais absence de convention cadre...).

Avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les structures d'aide sociale à l'enfance (PMI, CAMSP, CMPP.).

Dans tous les services, des coordinations existent avec l'ASE et les ESMS sans qu'il y ait pour autant des conventions formalisées (à une exception près). Des carences en termes de structuration des coopérations ont été pointées pour 2 services avec les CAMSP.

Avec des structures sanitaires (secteur de psychiatrie infanto-juvénile, services hospitaliers)

Les $\frac{3}{4}$ des SESSAD n'ont pas de convention de coopération formalisée avec le secteur sanitaire (secteur psychiatrique en priorité), étant précisé qu'un des services était en cours de formalisation d'un partenariat avec l'établissement en santé mentale du territoire à la date de l'inspection.

Inscription de l'action du SESSAD en coordination avec les SESSAD intervenant sur le même territoire ou les territoires limitrophes

Un travail de partenariat avec les autres SESSAD du territoire a pu être observé dans un peu moins de la moitié des services. Des actions de coopération inter-SESSAD ont été impulsées (réunions thématiques, découpage territoriale...) sous l'égide des délégations territoriales dans le cadre de l'animation territoriale. Une structure a conclu des conventions d'engagement de bonnes pratiques avec les autres SESSAD du territoire.

Les échanges interinstitutionnels (partage de savoir-faire, confrontation d'apports théoriques et pratiques lors de formations conjointes)

Dans un peu plus de la moitié des SESSAD inspectés, il a été constaté que les échanges interinstitutionnels étaient favorisés (séminaire CREAL, réseau départemental...). En prenant en compte les échanges de pratique organisés en intra-associatif, la proportion est portée à 75%.

Cahiers de liaison

L'ANESM recommande la mise en place d'un cahier qui accompagne l'enfant au quotidien et qui regroupe les informations pratiques que les différents intervenants et les parents jugent utiles de partager (emploi du temps de l'enfant, décalage de rendez-vous ou absence d'un intervenant...). Or, dans la quasi-totalité des SESSAD, cet outil institutionnel n'était pas mis en place, considérant qu'il relevait de l'appréciation de l'éducateur. D'autres moyens de communication sont utilisés (téléphone principalement et messagerie informatique).