

# CHARTRE DE FONCTIONNEMENT DE L'HOPITAL DE JOUR PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Charte de fonctionnement établie au regard des dispositions de l'article D.6124-305 du code de la santé publique

INFORMATIONS ETABLISSEMENT	
Raison sociale : Institut de l'Enfant, de l'Adolescent et du Jeune Adulte	N° FINESS GEOGRAPHIQUE : 69 004 511 7
Adresse postale : 1 avenue du 11 novembre 1918-69200 VENISSIEUX	N° Téléphone : 04 72 20 18 00
Nom du directeur d'établissement : Madame Louise LAMBERT	
Nom du médecin coordonnateur : Dr Romaric LAVILLE	

## I. PRÉAMBULE

L'IEAJA dispose d'un hôpital de jour spécialisé en psychiatrie accueillant des patients souffrant de troubles psychiques relevant de la psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte avec notamment des soins spécialisés de psychiatrie de proximité et pour des pathologies spécifiques.

Il a pour vocation à apporter à chaque patient des soins psychiatriques et psychologiques adaptés, en proposant des offres de soins diversifiées, dans un cadre spacieux équipé d'un plateau technique performant.

L'hôpital de jour a une capacité initiale de 10 places annualisées.

## II. OBJET DE LA CHARTE DE FONCTIONNEMENT

La présente charte de fonctionnement a pour objet d'établir et de préciser :

- ✓ L'organisation de la structure et notamment :
  - Le personnel,
  - Les horaires d'ouverture,
  - L'organisation des soins,
  - Le fonctionnement médical.
- ✓ Les indicateurs de suivi de l'activité et de la qualité des soins ;
- ✓ Les conditions de désignation et la qualification du médecin coordonnateur de l'unité ;
- ✓ L'organisation générale des présences et la continuité des soins assurée par le psychiatre et l'IDE obligatoirement présents pendant les heures d'ouverture ;
- ✓ Les modalités de mise en œuvre de la continuité des soins en dehors des heures d'ouverture ;
- ✓ Les formations nécessaires.

La présente charte de fonctionnement doit être envoyée au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé territorialement compétent et devra être actualisée en fonction de l'évolution des prises en charge.

### III. ÉLABORATION ET APPROBATION DE LA CHARTE DE FONCTIONNEMENT

Cette charte a été élaborée par l'équipe de direction de l'établissement conjointement avec le médecin coordonnateur. La charte est soumise à l'approbation de la CME et est présentée aux représentants des Usagers en CDU ainsi qu'aux représentants du personnel lors d'une réunion du CSE.

Cette charte de fonctionnement sera portée à la connaissance du patient et de son représentant légal en préalable de son admission, affichée au sein de la structure et publiée sur le site internet de l'établissement.

Toute modification de la présente charte aura lieu selon la même procédure que pour son élaboration initiale et fera l'objet d'une information de l'ensemble des équipes impliquées dans la prise en charge des patients.

### IV. ORGANISATION GÉNÉRALE DE LA STRUCTURE

#### 4.1. Les horaires de la structure

L'hôpital de jour pour la mention psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est ouvert les :

<b>Jours de la semaine</b>	<b>Horaires d'ouverture</b>
Lundi	De 9h15 à 12h15 pour les patients mineurs
Mardi	De 9h15 à 12h15 pour les patients mineurs
Mercredi	De 9h15 à 12h15 pour les patients mineurs
Jeudi	De 9h15 à 12h15 pour les patients mineurs
Vendredi	De 9h15 à 12h15 pour les patients mineurs

L'organisation de ces parcours prend en compte la nécessité de veiller à la sécurité des biens et des personnes, notamment en veillant au nombre de professionnels présents, aux moyens d'alerte et aux dispositifs de sécurisation du bâtiment.

#### 4.2. Accueil des patients

L'accueil des patients à l'hôpital de jour est réalisé par la secrétaire médicale ou par un infirmier. La secrétaire médicale / infirmier enregistre leur présence (ou leur absence) sur le dossier patient informatisé.

Les patients rejoignent ensuite leur groupe thérapeutique de référence ou leurs rendez-vous de suivi individuel.

La prise en charge s'effectue en demi-journées ou en journée complète de soins. Les patients sont pris en charge en groupe et en individuel.

Le programme de soins de chaque patient prévoit une à deux venues par semaine, en demi-journée ou en journée complète, selon la prescription médicale. Les soins reposent sur la dynamique de groupe, c'est pourquoi, la taille et la constitution des groupes, entre 8 et 10 patients, est pensée en ce sens. Les groupes sont fermés ce qui facilite la qualité des échanges et ainsi le travail sur la confiance en soi.

Page 2 sur 13

### **4.3. Le droit des patients**

Les soins reposent sur le libre choix du patient et/ de son représentant légal.

L'équipe de soins est vigilante au respect des droits des patients mineurs. Le projet de soins se décline dans le respect de la charte du patient hospitalisé en psychiatrie et de l'usager en santé mentale.

Du fait des spécificités des patients hospitalisés, l'équipe s'inscrit d'autant plus dans une recherche de la promotion de la bienveillance et de la lutte contre la maltraitance.

L'équipe est vigilante à la prise en charge de la souffrance morale et de la douleur.

### **4.4. La coordination institutionnelle**

Des temps d'échanges institutionnels jalonnent l'organisation du travail. Ils assurent la bonne transmission des informations entre les différents professionnels. Ainsi des réunions cliniques permettent d'aborder la prise en charge des patients et des réunions institutionnelles favorisent le partage d'informations importantes, mais également sont le lieu de transmission des savoirs.

- Les réunions cliniques se déroulent le lundi après-midi de 14h à 15h
- La commission d'admission et de sortie se réunit : lundi après-midi de 16h à 17h30
- Commission de coordination de parcours de soins : le lundi après-midi de 16h à 17h30
- La réunion institutionnelle se déroule : le lundi après-midi de 15h à 16h
- Les réunions d'instances sont planifiées en début d'année

A ces temps, se rajoutent les reprises cliniques quotidiennes du médecin avec les professionnels salariés et professionnels prestataires à l'issue des séquences groupales.

L'ensemble des professionnels participe à ces temps de réunion.

### **4.5. Les instances de pilotage**

Un panorama des instances est proposé à l'établissement, des présidents d'instance sont nommés et formés. Ils ont pour mission d'assurer le pilotage de leurs instances.

La planification des instances est réalisée dès l'ouverture, pour l'année en cours, puis prévue de façon annuelle.

Pour chacune des instances suivantes, 4 réunions/ an sont prévues :

- ✓ Commission Médicale d'Etablissement : CME
- ✓ Commission du Médicament et des Dispositifs Stériles : COMEDIMS
- ✓ Commission des usagers : CDU
- ✓ Comité de lutte des infections nosocomiales : CLIN
- ✓ Comité de lutte contre la douleur : CLUD
- ✓ Comité de liaison en alimentation et nutrition : CLAN

En complément du planning des instances, un planning des audits internes et externes est prévu.

### **4.6. Le personnel**

L'équipe médicale est composée de médecins psychiatres libéraux participant à la prise en charge de l'ensemble des patients dont ils sont également référents.

Un médecin coordonnateur est désigné par la direction de l'établissement, ce rôle est généralement concomitant avec celui de président de CME. Le Président de CME est élu pour une durée déterminée par les médecins appartenant obligatoirement à l'établissement.

Le médecin coordonnateur/ PCME joue un rôle essentiel dans la gestion et l'amélioration des soins au sein de l'établissement.

Nom Prénom du praticien	Spécialité
Dr Romaric LAVILLE	Pédo Psychiatre
Dr Fanny BEAREZ	Psychiatre
Dr Baptiste RAVEY	Pédo Psychiatre
Dr Anouk GEHIN	Pédo Psychiatre
Dr Julie BARTLET	Généraliste

Les professionnels non médicaux soignants et paramédicaux présents dans la structure :

Fonctions	
IDE	Aide-Soignante
Psychologue	Enseignant activité Physique et adaptée (EAPA)
Art thérapeute	Diététicienne
Assistante sociale	Educateur spécialisé
Psychomotricien	Ergothérapeute
Neuropsychologue	

Le nombre des professionnels non médicaux soignants et paramédicaux est adapté aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activité effectués.

## V. LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

### 5.1. Les horaires de travail

Les horaires de travail sont définis afin de répondre aux besoins organisationnels tout en respectant le droit du travail. La notion de qualité de vie au travail a également été prise en compte dans les organisations.

Les professionnels sont sur des roulements d'une semaine avec une amplitude horaire variant entre 8 et 9 heures soit 35 heures par semaine pour un équivalent temps plein.

Les horaires de travail sont affichés au sein de l'établissement ou consultables individuellement via le logiciel Octime. Chaque salarié dispose d'un accès sécurisé personnel.

### 5.2. Organisation des présences des différentes catégories de personnel

Professionnels	Horaires de présence
Organisation médicale	Présence sur les horaires d'ouverture
Les infirmières	De 9h15 à 12h15 pour les patients mineurs
Les psychologues	De 9h15 à 12h15 pour les patients mineurs
L'art-thérapeute et les soignants animant des ateliers thérapeutiques	De 9h15 à 12h15 pour les patients mineurs
Le personnel administratif	Présence sur les horaires d'ouverture
L'assistante sociale	Selon un planning de présence affiché

### 5.3. La formation du personnel

L'ensemble des personnels intervenant au sein de la structure est formé à la prise en charge en hôpital de jour.

#### 5.3.1 Les formations préparatoires

En amont de l'ouverture de l'hôpital de jour, des formations sont suivies par les personnels :

Type de formation	Formation
Les formations obligatoires	Sécurité incendie AFGSU initial et recyclage
Les formations cliniques	Projet de soins : avec formation clinique sur les publics accueillis et les thérapies utilisées Psychopathologies, notamment celles liées au travail
Les formations outils	Formation aux logiciels informatiques Formation prise en main du DPI
Les formations qualité et gestion des risques	Formation sur les grands principes de la qualité en établissement de santé Information sur les principales procédures qualité et gestion des risques mises à disposition lors de l'ouverture Formation portant sur la déclaration des EI

#### 5.3.2 Le plan de développement des compétences

Le plan de développement des compétences est établi de façon pluri annuelle. Il est défini en intégrant les besoins en formation provenant de 4 sources : des formations réglementaires, des formations cliniques définies en cohérence avec le profil des patients hospitalisés, des formations répondant à l'actualité de l'établissement, et aux souhaits des professionnels.

Une priorisation des formations est mise à disposition du directeur d'établissement afin de faciliter le travail d'élaboration du plan de développement des compétences.

Les thèmes retenus, concernant les formations cliniques, sont (non exhaustif) :

- ✓ Prévention et repérage du risque suicidaire ;
- ✓ Psychopathologie(s) ;
- ✓ Entretiens cliniques et animation de groupes thérapeutiques ;
- ✓ Relation aux usagers (administratifs) ;
- ✓ Les différentes approches thérapeutiques utilisées en psychiatrie ;
- ✓ La bientraitance ;
- ✓ L'éducation thérapeutique du patient ;
- ✓ Mise à niveau AFGSU 1 et 2 ;
- ✓ Rappels concernant la sécurité
- ✓ ...

## VI. MISSIONS DU MEDECIN COORDONNATEUR

Le médecin coordonnateur, fonction souvent associée à la présidence de CME, œuvre en étroite collaboration avec l'équipe médicale et le directeur d'établissement. Son périmètre d'intervention couvre 5 principales missions :

- ✓ Pilotage de la rédaction du **projet Médico soignant** puis de sa révision annuelle. Ce projet définit les orientations en matière de soins et de qualité, au regard des recommandations des bonnes pratiques.
- ✓ Participation à la **définition des orientations stratégiques** de l'établissement à 5 ans
- ✓ **Animation de la CME**
- ✓ Participation à la **démarche qualité et sécurités des soins** (choix des indicateurs, analyse des résultats et plan d'action, plan de développement des compétences intégrant les informations et sensibilisations ...)
- ✓ **Animation de la communauté médicale et pilotage de la recherche et l'analyse de la pertinence des soins.**

## VII. ORGANISATION GÉNÉRALE DES PRÉSENCES ET DE LA CONTINUITÉ DES SOINS

### 7.1. ORGANISATION DES PRESENCES PENDANT LES HEURES D'OUVERTURE

Elle est assurée par les professionnels mentionnés à l'article D. 6124-303 du Code de la Santé Publique. Les professionnels, Médecin psychiatre et infirmiers sont obligatoirement présents sur les horaires d'ouverture.

### 7.2. ORGANISATION DE LA CONTINUITÉ DE SOINS

L'article D.6124-304 du Code de la Santé Publique prévoit que les structures de soins autorisées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation complète :

*« sont tenues d'organiser la continuité des soins en-dehors de leurs heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés. Elles se dotent à cet effet d'un dispositif médicalisé d'orientation immédiate des patients.*

*Dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé accueillant en hospitalisation à temps complet des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure. Cette convention définit notamment les conditions dans lesquelles les patients relevant de la structure, en cas de besoin, sont soit transférés dans l'autre établissement, soit orientés vers celui-ci, après leur sortie de la structure, afin que la continuité des soins y soit assurée [...] ».*

L'Hôpital de jour dispose d'une présence médicale continue pendant les heures d'ouverture. Un numéro d'appel d'urgence médicale est en place et affiché dans l'infirmerie et mentionné dans l'annuaire interne. En plus de la présence médicale, un infirmier est présent sur les horaires d'ouverture de l'HDJ. Le service d'hospitalisation de jour de l'IEAJA dispose d'une salle de soin, d'un sac d'urgence, de 1 défibrillateurs.

Les patients sont informés qu'ils peuvent appeler l'établissement, pour un avis médical lors des ouvertures du centre ; un numéro d'appel leur est communiqué et est inscrit dans le livret d'accueil. Des plages horaires sont définies afin de pouvoir recevoir des patients dans le cadre de soins non programmés.

### **Dispositif médicalisé d'orientation immédiate des patients**

Si l'état de santé du patient nécessite des soins ne pouvant être dispensés par l'établissement, celui-ci est orienté :

- Vers les urgences somatiques de l'établissement avec lequel l'hôpital de jour a conventionné ou le centre 15/112, dans le cas d'une situation d'urgence vitale ;
- Vers les services d'urgences psychiatriques avec lequel l'hôpital de jour a conventionné.

### **Convention avec un autre établissement de santé accueillant en hospitalisation à temps complet**

Pour assurer la continuité des soins, une convention a été conclue avec Les Hospices Civils de Lyon en vue d'accueillir en hospitalisation à temps complet des patients relevant de la psychiatrie générale et suivis par l'IEAJA. Cette convention concerne également les soins sans consentement.

La continuité des soins est également sécurisée par la convention signée avec la clinique Mutualiste du Médipôle pour répondre aux situations d'urgences somatiques.

Une convention avec la clinique Lyon Lumière a été conclue dans le cadre de la gradation des soins en santé mentale (hospitalisation à temps complet).

Des conventions avec la Fondation BOISSEL et avec le centre CLEA, garantissent la transition de la prise en charge l'adolescent et de l'adolescent vers la prise en charge de l'adulte en psychiatrie.

### **Autres partenariats pour assurer la continuité des soins**

L'établissement a signé des conventions avec tout acteur du champ sanitaire ou médico-social pouvant être sollicité dans le cadre du parcours patient, dont la prise en charge des conduites addictives,

Chaque partenariat fait l'objet d'une convention détaillant les modalités de mise en œuvre des actions de collaboration. Chaque convention est réévaluée annuellement et fait l'objet, si besoin, d'une mise à jour.

Il est à noter que l'établissement est membre de la CPTS.

## **VIII. LES INDICATEURS DE SUIVI DE L'ACTIVITÉ ET DE LA QUALITÉ DES SOINS**

### **8.1. La démarche qualité et gestion des risques du Groupe YKOE**

Le groupe YKOE est investi dans la démarche qualité et la gestion des risques. Le directeur de l'établissement met en œuvre la politique qualité du siège : les différents axes de travail, les plans d'actions et instances nécessaires à une assurance qualité et gestion des risques efficaces.

En cas de plaintes/réclamations, les demandes seront traitées dans les 8 jours suivant leur réception. Un bilan trimestriel de ces plaintes et réclamations est réalisé en CDU (délai de réponse, réponse apportée). Un bilan annuel de la CDU comprend les indicateurs de suivi des plaintes et réclamations: leur nombre, leur typologie (accueil, prise en charge, vie quotidienne et environnement), le délai de réponse, le taux de conciliation.

En ce qui concerne les événements indésirables, ils sont traités, au fil de l'eau, par le pilote recevant l'alerte de la survenue d'un EI. Mensuellement ou trimestriellement, un COVIRIS est organisé et en cas d'évènement indésirable associé aux soins, un CREX est programmé afin d'analyser les causes profondes. Une analyse/ enquête peut être diligentée en amont du CREX pour des événements

indésirables graves (suicide, tentative de suicide, erreur d'administration de traitement...), puis présentée en CREX.

La démarche qualité et gestion des risques prend en compte l'aspect qualité de vie et sécurité au travail, notamment par la mise à jour annuelle du DUERP.

## **8.2. Suivi des prises en charge et qualité des soins**

L'établissement s'engage à suivre les indicateurs d'activité suivants : le taux d'occupation, la file active, le délai de prise en soin, la durée moyenne de séjour, l'origine des patients, le nombre de patients par tranche d'âge, l'éventail des pathologies prises en charge, le statut et l'orientation du patient à sa sortie.

L'établissement produira chaque année les résultats de l'évaluation périodique prévue à l'article L.6122-5 du code de la santé publique, dans les conditions prévues par les articles R.6122-23 et R.6122-24 du même code.

Un rapport d'évaluation sera établi selon la périodicité et la durée minimale d'inclusion définie par la réglementation. Il sera soumis à la conférence médicale d'établissement. Ce rapport sera également tenu à la disposition du directeur de l'Agence Régionale de Santé.

Il s'engage par ailleurs à établir des rapports concernant chacune des activités suivantes consacrées à l'évaluation des soins : le rapport du comité de lutte contre les infections nosocomiales et score agrégé, le rapport du CLUD, le rapport du CLAN, le rapport de la COMEDIMS sur la gestion du médicament et sur la pharmacovigilance, le rapport du responsable de matériovigilance, le rapport de la Conférence Médicale d'Établissement, le rapport de la Commission des Usagers et l'avis des représentants.

Des indicateurs supplémentaires seront définis autour des Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins dans les Etablissements de Santé (IQSS), une fois ceux-ci validés par la Haute Autorité en Santé pour les soins psychiatriques à temps partiel.

Les indicateurs CAQES seront également suivis annuellement.

L'ensemble des indicateurs seront présentés dans un tableau de bord des indicateurs internes et externes.

En complémentarité avec les rapports produits ci-dessus, l'établissement procédera à un examen des questionnaires de sortie remis à tous les patients, et notamment le taux de réponse rapporté au nombre de patients suivis par la structure, l'analyse des réponses en vue des améliorations à mettre en œuvre...



### 9.1. Le profil des patients pris en charge

L'hôpital de jour accueille tout patient mineur souffrant d'un trouble psychique ou psychologique, stabilisé du point de vue symptomatique, qui ne relève pas d'une hospitalisation complète mais qui a besoin d'une prise en charge thérapeutique nécessitant une consolidation de l'amélioration acquise en ambulatoire. Sans que cela ne revête un caractère exhaustif, les adressages peuvent être les services des hôpitaux avec lesquels l'IEAJA a conventionné, part des psychiatres libéraux, des médecins généralistes libéraux

La dynamique personnelle et professionnelle sont prises en compte comme cause ou conséquence des troubles psychiques.

L'accumulation et l'intrication des facteurs déterminants en œuvre dans ces situations de souffrance psychique, de phobie scolaire nécessitent une prise en charge globale :

- Des troubles psychiques et des limites fonctionnelles présentées par les patients
- De leurs conséquences sur leur environnement personnel, social, scolaire ou universitaire, ...
- Du possible déficit adaptatif à la fonction d'apprentissage
- Des complications somatiques associées
- Des conduites addictives associées.

Les indications concernent préférentiellement des patients en situation complexe, qui ont besoin de soins soutenus et spécialisés, dispensés par une équipe pluriprofessionnelle.

L'accueil de jour n'admet pas :

- Les patients dont l'état clinique nécessite des soins d'urgence en hospitalisation complète
- Les patients non compliant aux soins, trop délirants ou dissociés
- Les patients qui ne sont pas à même de supporter une psychothérapie groupale.

### 9.2. L'organisation générale de la prise en charge

A la suite de l'entretien de préadmission, le médecin consulte l'avis de l'équipe pluriprofessionnelle.

Chaque patient a un médecin psychiatre référent et un soignant référent. Le médecin référent coconstruit avec le patient, et/ou son représentant légal, le projet de soins personnalisé qui indique les objectifs généraux de la prise en charge, le parcours de soin et recueille son consentement. Le soignant référent est chargé de coordonner les informations relatives au parcours patient avec les autres membres des équipes médico-soignante, et a un lien de proximité avec le patient.

La prise en charge comprend un suivi médical, un suivi individuel et un parcours de soins en groupes thérapeutiques.

Les soins s'inscrivent dans une approche de psychiatrie intégrative et de réhabilitation psychosociale.

Les activités thérapeutiques variées utilisent l'abord psychocorporel, psycho artistique et psychothérapeutique.

Une équipe pluriprofessionnelle avec des compétences thérapeutiques spécifiques et diversifiées se charge de la mise en œuvre des parcours de soins : infirmier(e)s, psychologues cliniciens, psychologues, neuro psychologues, art-thérapeute, enseignant d'activités physiques adaptées.

L'articulation et la coordination du suivi individuel et des parcours indiqués dans le projet de soins personnalisé sont réalisés lors des réunions cliniques pluri- hebdomadaires. Chaque parcours de soin dure 12 semaines. A la fin de chaque parcours, le projet de soins personnalisé est actualisé lors des temps d'évaluation clinique réalisé entre le médecin et le patient.

### **9.3. Les modalités d'admission**

La demande d'admission d'un nouveau patient, obligatoirement complétée par un médecin (médecin traitant, psychiatre, médecin du travail...), est analysée en commission d'admission.

Si l'avis de la commission est favorable, un rendez-vous de préadmission est proposé avec un médecin psychiatre de l'HDJ. Il s'agit d'une consultation externe ; parfois plusieurs consultations peuvent être nécessaires afin d'affiner le projet de prise en charge en HDJ.

Le rendez-vous d'admission se déroule en 3 temps :

- Un temps administratif avec la secrétaire médicale qui rassemble et vérifié les éléments administratifs, et renseigne le dossier du patient,
- Un entretien médical avec le psychiatre référent qui poursuit l'évaluation clinique, fixe avec le patient des objectifs médicaux, informe le patient sur le parcours en présence de son représentant légal. L'évaluation clinique comporte l'évaluation du risque suicidaire, avec l'utilisation d'outils comme l'évaluation « Risque-Urgence-Danger » et de l'éventuelle présence d'addiction avec ou sans produits, avec proposition éventuelle d'un suivi addictologique le cas échéant. Cet entretien médical débouche sur la rédaction d'un courrier de liaison au médecin traitant et d'un contrat de soins comportant des objectifs individualisés « Projet de soins personnalisé ».
- Un entretien infirmier d'accueil où l'infirmier réalise l'entretien d'accueil avec rédaction de la macrocible d'entrée. Il programme les premiers rendez-vous de suivi individuel et l'inscription dans un groupe thérapeutique, puis il fait signer le projet de soins personnalisé, la charte de soins, le règlement intérieur.

Le choix du patient, ou à son représentant légal, est bien entendu respecté. Une information lui est donnée par rapport aux conventions de partenariat établies et notamment pour l'hospitalisation à temps complet avec les services spécialisés en psychiatrie générale du Vinatier et ou du Médipôle pour les situations d'urgences ou les problèmes somatiques.

### **9.4. L'orientation clinique**

L'orientation se fait tout au long de la prise en charge selon l'état clinique du patient :

- A l'admission, le patient peut être réorienté par le psychiatre vers son médecin traitant, vers un service d'urgences somatiques ou psychiatriques,
- En cours de prise en charge, le patient peut être orienté aux urgences somatiques ou psychiatriques d'après les conventions signées par l'établissement.
- A la sortie, le patient peut être orienté vers un suivi psychiatrique complémentaire si nécessaire, et selon le projet du patient vers des aides pour sa réinsertion sociale, scolaire et familiale.

### 9.4.1. La prise en charge

La prise en charge est composée de différents suivis : un suivi médical, un suivi individuel et un parcours de soin en groupe thérapeutique.

Le projet de soin personnalisé, véritable colonne vertébrale du soin, est contractualisé avec le patient et son représentant légal et reprend des informations telles que :

- ✓ Le nom du médecin psychiatre référent
- ✓ Les objectifs de la prise en charge
- ✓ Les étapes du parcours de soin
- ✓ Le type de suivi individuel
- ✓ La durée prévisionnelle de prise en charge

### 9.4.2. Les moyens thérapeutiques proposés à titre d'exemple :

<b>Les thérapeutiques psychologiques et avec médiation</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Thérapies de soutien</li><li>• Thérapies psychodynamiques</li><li>• Thérapies brèves stratégiques</li><li>• Les thérapies cognitives et comportementales</li><li>• Les thérapies familiales</li><li>• Les ateliers à médiations thérapeutiques</li><li>• Les activités physiques adaptées</li><li>• ...</li></ul>	<b>Les activités socio-thérapeutiques</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• La thérapie institutionnelle</li><li>• La réhabilitation psycho-sociale</li><li>• Psychoéducation</li><li>• Groupes d'information</li><li>• Intervention des associations d'usagers</li></ul>
<b>Les thérapies psychocorporelles</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Les activités physiques adaptées</li><li>• Hydrothérapie</li><li>• Relaxation thérapeutique</li><li>• Photothérapie</li><li>• ...</li></ul>	<b>L'éducation thérapeutique</b> Mise en place de programme d'ETP <ul style="list-style-type: none"><li>• Intervention de patients experts</li><li>• ...</li></ul>
<b>La réhabilitation psychosociale</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Habiletés sociales</li><li>• Remédiation cognitive</li><li>• Stimulation cognitive</li><li>• ...</li></ul>	<b>Les traitements médicamenteux</b>

### 9.5. Les modalités de sorties :

#### Les documents établis à la fin du séjour

A la fin de l'hospitalisation du patient, les documents réglementaires sont remis au patient :

- ✓ Bulletin de situation
- ✓ Lettre de liaison (anciennement compte rendu d'hospitalisation)
- ✓ Les prescriptions établies lors de la sortie

Le jour de la sortie les éléments suivants sont remis au patient :

- ✓ Restitution du chèque de caution
- ✓ Restitution des œuvres produites lors des ateliers d'art-thérapie

## X. INFORMATIONS GENERALES

### 10.1. La communication des dossiers médicaux

Le patient peut consulter son dossier médical selon les modalités prévues par la loi Art. L.1111-7 et R.1111-1 CSP et conformément à la loi informatique et libertés (Articles 26, 27, 34 et 40 de la loi du 6 janvier 1978).

La demande est faite par écrit au directeur de l'établissement, mais un formulaire peut être retiré au secrétariat médical afin d'aider le patient à formuler sa demande. Le directeur organise les modalités de consultation du dossier du patient.

La consultation du dossier médical ainsi que l'accompagnement médical proposé sont gratuits.

Avant toute communication, la structure s'assure de l'identité du demandeur et s'informe de la qualité du Praticien désigné. Le Praticien désigné prend connaissance du dossier, à son choix :

- ✓ Soit par consultation sur place
- ✓ Soit par l'envoi par la structure de la reproduction des documents, au frais de la personne qui sollicite la communication, sans que ces frais puissent excéder le coût réel des charges de fonctionnement ainsi créées, sous format papier ou dans une clés USB.

Le Praticien communique les informations médicales au patient ou à son représentant légal dans le respect des règles de déontologie, et aux ayants droit dans le respect des règles du secret médical.

La structure n'est pas tenue de satisfaire les demandes de communication manifestement abusives par leur nombre ou leur caractère systématique.

La communication est assurée par le Médecin qui a constitué le dossier. En l'absence de ce Médecin, elle est assurée par le ou les Médecins désignés à cet effet par le Président de la Conférence Médicale d'Établissement.

Les documents établis à la fin du séjour, ainsi que tous autres jugés nécessaires, sont adressés dans un délai de huit jours au Praticien que le patient ou son représentant légal aura désigné afin d'assurer la continuité des soins.

Dans tous les cas, le responsable de la structure veille à ce que toutes mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical conformément aux règles définies ci-dessus.

Les dossiers médicaux anciens non informatisé sont conservés dans la structure sous la responsabilité des Médecins qui les ont constitués ou de celle des Médecins désignés à cet effet par le Président de la Conférence Médicale d'Établissement.

Les dossiers informatisés font l'objet d'une sauvegarde sécurisée.

Dans tous les cas, le responsable de la structure veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés dans la structure.

## **10.2. Observations générales**

Les dossiers médicaux sont nominatifs et informatisés (Editeur CEGI). Le dossier rassemble les informations concernant le projet de soin du patient, le déroulement des soins ainsi que les différents axes de la prise en charge. Les droits de lecture et d'écriture sont répartis selon les compétences métiers. Chaque professionnel transmet les informations cliniques nécessaires à la prise en charge, après chaque rencontre avec un patient et à la suite de la délivrance d'un soin.

Une procédure dégradée prévoit la traçabilité sur papier en cas de panne informatique et d'internet.