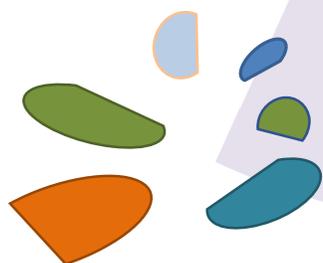


Les PLATANES



Hôpital de Jour Centre Psychothérapique Les Platanes

Projet d'Établissement 2022-2027



Association Saint-Vincent de Paul Lamothe Lescure



Sommaire

Partie I	Processus management	
	A Présentation de l'établissement	6
	1 Historique	8
	2 Valeurs	9
	3 Missions	10
	4 Organigrammes	11
	4.1 Organigramme associatif	11
	4.2 Organigramme de l'hôpital de jour	12
	B Politique managériale	13
	1 Management stratégique et gouvernance	13
	2 Système d'information	15
	2.1 RIM P	16
	2.2 SAE	16
	2.3 Sécurisation du système	17
	3 Politique de communication et de partenariat	17
	3.1 Communication externe	17
	3.2 Communication interne	18
	4 Instances et réunions de l'établissement	18
	4.1 Circuit de décision	18
	4.2 Instances	19
	4.3 Réunions	25
	5 Ressources Humaines	26
	5.1 GEPC	26
	5.2 Qualité de vie au travail	27
	5.3 Politique de formation	27
	5.4 Gestion financière et contrôle de gestion	28
	6 Management de la qualité et gestion des risques	28
	6.1 Architecture de la démarche qualité	28
	6.2 Certification	29
	6.3 Politique EPP et groupes de travail	30
	6.4 Politique qualité et gestion des risques	31
	6.5 Gestion du système qualité	32
Partie II	Processus Prise en charge	
	A Sécurité sanitaire	36
	1 Qualité et prévention des risques	36
	1.1 Pharmacovigilance	36
	1.1.1 Politique liée au médicament	36
	1.1.2 Circuit du médicament	37
	1.1.3 Distribution des médicaments	38
	1.2 Identitovigilance	38
	1.3 Matériovigilance	38
	2 Gestion de crise	39
	3 Dossier du patient	39
	4 Droits des patients	39
	4.1 Promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance	40
	4.2 Prise en charge de la douleur	40

B Les prises en charge	42
1 L'admission	42
1.1 La procédure	43
1.2 Le secteur géographique	43
1.3 Les médecins adresseurs	43
1.4 L'habituatation aux soins	43
2 Les projets médicaux	44
2.1 USGT : Unité de Soins en Groupes thérapeutiques	45
2.2 USS : Unité de Soins Spécialisée	60
2.3 USSAT : Unité de Soins Séquentiel en Ateliers thérapeutiques	82
3 La sortie	92
4.1 Sortie simple	92
4.2 Sortie contre avis médical	93
Partie III Processus support	
1 Politique développement durable	95
1.1 Gestion des énergies	96
1.2 Gestion de l'eau	96
1.3 Gestion de l'air	97
1.4 Gestion des déchets	97
2 Politique hôtelière	98
3 Restauration	99
4 Bionettoyage	100
5 Maintenance	101
5.1 Maintenance en interne	101
5.2 Maintenance en externe	102
Conclusion	104

Annexes

- ➔ Objectifs et Propositions d'amélioration
- ➔ Sigles et abréviations



A partir du bilan du projet d'établissement 2016/2021, l'ensemble de l'équipe de direction, dans une démarche participative a défini les orientations et les actions d'amélioration en matière d'organisation générale, d'accompagnement de l'enfant malade et de sa famille.

Cette démarche s'organise dans un souci permanent d'une évaluation de nos pratiques professionnelles.

Le projet d'établissement s'inscrit dans le Plan Régional de Santé et dans le cadre des orientations stratégiques du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), ainsi que de la certification de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Les orientations de notre Projet d'Etablissement ont été arrêtées par la CME et l'équipe de direction. Elles ont ensuite été travaillées par service, avec l'ensemble des salariés, lors de réunions. L'ensemble des personnels a donc été consulté et a agi en complémentarité pour définir un socle commun à notre projet.

Le Projet d'Etablissement 2022-2027 définit nos orientations stratégiques qui fondent la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Il est un outil qui garantit les droits des patients en rendant lisible notre politique, en précisant nos modes d'organisation et de fonctionnement de l'établissement.

Le Projet d'Etablissement est validé par le Conseil d'Administration puis communiqué dans sa version finale à tous les salariés.

Il est consultable sur le site internet : <http://cplesplatanes.com>

La direction de l'Hôpital de Jour Les Platanes confirme son engagement dans une démarche de management de la qualité et des risques, au regard des ressources allouées.

Partie I

« Processus management »



Raison sociale :

Association Saint-Vincent de Paul Lamothe-Lescure : association loi 1901 à but non lucratif.

Siège social : Domaine de Lamothe Lescure

74 avenue du Taillan Médoc

33320 Eysines

Tél : 05 56 28 07 03

Fax : 05 56 28 25 20

Email : hdj.platanes@assostvincent.org

Numéro SIRET : 392 593 422 00018

L'Association Saint-Vincent de Paul Lamothe Lescure est dirigée par un Conseil d'Administration composé de :

Personnes physiques et de personnes morales : Mairie d'Eysines, pôle de pédopsychiatrie, Centre Hospitalier spécialisé de Charles Perrens.

Président de l'Association Saint-Vincent de Paul : Monsieur Marteau

Présidente de la Conférence Médicale d'Etablissement : Docteur Sudreau-Delorme

Directeur de l'Hôpital de Jour Centre Psychothérapique « les Platanes » : Monsieur Auptel



A - Présentation de l'établissement :

1 - Historique :

L'établissement particulier de la compagnie des Filles de la charité Saint-Vincent de Paul reçoit en donation le domaine de Lamothe Lescure le 14 août 1945. Cette donation est faite par Madame Berthe Marguerite Montré, sous condition expresse que la propriété donnée soit affectée aux œuvres de bienfaisance dirigées par les filles de la charité de Saint-Vincent de Paul et notamment pour un centre ménager et rural pour jeunes filles qui ouvre en 1950. Les activités rurales ménagères se développent jusqu'en 1963.

Compte tenu de l'état de santé mentale et sociale des jeunes filles fréquentant cette école, les « Filles de la charité » déposent une demande d'agrément pour un Institut Médico-Pédagogique de 90 places en internat, qu'elles obtiennent le 3 octobre 1963.

Les Filles de la charité développent des relations avec quelques médecins psychiatres et plus particulièrement avec le Pr Geissmann dont l'épouse deviendra officiellement médecin psychiatre de l'IMP Lamothe Lescure.

Ce travail de collaboration amènera en 1973, par proposition du Professeur Geissmann, à la création d'un hôpital psychiatrique de jour de 30 places, par reconversion de 30 places de l'IMP, pour soigner des enfants psychotiques (structure dont le besoin se fait sentir sur le secteur infanto-juvénile dont il est médecin chef).

Le développement du travail auprès des enfants psychotiques et en relation avec le secteur de psychiatrie infanto-juvénile permet la mise en place de conventions entre le Centre Hospitalier Spécialisé Charles Perrens et la compagnie des Filles de la charité participant au travail du secteur public hospitalier.

En 1985 les Filles de la charité décident de se retirer de leur établissement particulier d'Eysines et organisent pour cette succession la mise en place d'une association loi 1901. Adoptés par l'Assemblée Générale Constitutive du 9 juillet 1986 et publiés au Journal Officiel le 21 Août 1986, les statuts de l'Association « Saint Vincent de Paul- Lamothe Lescure » précisent que l'association reçoit pour mission :

- De prendre la suite de façon définitive de la compagnie des filles de la charité de Saint-Vincent de Paul en devenant propriétaire par dévolution des biens à titre gratuit et gestionnaire du domaine Lamothe Lescure, 74, avenue du Taillan Médoc.
- De poursuivre les actions à caractère sanitaire et médico-sociales entreprises ainsi que d'envisager toute innovation répondant à des besoins dans ce domaine.

L'Association a ensuite renouvelé avec le Centre Hospitalier Charles Perrens les conventions établies qui placent les établissements privés à but non lucratifs dans le dispositif du secteur public infanto juvénile I 01.

L'Hôpital de Jour Les Platanes poursuit sa mission jusqu'en 2005, date à laquelle le Conseil d'Administration décide de la modification du poste de médecin directeur de l'établissement, en 3 postes de médecins responsables d'unités et confie la direction de l'établissement au directeur des établissements de l'Association Saint-Vincent de Paul Lamothe Lescure.

Jusqu'en septembre 2015, l'établissement est dans cette configuration organisationnelle. Depuis octobre 2015, les directions des 2 établissements de l'Association ont été séparées. Les directeurs adjoints devenant, directeur de chaque structure.

Le comité éthique a revu le fondement de nos valeurs associatives et d'établissement en 2022 afin d'appuyer notre projet d'établissement sur un socle commun dans lequel il peut s'inscrire.

Actuellement, les unités sont au nombre de 3 et se nomment :

- L'USSAT : Unité de Soins Séquentiel en Ateliers Thérapeutiques
- L'USS : Unité de Soins Spécialisée
- L'USGT : Unité de Soins en Groupes Thérapeutiques

2 - Valeurs :

L'établissement s'appuie sur des concepts de soins et de la santé ainsi que sur des valeurs communes partagées et reconnues par tous :

- L'attention et le respect de l'autre, le respect de la singularité,
- L'intégrité,
- La compétence,
- Le sens des responsabilités,

- La solidarité,
- La sécurité,
- La non lucrativité.

En ce qui concerne la famille de l'enfant malade, nous mettons en œuvre une vraie démarche concernant l'information sur tous les éléments du soin. Notre priorité est la recherche d'une alliance thérapeutique concrétisée par un projet de soin individualisé (dénommé Projet Personnalisé d'Intervention : PPI).

Pour notre établissement, la prévention et la gestion des risques liées aux soins, la Qualité de Vie au Travail et le développement durable sont 3 éléments complémentaires avec les mêmes enjeux, à savoir :

- Qu'ils ne peuvent se penser qu'à long terme dans un principe de solidarité et d'intégration de l'environnement, de la culture et de la société.
- Qu'ils ne peuvent se mettre en place qu'avec un travail de lien et un réseau défini dans un principe de participation,
- Qu'ils ne peuvent se penser que d'une façon structurée, dans une logique de principe de précaution et d'évaluation.

3 - Missions :

Mission fixée par l'Association pour l'établissement :

Soin des enfants présentant des troubles graves de la communication et du développement : trouble du spectre de l'autisme, troubles graves du développement du langage, troubles de l'attachement, troubles des émotions et des conduites, troubles dépressifs et anxieux de l'enfance, retard de développement.

L'établissement s'inscrit dans une politique de soins avec un travail de réseau en développant ses liens de partenariat avec les secteurs social, médico-social et sanitaire.

Nous avons une volonté permanente que le contexte professionnel soit protecteur, avec une attention particulière dans la prise en compte de chaque patient et de chaque salarié. En effet, protéger l'environnement professionnel passe par une protection des acteurs et de leurs intérêts. Chaque salarié et chaque patient sont invités à exprimer lors de réunions et/ou de questionnaires leurs avis

et leurs demandes. Tout projet de soin se réalise dans une logique de collaboration, de coopération et de coordination avec la participation de l'ensemble des salariés, du patient et de sa famille.

Autorisation de l'activité de soins de psychiatrie :

Agrément du secteur sanitaire, par arrêté préfectoral d'octobre 1974 pour l'accueil de 35 enfants, âgés de 4 à 12 ans.

Notre autorisation d'activité passe en 2000 à un accueil de 35 enfants âgés de 0 à 8 ans.

Cette autorisation d'activité infanto-juvénile, pour 35 places dans le cadre de l'hospitalisation de jour à temps partiel est reconduite (cf. ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021).

Organisme de contrôle : ARS (Agence Régionale de Santé).

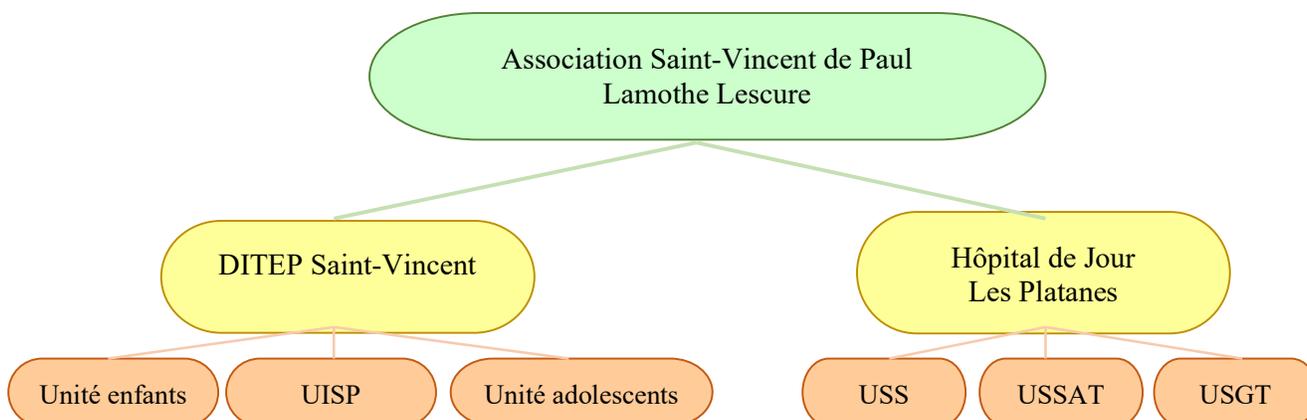
4 - Organigrammes :

4.1 : Organigramme associatif :

L'Association Saint-Vincent de Paul Lamothe Lescure est essentiellement composée de 2 établissements :

- L'Hôpital de Jour Centre Psychothérapique Les Platanes
- Le DITEP Saint-Vincent

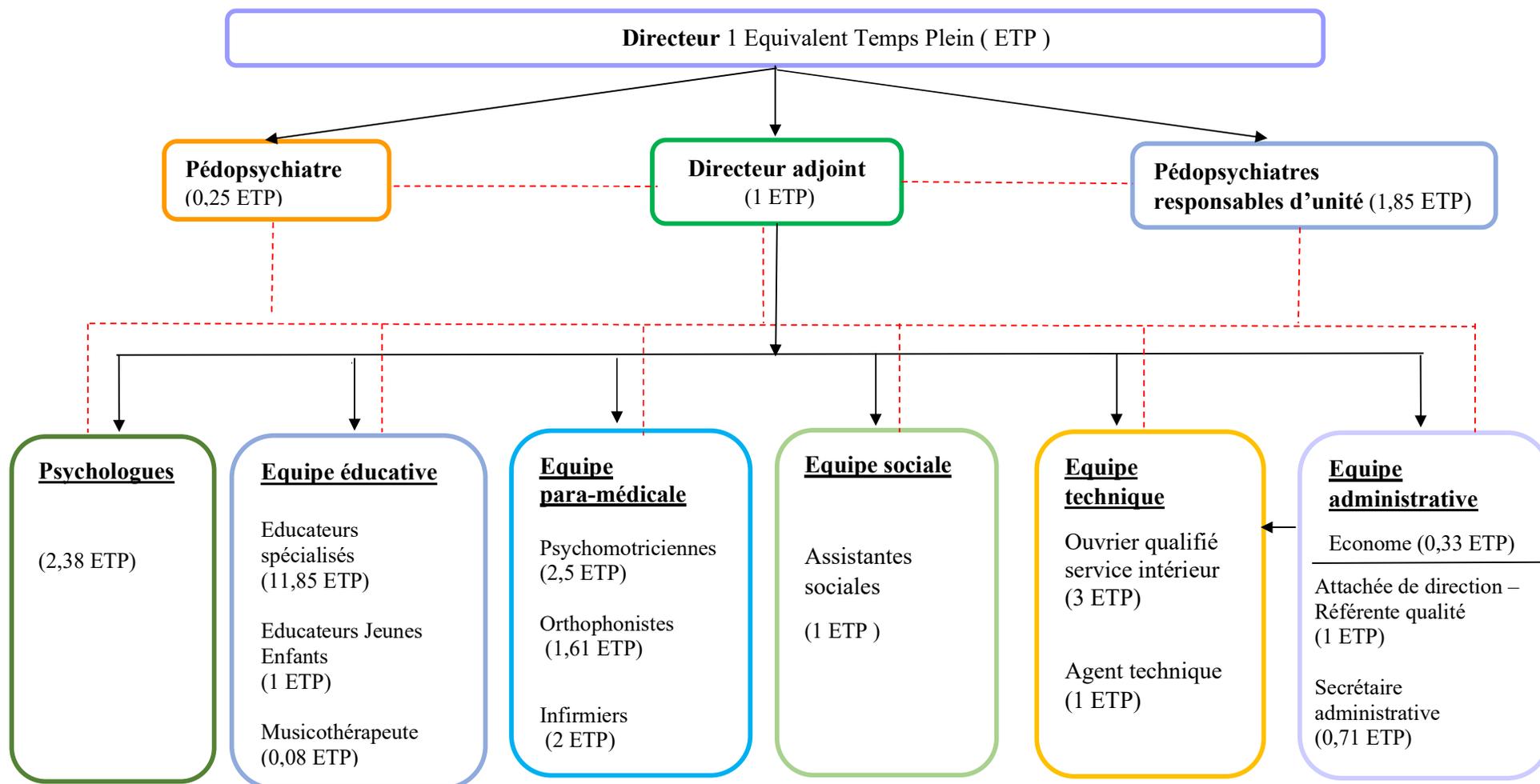
Ces 2 établissements s'inscrivent dans une logique associative en favorisant les échanges entre professionnels. Les formations peuvent être associatives. La mobilité entre les 2 établissements est favorisée. Certains salariés interviennent sur les 2 structures de l'Association.



4.2 : Organigramme de l'Hôpital de Jour

Liens hiérarchiques →

Liens fonctionnels - - - - - →



B - Politique managériale :

Le pilotage de l'établissement consiste à mettre en œuvre au quotidien des choix stratégiques retenus pour l'organisation, et à produire, gérer, faire évoluer en conséquence le soin des enfants accueillis.

Ce pilotage englobe donc de multiples aspects avec un système d'information défini et une communication permanente.

1 - Management stratégique et gouvernance :

- Les processus : cf. la cartographie des processus p.14



Management stratégique et gouvernance

Management de la qualité et des risques

Gestion du risque infectieux

Qualité de Vie au Travail

Identification – Douleur – Dossier Patient



Admission

Parcours du patient

Sortie



Processus logistiques (restauration, blanchisserie, sécurité, achats, déchets...)

Droits du patient – Education Thérapeutique – Prise en charge médicamenteuse

Gestion des ressources humaines

Gestion du système d'information

Gestion des ressources financières

Cartographie des processus

2 - Système d'information :

Gestion financière Logiciel EIG Budget prévisionnel (GRH – factu – compte administratif)	Gestion hôtelière Réunion services généraux Liens entre économiste et cuisine centrale (ALIUM)	Gestion du matériel Logiciel EIG (achats – PPI)	Diagnostic : Examen clinique Bilans Evaluations Dossier du patient Réunions	Projets médicaux des unités Projet d'établissement	Thérapeutique Soins infirmiers Traitements OMEDIT Statistiques infirmiers Programme ETP CAQES Dossier Patient
Gestion de la file active Tableaux de bord (flux et effectifs)	Gestion des ressources	Gestion des RV Agendas électronique (Directeur)	Surveillance Matéριοvigilance Pharmacovigilance Réunions	Action médicale	Formation Accueil stagiaires Accueil salarié
Gestion du personnel Logiciel EIG Dossier du salarié Livret du salarié	Formation : web – Bibliothèque Procédure accueil nouveau salarié	Approvisionnements Tableaux excel		Projet Médical de l'Association	
Evaluation de l'activité Logiciel EIG Tableau de bord (flux)	Evaluation et planification	Evaluation des soins Questionnaires satisfaction RV famille Réunions	Dossier du patient Dossier informatique Ki-Lab : Globule Guide d'utilisation Processus de PC	Gestion du dossier patient	Archivage Procédure
Gestion de l'information Tableaux de bord Réunions Procédures (ordinateurs – téléphonie) Site Web Messagerie sécurisée	Gestion de l'information	Environnement du SIH RIMP (ATIH) Logiciel EIG SAE	Identification Identitovigilance IPP à l'entrée INPS	Gestion administrative Gestion des RV	Gestion des demandes (admission – RV) Réunion (CAO) Tableau de bord Agendas papier et électronique
			Admission, sortie Tableau de bord - Réunion Procédures - Processus		Facturation Logiciel EIG - procédure Procédure

L'établissement a réalisé une cartographie du SI en 2013, qui a été revue en 2015, en 2019 suite à la certification et en 2021 (cf. cartographie).

Notre système d'information permet de collecter, stocker et diffuser toute information.

Les systèmes d'information constituent un élément incontournable de la stratégie de notre établissement car ils conditionnent la mise en œuvre de nos projets des différentes unités de soin, tant dans le domaine médical pour assurer la qualité et la continuité des soins, que dans celui de l'organisation générale de l'Hôpital de Jour pour l'efficacité de leur fonction de gestion ainsi que dans la gestion du dossier patient.

Notre système d'information est conforme au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et respecte les droits à l'information, d'accès, d'opposition, de certification, d'oubli, de portabilité à toute personne (patients, famille, salariés, partenaires).

2.1 : Le Relevé d'Informations Médicales en Psychiatrie (RIM P) :

L'établissement a participé à l'expérimentation du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), à compter du 1^{er} janvier 2002.

Depuis le 1^{er} janvier 2007, ce recueil est obligatoire pour tous les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie.

L'Hôpital de Jour transmet régulièrement à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) les informations portant sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), les diagnostics et les actes réalisés. Dans le cadre de notre RGPD, nous vérifions que ces informations sont bien sécurisées.

2.2 : La Statistique Annuelle des Etablissements (SAE) :

La SAE recueille pour chaque établissement de santé des données sur ses structures, ses capacités, son personnel, son activité. Les données administratives, telles que transmises par tous les établissements de santé, sont rassemblées dans une base nationale accessible sur le site de diffusion de la SAE : <http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr>

L'Hôpital de Jour satisfait annuellement à cette enquête.

2.3 : Sécurisation du système :

Nous externalisons nos indicateurs de ressources : RIM-P, EIG (logiciel de comptabilité, dossier salarié, GRH) et la SAE.

Accessibilité et adéquation des informations :

- des sessions informatiques sur un serveur interne et externe de gestion sont existantes et sécurisées.
- tableaux de bord pour gérer les indicateurs d'activité de ressources et de qualité (gestion des flux : demandes, admissions, prises en charges, répartition par unité de soin, prévisions de sorties et d'orientations, liste des partenaires. Gestion des absences de personnel (maladie, congés, enfants malades, exceptionnel, sans solde) par catégorie professionnelle, suivi du turn-over).
- site internet de l'association.
- archivage et sauvegarde des données : l'archivage des données du RIM-P et EIG sont stockés sur des disques durs externes.
- équipement et renouvellement des équipements : une planification du renouvellement du parc informatique est prévue dans le cadre du PPI.
- maintenance des équipements et des applications : la maintenance est assurée par un prestataire extérieur.

Sécurisation de toutes les données informatisées : l'établissement fait appel à un prestataire extérieur : Smallcom.

3 - La politique de communication et de partenariat :

3.1 : Politique de communication externe :

La communication externe consiste à promouvoir l'Hôpital de Jour : son savoir-faire, sa qualité de service.

Pour se faire, l'Hôpital de Jour a mis en place :

- le développement avec le secteur sanitaire public et privé
- les conventions
- la diffusion de plaquettes informatives,

- la création d'une réunion partenaires trimestrielle avec les CSMI, l'UAJE et l'hôpital de jour de Caychac, et une réunion annuelle avec les établissements médico-sociaux du secteur,
- la participation aux réunions d'école, équipes éducatives,
- la participation aux réunions de l'ARS, de la HAS, de la MDPH, du CLS, du PRS...
- la visite d'établissements médico-sociaux et des échanges autour des projets d'établissements.
- liens avec les services sociaux.

Cette communication externe doit aussi servir à accompagner en interne les réformes du système de santé. Cette communication doit se réaliser au sein d'un territoire en tenant compte de la réorganisation de l'offre de soins.

3.2 : La Politique de communication interne

La communication interne répond aux besoins d'information de chaque membre du personnel. Pour se faire, l'Hôpital de Jour a développé différentes actions dont :

- la structuration de l'affichage
- les réunions
- le journal interne de Globule (Dossier Patient Informatisé)

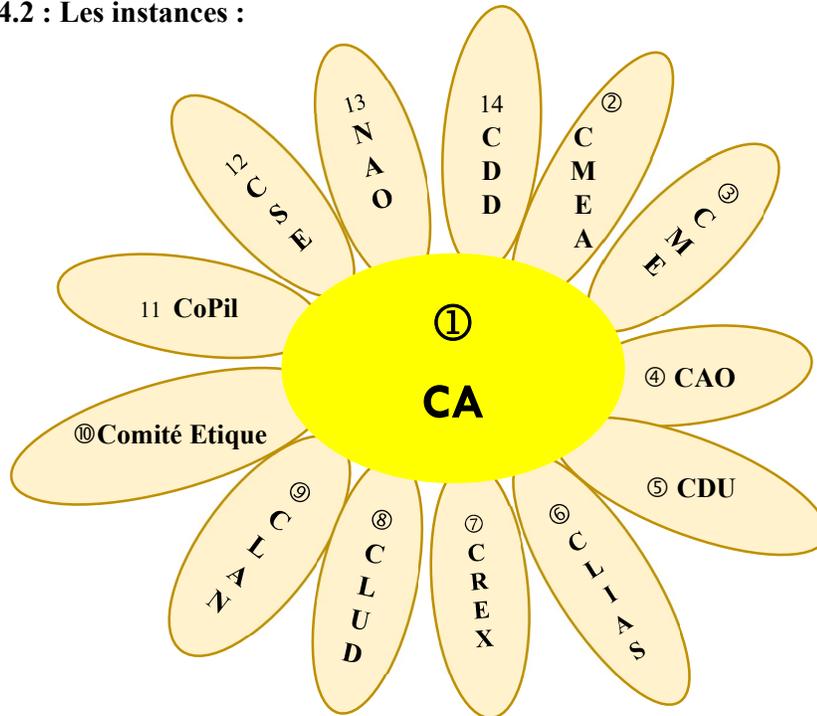
4 - Instances et réunions de l'établissement :

4.1 : Le circuit de décision :

Le Conseil d'Administration, par le biais de l'Assemblée Générale est la seule instance décisionnaire existante au sein de l'Hôpital de Jour. Toutes les autres instances sont consultatives. Le CA confie ses compétences en matière de responsabilité au Directeur en référence au Document Unique de Délégations (DUD). Si ce dernier est présent dans une instance il peut valider directement des décisions sans attendre la réunion du prochain CA ou de l'Assemblée Générale de l'Association.

En dernier lieu, si certaines décisions s'avéraient incohérentes lors de ses présentations par le Directeur, le CA pourra invalider une décision dans l'intérêt des usagers et des salariés.

4.2 : Les instances :



Conseil d'Administration (CA) : ①

➤ *Mission* : Le Conseil d'Administration a comme mission de définir la stratégie de l'Association ainsi que de valider les grandes lignes de son application. Le champ de ses compétences s'étend bien au-delà de cette mission. Le CA demeure une instance collégiale qui s'impose l'obligation d'agir collectivement en toutes circonstances dans l'intérêt de l'Association, des salariés et des usagers.

Le CA a quatre rôles principaux d'orientation, de conseil et de contrôle de la gestion de l'Association. Quatre tâches qui vont l'amener à :

- S'assurer de la mise en œuvre des projets d'établissements en cohérence avec le projet associatif et en lien direct avec les Directeurs et la CME Associative.
- Garantir la fiabilité des comptes et de toute l'information financière,
- Nommer les dirigeants exécutifs, évaluer leur travail et fixer leur rémunération,
- Préparer la transmission des pouvoirs lorsqu'il y a un changement de direction.

➤ *Responsable* : Président du CA

Conférence Médicale des Etablissements Associative (CMEA) : ②

Mission : La CMEA est une instance consultative de l'Association. Elle a pour mission de définir la stratégie médicale et la politique de formation médicale continue et d'évaluation. Elle a un rôle stratégique et veille à l'indépendance professionnelle des praticiens et à participer à l'évaluation

des soins afin d'en améliorer la qualité. Elle doit donner son avis sur la politique médicale de l'Association.

➤ *Responsables* : Directeurs des établissements et Présidente de la CMEA

Conférence Médicale d'Établissement de l'Hôpital de Jour (CME) : ③

➤ *Mission* : La CME est une instance consultative de l'Hôpital de Jour. Elle a pour mission de définir la stratégie médicale et la politique de formation médicale continue et d'évaluation. Elle a un rôle stratégique et veille à l'indépendance professionnelle des praticiens et à participer à l'évaluation des soins afin d'en améliorer la qualité. Elle doit donner son avis sur la politique médicale de l'établissement et sur l'élaboration des prévisions annuelles d'activité. Elle valide avec le directeur le projet médical des unités de soin, qui définit pour une durée maximale de cinq ans ses objectifs médicaux.

➤ *Responsables* : Directeur de l'établissement et Présidente de la CME

Commission d'Admission et d'Orientation (CAO) : ④

➤ *Mission* : Etudier les dossiers médicaux de demandes d'admission composés d'un bilan/évaluation et d'une lettre d'un médecin adresseur en vue d'une admission dans une des unités de l'Hôpital de Jour. Elle structure les projets de sorties des enfants de l'Hôpital de Jour qui sont en fin de prise en charge. C'est une instance autonome même si elle tient compte des liens privilégiés avec nos partenaires du pôle pédopsychiatrique.

➤ *Responsables* : Directeur de l'établissement

Commission Des Usagers (CDU) : ⑤

➤ *Mission* : Veiller au respect des droits des usagers, de faciliter leurs démarches et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des enfants et de leurs proches et de la prise en charge, en associant les représentants des usagers. Elle est un lieu de dialogue et d'échange, au sein de l'établissement.

▪ L'Hôpital de Jour est tenu d'informer la CDU des mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité des soins, des plaintes, des réclamations déposées, mais également des demandes de communications de dossiers et des appréciations portées sur les questionnaires de sortie.

▪ Chaque année elle rédige un rapport qui est présenté et validé en Conseil d'Administration. Ce rapport et ses conclusions sont transmis à l'ARS, pour qui ils sont un élément de leur vision des politiques de qualité menée par les établissements de santé.

➤ *Responsable* : Directeur de l'établissement

Comité de Lutte contre les Infections Associées aux Soins (CLIAS) : ⑥

➤ *Mission* : Instance pluridisciplinaire consultative, qui a pour mission d'élaborer la politique de lutte contre les infections nosocomiales de l'établissement. Une infection nosocomiale désigne une infection contractée au cours d'une hospitalisation, infection qui n'existait pas auparavant ni, d'ailleurs, durant les 48 premières heures à l'hôpital. A ce titre, le CLIAS dans notre établissement est chargé de :

- Promouvoir les actions de formation pour réduire les risques infectieux,
- Organiser et coordonner une surveillance continue des infections au sens large,
- Dresser un rapport d'activité et un programme d'actions de prévention,
- Fournir les données de la surveillance.
- Promouvoir le politique environnemental : avec la gestion de l'eau, de l'air, du linge et des déchets. Cet axe a été validé par le CA et l'ARS. Il a aussi été défini comme une plus-value lors des certifications.

➤ *Responsable* : Directeur de l'établissement

Comité de Retour d'EXpérience (CREX) : ⑦

➤ *Mission* : Démarche organisée et systématique de recueil et d'analyse méthodique des évènements indésirables associés aux soins pour le patient, et des évènements précurseurs (qui peuvent conduire à des incidents) survenus dans le cadre de la prise en charge des patients de l'Hôpital de Jour et veille à mettre en place des actions d'amélioration.

➤ *Responsable* : Directeur de l'établissement

Comité de LUTte contre la Douleur (CLUD) : ⑧

➤ *Mission* : Réfléchir et proposer de travailler en collaboration effective et permanente avec la direction de l'établissement et la CME ainsi qu'avec l'ensemble des services (soins, administratifs et techniques).

- Proposer pour améliorer la prise en charge de la douleur, les orientations les mieux adaptées aux enfants et qui doivent figurer dans le projet médical d'établissement.
- Coordonner au niveau de l'ensemble des services de l'établissement toute action visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur, quels qu'en soient le type, aigu ou chronique, d'origine maligne ou non et le contexte.
- S'assurer de la qualité de l'évaluation de la douleur en organisant l'acquisition et la généralisation de l'utilisation des instruments de mesure de l'intensité de la douleur ; la formation des personnels à leur utilisation et la mention des résultats de l'évaluation dans les dossiers de soins.

- Aider au développement de la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux de l'établissement,
 - Susciter au développement de plans d'amélioration de la qualité pour l'évaluation et le traitement de la douleur,
 - Participer à l'information des patients en diffusant les modalités de prise en charge de la douleur dans l'établissement, en favorisant l'utilisation des enquêtes sur la satisfaction des patients.
- *Responsables* : Directeur de l'établissement et Présidente de la CME

Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN) : ⑨

Mission : le CLAN, par l'expertise de ses membres en alimentation, restauration et nutrition, constitue un comité consultatif d'appui auprès de la Commission Médicale d'Établissement (CME) et du directeur d'établissement. Il propose des actions pour améliorer la prise en charge nutritionnelle des enfants et la qualité de l'ensemble de la prestation alimentation-nutrition.

- *Responsable* : Directeur de l'établissement

Comité éthique : ⑩

➤ *Mission* : il a pour rôle de permettre une réflexion pluridisciplinaire argumentée sur les problèmes d'ordre éthique qui peuvent se poser au sein de l'établissement à propos des pratiques et des soins.

- Il ne se substitue pas à l'analyse personnelle des acteurs ou encore au cadrage réglementaire des activités mais plutôt et surtout pour ouvrir un espace de réflexion et de concertation.

- *Responsable* : directeur de l'établissement

COmité de PILotage (Copil) : ⑪

➤ *Mission* : Veiller à la bonne mise en œuvre de la démarche qualité de l'établissement. Il coordonne la préparation des traceurs qualité et de l'évaluation interne, il fait respecter les échéances et la validation méthodique des résultats. Il entretient la dynamique de la démarche qualité jusqu'au stade de la mise en place des actions d'amélioration. Sa mission première est donc de mettre en œuvre et/ou de proposer une organisation pour tout ce qui concerne la démarche qualité.

- *Responsable* : Directeur de l'établissement

Les instances représentatives du personnel :

Comité Social et Economique (CSE) : ⑫

➤ *Mission* : Présentation à l'employeur des réclamations individuelles ou collectives relatives aux points suivants : salaires, application du code du travail et des autres dispositions légales concernant notamment la protection sociale et conventions et accords applicables dans l'entreprise.

Ainsi le CSE :

- Contribue à promouvoir la santé, la sécurité et les conditions de travail dans l'établissement.
- Assure l'expression collective des salariés. Les intérêts des salariés sont pris en compte dans les décisions sur les points suivants : gestion, évolution économique et financière de l'Association, organisation du travail, formation professionnelle et techniques de travail.
- Est informé et consulté sur les questions intéressant l'organisation, la gestion et la marche générale de l'établissement, notamment sur les points suivants : mesures de nature à affecter le volume ou la structure des effectifs, modification de l'organisation économique ou juridique, conditions d'emploi, de travail, notamment la durée du travail, et la formation professionnelle, introduction de nouvelles technologies, tout aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et les mesures prises en vue de faciliter la mise ou le maintien au travail des malades, des accidentés, des invalides et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail.

Le CSE est informé et consulté sur les conséquences sur l'environnement de ces mesures.

- Formule, à son initiative, et examine, à la demande de l'employeur, toute proposition de nature à améliorer les conditions de travail, d'emploi et de formation professionnelle des salariés, les conditions de vie dans l'établissement et les conditions dans lesquelles ils bénéficient de garanties collectives complémentaires.

Le CSE bénéficie d'un droit d'alerte lui permettant de demander à l'employeur des précisions lorsqu'il semble y avoir atteinte aux droits des personnes (harcèlement moral par exemple), à leur santé physique et mentale ou aux libertés individuelles (liberté d'expression, d'opinion par exemple) dans l'établissement, un danger grave et imminent en matière de santé publique et d'environnement, une connaissance de faits de nature à affecter de manière préoccupante la situation économique de l'établissement ou des faits pouvant caractériser un recours abusif aux contrats de travail à durée déterminée (CDD).

L'employeur préside le CSE.

Négociation Annuelle Obligatoire (NAO) : ⑬

Sont concernées par la Négociation Annuelle Obligatoire (NAO) les entreprises comprenant une ou plusieurs sections syndicales. Elle ne dépend donc pas obligatoirement d'une condition d'effectif.

Les Directeurs des deux établissements de l'Association rencontrent au minimum 2 fois par an les délégués syndicaux. Ils définissent ensemble les accords d'entreprise qui portent sur les sujets suivants :

- Les salaires effectifs (salaires bruts par catégorie professionnelle, y compris primes, avantages en nature et éléments résultants d'un usage) ;
- La durée effective et l'organisation du temps de travail ; notamment la mise en place du travail à temps partiel à la demande des salariés ;
- L'égalité professionnelle (suppression des écarts de rémunération entre les hommes et les femmes, conditions d'accès à l'emploi et à la formation professionnelle, etc.) ;
- L'évolution de l'emploi dans l'entreprise (prévisions d'emploi, nombre de CDD et de missions d'intérim, etc.) ;
- L'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées (conditions d'accès à l'emploi et à la formation professionnelle, sensibilisation de l'ensemble du personnel, etc.) ;
- La prévoyance maladie dans les entreprises non couvertes par un accord d'entreprise sur ce thème ;
- L'épargne salariale (intéressement, participation, plan d'épargne pour la retraite collective, etc.).

La négociation annuelle peut aussi porter sur la formation ou la réduction du temps de travail.

➤ *Responsable* : Directeurs des établissements

La Commission Développement Durable (CDD) : ⑭

Commission qui centralise et propose toutes les actions en lien avec notre engagement éco-responsable. Cette commission est saisie si des événements indésirables concernent la question environnementale ou si des projets appellent à s'interroger sur le développement durable. 3 référents sont nommés pour un cycle de 3 ans.

➤ *Responsable* : Directeur de l'établissement

4.3 : Les réunions :

Réunion institutionnelle	Réunion de direction	Réunion d'unités
Réunion partenaires	Réunion groupes de travail et/ou Evaluation des Pratiques Professionnelles	
Réunion médicale	Réunion « suivi de famille »	Réunion des services généraux

Réunion de Direction :

- *Mission* : Définir les projets de l'établissement en affinant l'offre de services et les projets de chaque unité en tenant compte de la politique managériale, des PPI des enfants. Cette mission tient compte des données économiques et des demandes des organismes de contrôles. Evaluer les logiques organisationnelles de l'établissement et proposer des actions d'améliorations structurelles si nécessaire. La réunion de direction s'appuie sur la CME.
- *Responsable* : Directeur de l'établissement.

Réunion Institutionnelle (RI) :

- *Mission* : Réunion interdisciplinaire qui regroupe tous les services de l'Hôpital de Jour. Elle a pour mission de diffuser les informations de l'organisation institutionnelle et de permettre aux équipes d'élaborer les projets médicaux,. Elle doit susciter les échanges entre professionnels afin de créer une cohérence institutionnelle dans le cadre de décisions d'unité de soin.
- *Responsable* : Directeur de l'établissement

Réunion d'Equipe des Services Généraux : RESG

- *Mission* : Réunion associative de liaison interdisciplinaire qui a pour mission de coordonner et organiser toutes les missions, tâches et actions des personnels des services généraux dans l'association en tenant compte des enfants accueillis.
- *Responsable* : Directeurs des établissements & Econome

Réunion d'Unités :

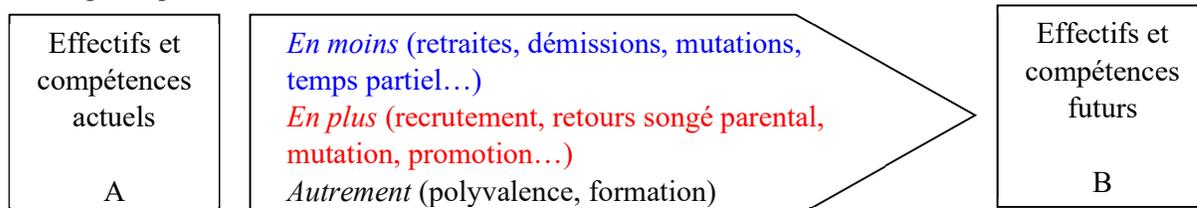
- *Mission* : Réunion pluridisciplinaire ayant pour objectif de définir le cadre thérapeutique de l'unité de soin et le sens des interventions de chacun, les axes de travail individualisé. Réunion d'élaboration du PPI à partir de la problématique de l'enfant, en tenant compte des attentes des parents. Animée par le directeur adjoint et le médecin responsable. Elle rassemble l'ensemble des personnels soignants.
- *Responsables* : Médecin pédopsychiatre & Directeur Adjoint

5 - Ressources humaines :

Pour bien communiquer, il est primordial d'anticiper une bonne adéquation entre le fonctionnement, l'organisation et son besoin en personnel. Pour cela, il est important pour l'établissement d'avoir une bonne gestion de ces Ressources Humaines.

5.1 : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) :

Le principe



Dans les 3 à 5 ans à venir

Les enjeux

<i>Pour la direction de l'établissement</i>	Anticipation des besoins, implications des salariés, réactivité et compétitivité accrue
<i>Pour l'encadrement</i>	Renforcement du rôle managérial, implication des salariés, confortation renforcée
<i>Pour les salariés</i>	Employabilité, reconnaissance des compétences, évolution professionnelle
<i>Pour les responsables du personnel</i>	Concertation sociale, légitimité, développement social

Les actions :

- Accord collectif relatif au contrat de génération signé en 2014.
- Anticipation sur les départs à la retraite et réflexion sur l'évolution des postes et de leur mission annuellement.
- Accord collectif relatif à l'égalité homme - femme en 2014.
- Mise en place des entretiens professionnels tous les deux ans.
- Négociation Annuelle Obligatoire.
- Liens développés avec cap emploi et le pôle emploi.
- Favorisation de la mobilité interne.

5.2 : Qualité de Vie au Travail (QVT) :

La QVT est un élément important dans la gestion des conflits, les relations sociales entre collègues. Issu initialement du CHSCT, nous avons mis en place un questionnaire satisfaction du salarié revu annuellement. Possibilité d'une intervention du médecin du travail, en lien avec le CSE.

- Aménagement des emplois du temps pour les femmes enceintes.
- Réaménagement des locaux avec prise en compte des souhaits des salariés (choix des peintures, du mobilier, personnalisation de l'aménagement).
- Création d'un espace « détente ».
- Existence d'une bibliothèque à la disposition des salariés et des stagiaires.

5.3 : Politique de formation :

La politique de formation est sous la responsabilité du Directeur.

Dans un souci permanent d'adapter au poste de travail ou dans une amélioration continue des compétences et qualification, la formation professionnelle reste centrale pour notre établissement.

Nous prenons en compte les demandes individuelles des salariés en lien avec les nécessités de formations collectives et la politique de formation de l'établissement.

Dans le cadre de l'élaboration des fiches de fonction, il est spécifié l'importance d'accueillir des stagiaires et/ou des apprentis afin d'être dans une dynamique permanente de formation, de dispense de savoir-être et savoir-faire.

Politique de responsabilisation d'un représentant du CSE dans la centralisation des demandes de formation individuelles et collectives.

Dans le cadre d'amélioration des pratiques professionnelles, un choix de formations collectives d'unités, d'établissement, ou associatives peut être fait.

5.4 : Gestion financière et contrôle de gestion :

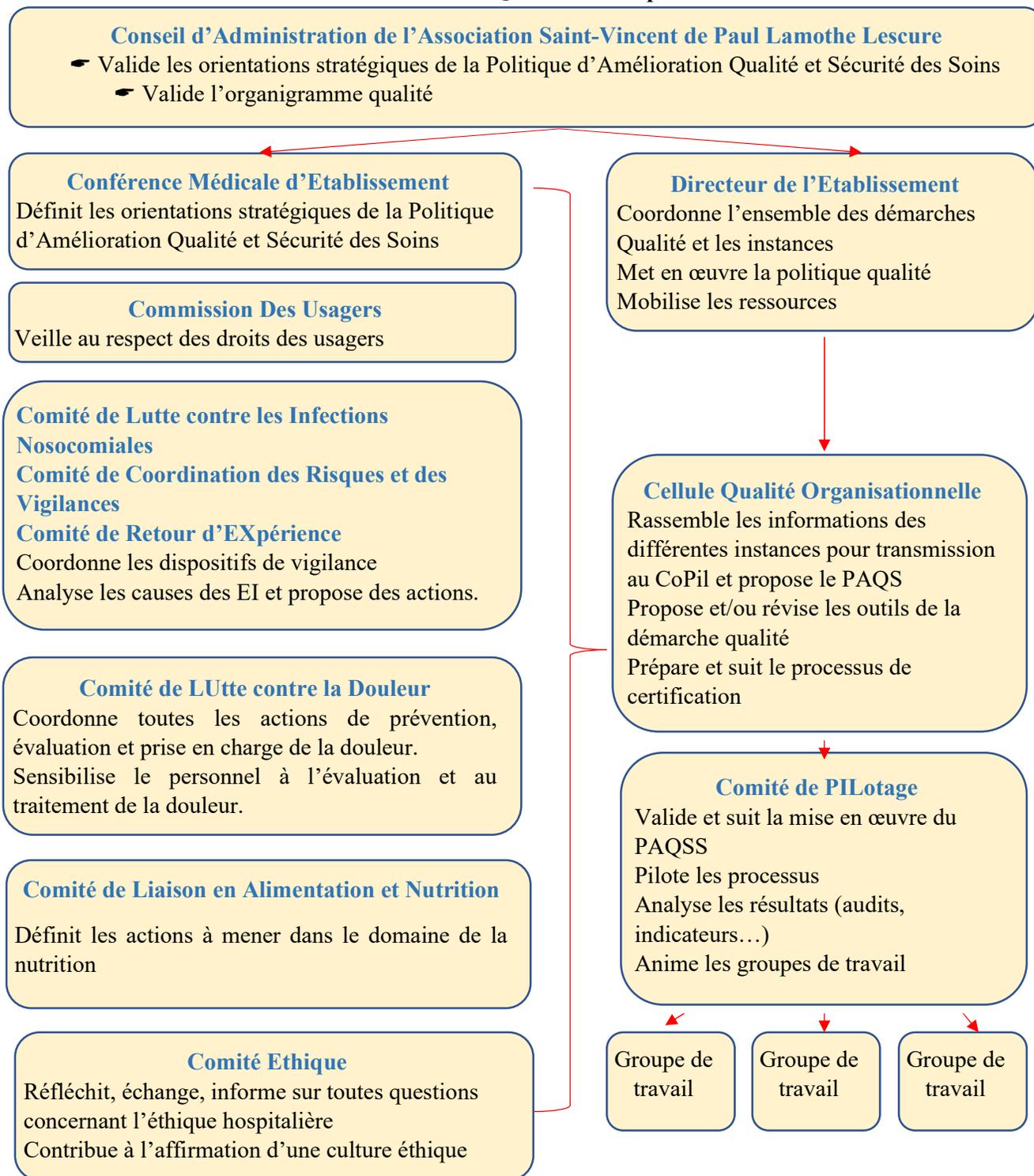
La gestion financière est mise en œuvre suivant l'organisation qui suit, à savoir :

le Directeur par délégation et sous contrôle du Conseil d'Administration, est responsable de la définition et de la conduite du Projet d'Etablissement, de la gestion et l'animation des ressources humaines, de la gestion technique et logistique de l'établissement. Dans le cadre de sa responsabilité en termes de gestion budgétaire et administrative, il présente chaque année en

Conseil d'Administration le Budget Prévisionnel de l'établissement, les comptes administratifs ainsi que les rapports de gestion et d'activité.

6 - Management de la qualité et gestion des risques :

6.1 : Architecture de la Démarche Qualité de l'Hôpital de Jour :



(La certification des établissements de santé est une procédure d'évaluation externe, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, effectuée par des professionnels de santé, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques).

La prochaine certification de l'établissement est prévue pour **septembre 2025**.

Les 4 enjeux principaux de la certification V2020 :

- Le développement de l'engagement des patients
- Le développement de la culture de l'évaluation de la pertinence et du résultat
- Le développement du travail en équipe, moteur d'amélioration des pratiques
- L'adaptation aux évolutions du système de santé

Les 15 objectifs de la certification V2020 : (cf. site HAS)

Pour le patient

1. Le patient est informé et son implication est recherchée
2. Le patient est respecté
3. Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient
4. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge

Pour les équipes de soins

5. La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe
6. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge
7. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques
8. Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle

Pour l'établissement

9. L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire
10. L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement
11. La gouvernance fait preuve de leadership
12. L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences
13. Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance
14. L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté
15. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins.

6.3 : Politique d'Evaluation des Pratiques Professionnelles et groupes de travail :

L'enjeu de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) est de répondre aux exigences légitimes des patients et des usagers du système de santé. L'EPP s'inscrit dans une dynamique globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

L'évaluation de la pratique des professionnels de santé consiste à analyser leur activité clinique réalisée par rapport aux recommandations professionnelles disponibles actualisées, afin de mettre en œuvre un plan d'amélioration de leur activité professionnelle et de la qualité des soins délivrés aux patients.

L'établissement a fait le choix d'une dimension interprofessionnelle pour ses groupes de travail ou groupes d'EPP.

Groupes de travail ou Evaluations des pratiques professionnelles			
	A visée des salariés	A visée des usagers	A visée de la structure
En 2015	Audit Hygiène des mains	Audit bientraitance	
	Audit satisfaction au travail	Audit du Dossier patient	
Réactualisation du Projet d'Etablissement			
En 2016	Qualité de Vie au Travail	Réactualisation de la charte de bientraitance Participation des usagers Outils de diagnostic Circuit du médicament	Projet architectural
En 2017	Poursuite des groupes de travail de 2016		
En 2018	Qualité de Vie au Travail	Droits des patients PPI Circuit du médicament Audit Dossier Patient	Pertinence des soins
En 2019	Préparation de la visite des experts-visiteurs HAS pour septembre 2019 : travail sur les différents processus		
En 2020	Crise sanitaire : pas de groupes de travail		
En 2021	Audit dossier patient informatisé Audit hygiène des mains Audit « connaissance de la démarche qualité »	Droits des patients : ➔ l'information : (réactualisation du livret d'accueil + nouveaux supports d'information) ➔ l'expression : questionnaires satisfaction ➔ prise en compte de la population accueillie : adaptation des lieux	

6.4 : Politique qualité et gestion des risques :

L'établissement définit et évalue régulièrement ses orientations stratégiques dans une logique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Il s'appuie sur les valeurs de

l'Association définies dans le projet Associatif élaboré par les membres du CA. La politique d'amélioration est établie en fonction des besoins, du niveau de qualité attendues par les patients, leurs familles et plus généralement par l'ensemble des usagers, partenaires en prenant en compte les contraintes internes et externes spécifiques à l'établissement.

La construction du projet d'établissement tient compte du cadre réglementaire et des recommandations de l'ANESM et de la HAS. Son pilotage émane de la CME, de la réunion de direction et du comité de pilotage.

L'établissement a décidé de placer la sécurité comme enjeu managérial essentiel, partagé par tous les acteurs et porté par une logique de résultats (mise en place d'indicateurs) et de gestion de projets (groupes de travail thématique, formations...).

La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins s'appuie sur :

- L'informatisation du dossier patient et le développement de la messagerie sécurisée.
- La promotion de la culture de signalement des événements indésirables en organisant l'identification, l'analyse et la gestion recourant aux méthodes d'analyse de risques.
- Le renforcement de la maîtrise des risques associés aux soins par le développement des CREX, la poursuite de l'analyse des risques a posteriori et a priori et la construction du compte qualité HAS.
- Une définition, dans le cadre des pratiques professionnelles, les actions d'amélioration à engager pour atteindre les objectifs fixés.
- Le développement de l'analyse des pratiques professionnelles, par la poursuite des temps de régulation pour l'équipe soignante, et en adaptant la formation dans le contexte de la mise en place du DPC.
- La maîtrise de la sécurité incendie et la sécurité physique des biens et des personnes.
- La garantie de la sécurité de soins prodigués aux patients.
- La garantie d'une bonne gestion des situations de crise.
- Un projet architectural avec mise en place d'une commission développement durable.

Depuis plusieurs années, l'établissement, a mis en place une gestion des risques a priori et a posteriori. Une cartographie des risques été mise en place et réactualisée. Sa méthodologie est définie et décrite dans une procédure.

Tous ces documents sont consultables dans le classeur qualité « gestion des risques » et dans les classeurs qualité accessibles par tous, dans l'établissement (groupe de référence, bureau médecin, bureau directeur adjoint, bibliothèque, infirmerie, bureau référente qualité...)

Un coordonnateur de la gestion des risques est identifié. Un groupe de travail a défini les risques inhérents à l'activité de chaque processus. Ces risques ainsi identifiés ont été hiérarchisés et priorisés et si nécessaire des actions d'amélioration ont été mises en place. Ces actions transmises au comité de pilotage, CME et réunion de direction, pour approbation et notées dans le PAQSS annuel, sont validées par le CA.

Le management de la qualité est une activité support cherchant à donner à notre Hôpital de Jour la capacité de standardisation, mutualisation, et réutilisation des ressources nécessaires pour assurer une prise en charge, un soin et un accueil efficents. La mise en œuvre du système de management de la qualité est donc le processus support de la qualité de l'établissement.

Pour permettre une gestion de la qualité cohérente il était primordial de former une référente.

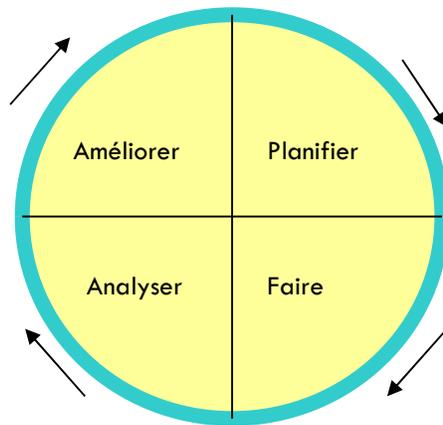
6.5 : Gestion du système qualité :

Mise en place de l'organisation et de la structuration du système qualité avec notamment :

- Formation d'une référente qualité
- Différentes instances : comité de pilotage et organisation de réunions
- Gestion documentaire
- Élaboration de procédures, protocoles
- Diffusion de l'information par un panneau d'affichage spécifique à la qualité
- Organisation, mise en œuvre et suivi du Programme d'Actions Qualité (PAQ)
- Structuration de la gestion des risques
- Recherche documentaire
- Organisation de l'autoévaluation dans le cadre de la certification

Le système qualité de l'Hôpital de Jour est principalement guidé par les recommandations de la HAS, la législation et la réglementation en vigueur. Les actions d'amélioration sont principalement à visée des enfants et de leur famille.

La démarche qualité de l'établissement s'inscrit dans le modèle proposé par W. Edwards Deming appelé roue de Deming ou roue de la qualité qui comprend 4 étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment : planifier, faire, analyser, améliorer (cf. page suivante).



De manière plus pragmatique le management de la qualité comprend :

➤ ***Une documentation cohérente, en lien avec nos pratiques :***

Mise en place d'une gestion documentaire maîtrisée et organisée se basant sur les conclusions des rapports de certification.

Gestion documentaire : élaboration de procédures, protocoles.

Mise en place de classeurs « qualité » pour chaque service dès 2010.

➤ ***Un système d'évaluation :***

L'évaluation est une démarche qui vise à donner de la valeur, prendre du recul, émettre un constat sur une situation, et prendre des décisions, au regard des objectifs de départ et des finalités de l'action.

Evaluer c'est aussi mesurer le chemin parcouru pour progresser, réajuster, mettre en cohérence.

L'évaluation est un outil au service de la démarche de progrès qui s'inscrit dans le souci de l'amélioration continue de nos actions.

Nous utilisons différents outils pour évaluer nos actions :

Les questionnaires de satisfaction :

- A visée usagers, par les enquêtes d'opinion, le questionnaire de sortie, le questionnaire de satisfaction des réunions, le questionnaire de satisfaction par rapport à l'Education Thérapeutique...
- A visée des salariés, enquête sur le « ressenti au travail », les enquêtes de satisfaction...

Les audits : avec élaboration de critères internes ou utilisation des outils proposés par la haute Autorité de Santé, pour évaluer :

- À visée des usagers : les dossiers du patient, le calcul de l'IMC, l'utilisation des outils pour évaluer la douleur
- À visée des salariés : pour la notion de « promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance »

Les tableaux de bord, pour évaluer :

- La pertinence des hospitalisations
- Les délais d'attente
- Les délais de remise des dossiers...

Les indicateurs internes pour nous préparer au recueil des Les Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS).

L'analyse annuelle des actions réalisées, lors de rapports annuels ou de réactualisation de projets :

- PAQSS.
- Rapport annuel des risques a priori et a posteriori.
- Rapport annuel de la CDU adressé à l'ARS

➤ ***Un système d'analyse des résultats au niveau de la Direction :***

L'analyse est faite dans les différentes instances (comme évoqué dans le chapitre 4.2 : instances page 19) et communiquée au personnel au cours des réunions adéquates.

Partie II

Processus « Prise en charge »



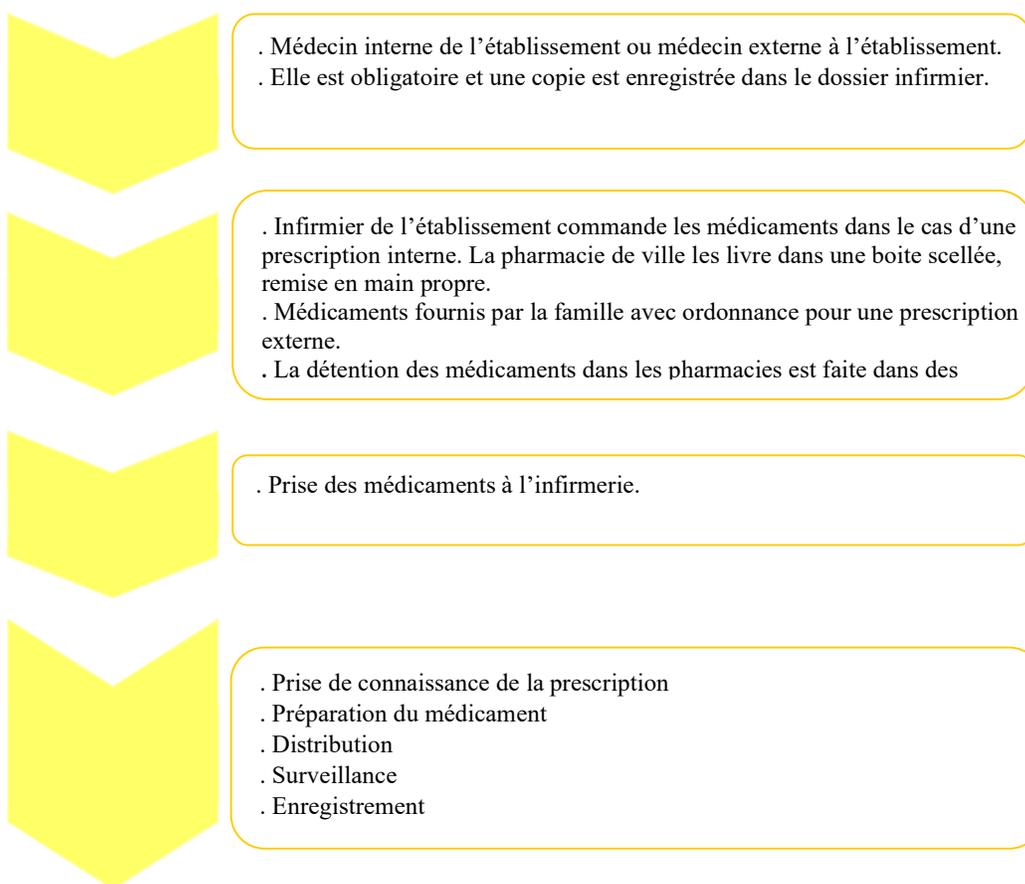
A – Sécurité sanitaire :

1 - Qualité et prévention des risques :

1.1 : Pharmacovigilance :

La pharmacovigilance est un élément essentiel du dispositif de sécurité sanitaire et a pour objectif : de surveiller la prise des médicaments afin d'améliorer la sécurité thérapeutique.

1.1.1 : *Politique liée au médicament :*



Compte tenu du très jeune âge de nos patients, l'utilisation de psychotropes reste exceptionnelle. Cependant et lorsque l'ensemble des moyens thérapeutiques dont nous disposons ne permet plus d'apaiser la souffrance de l'enfant, il peut être utilisé de manière temporaire des anxiolytiques ou antipsychotiques atypiques (ayant une Autorisation de Mise sur le Marché) en accord avec les parents.

En France, tous les médicaments sont soumis à une autorisation de mise sur le marché (AMM), après la réalisation d'études cliniques chez des personnes malades. Cette autorisation est donnée

par une Agence du médicament (européenne ou française), qui détermine si le rapport bénéfice/risque est favorable, c'est-à-dire si l'efficacité de traitement du médicament est suffisante par rapport aux risques qu'il peut entraîner (effets indésirables).

Les médicaments réservés à l'enfant reçoivent une AMM spécifique, après la réalisation d'études cliniques chez l'enfant.

Un bilan préthérapeutique est réalisé avec l'aide de partenaires extérieurs (neurologues, cardiologues).

Concernant les traitements spécifiques du Troubles du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité, nous faisons appel à des équipes spécialisées (service universitaire du Pr Bouvard) quant à l'évaluation du trouble et la pertinence d'un traitement médicamenteux. Nous suivons alors leurs recommandations, tout en assurant la surveillance de l'efficacité et la tolérance du traitement.

Enfin, certains enfants reçoivent des traitements anti-épileptiques sur prescription d'un neuropédiatre. Depuis 2009, les médecins et infirmières de l'établissement sont formés au soin d'urgence (mises à jours régulières) et les équipes ont été sensibilisées à la conduite à tenir en cas de crise convulsive généralisée chez l'enfant. Un protocole de soin spécifique a été mis en place.

1.1.2 : *Circuit du médicament :*

L'établissement dispose d'une infirmerie centrale principale donnant sur une sortie extérieure, un lieu fermé à clé et inaccessible aux enfants. Les médicaments sont stockés dans ce lieu unique (exception de quelques posologies et « bobologie » qui se trouve géographiquement éloignés).

Les médicaments sont listés avec la formalisation d'un dispositif permettant une actualisation et réactualisation permanente de la liste type.

L'infirmier est tenu de vérifier régulièrement les dates de péremption, le matériel d'urgence et les trousse de secours, d'anticiper la rupture du stock de médicaments.

Les médicaments sont achetés à une pharmacie extérieure où un compte est ouvert au nom de l'établissement. La commande est passée par fax. C'est l'officine de ville qui livre les médicaments.

En ce qui concerne les médicaments importés du domicile des enfants il est demandé aux familles de les remettre aux chauffeurs de taxi ou aux personnels de l'Hôpital de Jour en main propre. Les chauffeurs ont tous une trousse isotherme pour pouvoir transporter des médicaments donnés par les familles.

1.1.3 : Distribution des médicaments :

Aucun médicament ne doit être distribué sans prescription rédigée par un médecin interne ou externe de l'établissement ou un protocole ciblé.

Lorsque l'établissement a la charge du traitement chronique et de son application, le médecin prescripteur (Médecin Traitant ou Médecin Unité) doit transmettre l'ordonnance à l'établissement et l'infirmier en fera une photocopie (dans le dossier somatique). Lorsque la famille prend en charge le coût du traitement (ex : traitement épileptique) elle doit adresser l'ordonnance ainsi que les médicaments à l'infirmier et médecin de l'unité de l'enfant, une photocopie sera mise dans le dossier somatique et le médicament dans la pharmacie centrale.

L'infirmier s'informe de ladite ordonnance, il vérifie s'il est indiqué que l'intervention d'un infirmier et/ou un médecin est nécessaire, ou non.

Seul l'infirmier peut effectuer la préparation des médicaments.

Les médecins d'unités étant responsable de la distribution et de l'administration de médicaments ils coordonnent l'organisation pour les prescriptions d'urgence et notamment en cas d'absence des infirmiers.

1.1 : Identito vigilance :

Un numéro d'Identification Permanent du Patient est mis en place pour chaque dossier chaque enfant hospitalisé. Cette identification est portée sur chaque document édité. Il reste identique de l'ouverture du dossier à son archivage.

Mise en place de l'Identification Nationale de Santé : dans le cas où l'utilisateur est lui-même l'assuré, le matricule INS sera identique au numéro de sécurité sociale servant au remboursement des soins.

Dans le cas où l'utilisateur est différent de l'assuré (prise en charge d'un enfant assuré par l'un de ses parents par exemple), le matricule INS sera différent du numéro de sécurité sociale (servant au remboursement des soins).

1.2 : Matério vigilance :

La matériovigilance a pour objet la surveillance des dispositifs médicaux après leur mise sur le marché, qu'ils soient marqués CE ou non, en dehors de ceux faisant l'objet d'investigations cliniques.

La matériovigilance a pour objectif d'éviter que ne se (re)produisent des incidents et risques d'incidents graves (définis à l'article L.5212-2 du Code de Santé Publique) mettant en cause des dispositifs médicaux, en prenant les mesures préventives et/ou correctives appropriées.

2 - Gestion de crise :

Elaboration de plans de gestion de crise : plan blanc (gestion de crise grave), plan bleu (plan canicule), Plan de Continuité de l'Activité.

Affichage des recommandations et information dans les différentes réunions.

L'établissement se tient informé des plans régionaux et nationaux (ex : plan blanc élargi).

Des exercices évacuation incendie sont réalisés régulièrement par l'établissement

Une formation SST est organisée ainsi qu'une formation pour les médecins et infirmiers aux urgences vitales.

- Elaboration des procédures de confinement ou d'évacuation des patients en cas de crise grave.
- Organisation d'une cellule de crise.
- Elaboration de protocoles ad'hoc. L'établissement réajuste ses protocoles et procédures sanitaires en fonction des protocoles nationaux (cf. classeur COVID).

3 - Dossier du patient :

Le dossier patient est informatisé depuis fin 2019. Nous avons fait le choix d'utiliser le logiciel Ki-Lab pour son dossier patient « Globule », certifié et sécurisé par l'ARS et la CNIL.

4 - Droits du patient :

L'établissement s'engage à respecter les droits des patients, tels que :

- L'accès aux soins est garanti à tout enfant dont l'état de santé le nécessite, quel que soit les revenus de sa famille.
- Le respect et la dignité de la personne : respect de l'intimité de l'enfant (par ex : lors des moments de changes).
- Le principe de non-discrimination : quel que soit le sexe, l'origine, la situation de famille, l'appartenance à une ethnie, une nation ou une religion, leur handicap ou leur état de santé.
- Le secret médical et vie privée : formation pour tout le personnel en 2008.

- Le droit à l'information : le patient est informé des soins dispensés tout au long de sa prise en charge, du diagnostic. La date de l'information est tracée.
- Le consentement : La fiche d'admission est signée par la famille ou le représentant légal.
- Le droit d'accès aux informations personnelles : Tout représentant légal a accès au dossier médical de son enfant suivant la procédure établit et décrite dans le livret d'accueil.
- La charte du patient est incluse dans le livret d'accueil et disponible en différentes langues.

4.1 : Promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance :

Evaluation de la satisfaction :

Evaluation régulière du questionnaire satisfaction.

Afin d'adapter l'offre de service de l'établissement aux besoins et demandes du patient et de ses représentants légaux, un référent les rencontre en moyenne une fois par mois.

Dans le cadre de la réorganisation interne de la psychopédagogie, l'opinion de toutes les familles a été sollicitée par le biais d'un questionnaire. Mise en place de différents questionnaires pendant le soin.

Des rencontres régulières avec les soignants sont organisées.

4.2 : Prise en charge de la douleur :

Dans le cadre du soin à l'Hôpital de Jour, nous savons combien il est difficile pour les enfants souffrant de Troubles Envahissants du Développement d'avoir la capacité à exprimer leurs ressentis. Aussi afin de pouvoir évaluer la douleur, nous avons essayé de mettre en place les moyens les plus adaptés pour nous approcher d'une lecture la plus transparente et efficiente possible d'une éventuelle douleur chez ces enfants.

- L'échelle visuelle analogique (échelle de 6 visages (Faces Pain Scale) avec la cotation de 0 à 10) est utilisée régulièrement en soutien de l'expression verbale quand ceux-ci peuvent s'exprimer.
- Des pictogrammes adaptés aux particularités des patients permettent d'identifier, localiser et nommer la douleur et les émotions associées.
- Des échelles spécifiques d'hétéroévaluation de la douleur validées (l'Echelle Simplifiée d'évaluation de la Douleur chez les personnes Dyscommunicantes avec troubles du spectre de l'Autisme (ESDDA) et l'échelle GED-DI (Grille d'Evaluation de la Douleur – Déficience Intellectuelle) sont utilisées pour les enfants présentant des troubles de la communication.

Celles-ci s'appuient notamment sur une observation directe de l'enfant (modification du comportement, pleurs, agitations, mimiques).

- Afin de permettre à l'enfant de situer sa douleur nous utilisons un « dessin de bonhomme » pour ceux qui sont en capacité de l'utiliser.

Suite à ces observations et à l'aide de ces outils, la douleur peut être mieux évaluée et cela est ramené en réunion afin de voir si un axe somatique est à envisager dans le projet de soin de l'enfant.

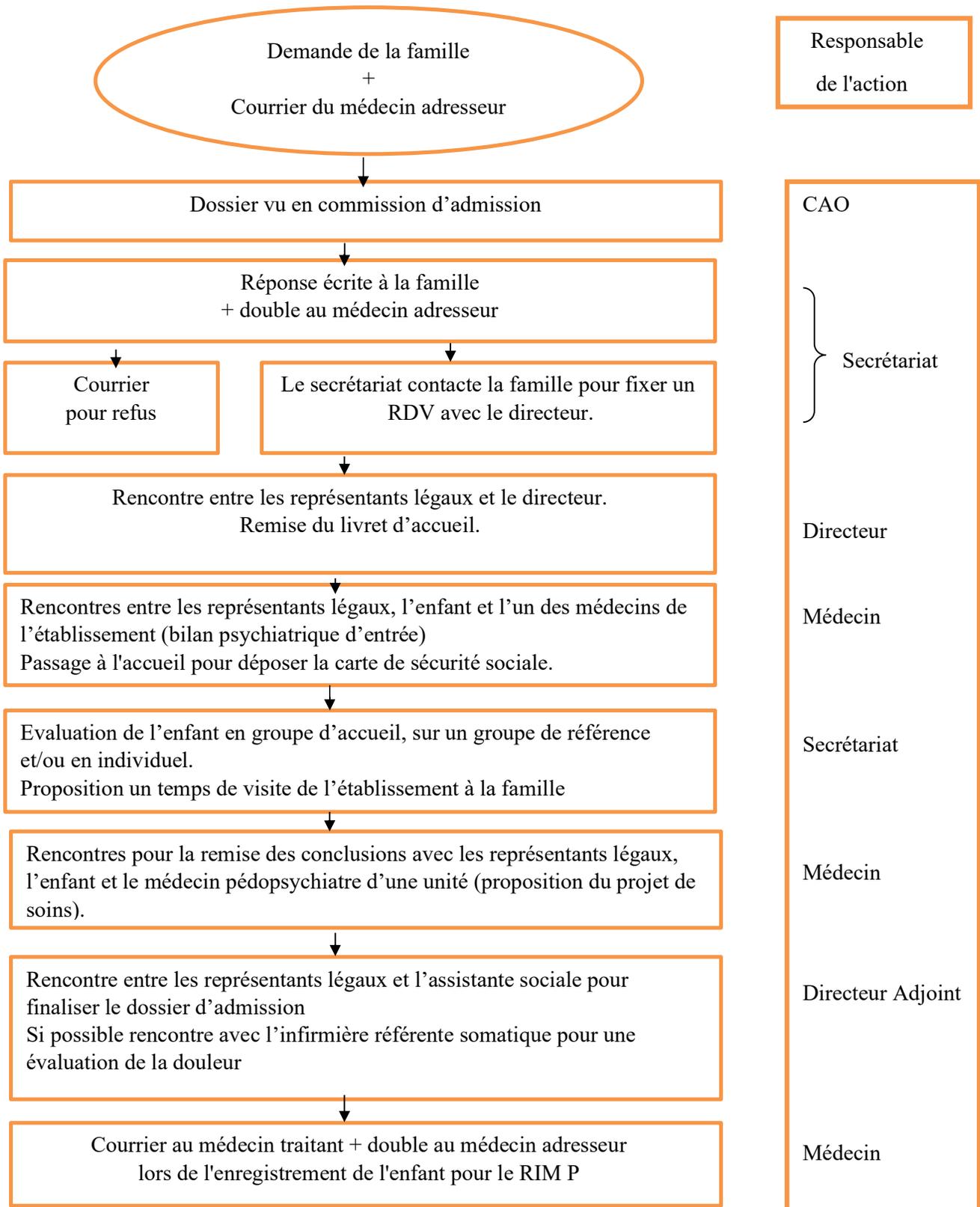
Notre souci premier est de maintenir un cadre bienveillant, bientraitant en tenant compte de la question de la douleur chez les enfants que nous recevons.

Un groupe d'Evaluation des Pratiques Professionnelles sur la gestion des risques en cours de récréation a ciblé ses statistiques et une échelle de gravité concernant les risques de blessures, de chutes, d'ingestion d'objets, d'agression et de gestion de la violence a été mise en place.



B - Les prises en charge :

1 - L'admission :



1.1 : La procédure : (cf. logigramme)

1.2 : Le secteur géographique :

Les enfants que nous accueillons à l'Hôpital de Jour habitent le quart Nord-Ouest de la ville de Bordeaux et du département de la Gironde (secteur I01 du pôle de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent de la Gironde). Il s'agit donc d'un secteur géographique très vaste avec, par conséquent pour certains enfants, des durées de trajet longues.

1.3 : Les médecins adresseurs :

En tant que structure de deuxième niveau d'intervention, tous les enfants soignés au sein de l'Hôpital de Jour ont un adressage médical préalable.

Les médecins adresseurs pour les 3 unités de soin sont le pédopsychiatre de l'équipe UAJE (0-3 ans), les psychiatres des Centres de Santé Mentale Infantile de Bordeaux Nord, Eysines, Blanquefort, Bruges, St Médard, du Médoc, les psychiatres du CMPP de Bordeaux-Caudéran, les psychiatres et neuropédiatres des services de Neuropédiatrie et du CAMSP de l'Hôpital des Enfants de Bordeaux, les pédopsychiatres du CRA (Centre Ressource Autisme) de Bordeaux, les médecins PMI, enfin et plus rarement, les psychiatres libéraux du secteur et les pédiatres.

1.4 : L'habitation aux soins :

Fondée sur une approche cognitivo-comportementale, l'habitation aux soins a pour but d'habituer progressivement par la répétition et l'expérience positive qui y est associée une personne avec TSA à un soin donné (ex : consultation chez le dentiste, vaccin...). Cet « entraînement » est utile afin de ne pas renoncer aux soins par peur ou incompréhension de ce qui se passe pendant l'examen. Il s'agit d'un enjeu de santé publique qui permet d'améliorer l'accès aux soins, d'améliorer le suivi de santé de l'enfant et sa qualité de vie.

Nous avons créé un poste à mi-temps d'infirmière référente somatique qui prend en compte la douleur et l'habitation aux soins en interne et dans le lien fait avec les différents hôpitaux, autres établissements, les familles pour tout ce qui concerne la dimension somatique.

L'établissement a conventionné avec le Centre Expert Handicap de Bagatelle.

- Mise en place d'ateliers individuels pour les enfants qui nécessitent des soins somatiques.
- Utilisation de matériel pour l'habitation aux soins en interne,

- Organisation de visite en amont de tout type d'opération,
- Utilisation de pictogrammes des lieux de soin et des personnels soignants extérieurs.

2 - Les projets médicaux :

Depuis sa création en 1974, l'Hôpital de Jour des Platanes a connu une évolution des concepts théoriques et des pratiques thérapeutiques en psychiatrie de l'enfant. Cette institution, tout en restant fidèle à ses racines psychodynamiques, s'est progressivement enrichie d'autres approches du développement normal et pathologique de l'enfant, notamment cognitives, comportementales associées à leurs corrélats neurobiologiques et génétiques. Aujourd'hui le modèle prédominant est développemental et intégratif. Il nous paraît particulièrement pertinent devant la diversité et la complexité des situations cliniques que nous rencontrons chez les jeunes enfants.

Nous reprecisons ici que l'ensemble des 3 projets médicaux de l'Hôpital de Jour tient compte des orientations nationales, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques.

Ces projets associent pleinement les enfants et leurs représentants avec une explication régulière sur nos méthodes de soins thérapeutiques.

Les 3 projets médicaux respectent évidemment le fait de :

- Diagnostiquer et intervenir précocement.
- Accompagner et soutenir l'enfant et sa famille tout au long du temps de soin à l'Hôpital de Jour Les Platanes. Cet élément tient compte de l'élaboration de critères permettant d'identifier les risques de dérives dangereuses.
- Former l'ensemble des professionnels régulièrement sur les TSA et TED.
- Poursuivre nos liens avec tous nos partenaires publics et privés.
- Favoriser l'inclusion scolaire et l'intégration sociale.

L'Hôpital de Jour des Platanes, bien que structure sanitaire privée, a le souci permanent de s'inscrire dans une politique de santé mentale locale en lien avec le pôle de pédopsychiatrie du service universitaire de Bordeaux, les Centres de Santé Mentale Infantile du territoire nord-ouest de la Gironde, de l'Hôpital des Enfants et des structures de la Petite Enfance, les établissements du champ médico-social et social.

Notre travail ne peut se penser que dans une logique de continuité des soins, de parcours de soin et d'un travail coopératif, collaboratif de partenariat et de réseau.

Nous allons présenter ici les projets médicaux des trois unités de soin tel qu'elles s'articulent actuellement avec les améliorations que nous avons apportées depuis cinq ans à la prise en charge des troubles du développement et apparentés, à l'accompagnement des familles, à l'accueil de très jeunes enfants, en soulignant l'importance des liens quotidiens et rapprochés avec les personnes chargées des transports des enfants (taxi, VSL, ambulance). Liens privilégiés au quotidien lors de l'arrivée et du départ avec l'équipe et liens très étroits avec le directeur adjoint (régulation, réunions...).

Afin de venir soutenir et nourrir le travail de chacun des acteurs soignants, les formations diverses sont particulièrement encouragées. Elles sont généralement de 2 ordres :

Les formations laissées au choix et à l'initiative de chacun et de chacune, selon ses intérêts particuliers.

Nous allons aussi présenter les limites que nous rencontrons et les axes thérapeutiques que nous aimerions pouvoir développer dans les années à venir.

2.1 : l'Unité de Soins en Groupes Thérapeutiques : USGT

Introduction

Le soin dispensé à l'USGT se veut en premier lieu un soin psychique thérapeutique. Cet axe thérapeutique s'appuie sur des prises en charge rééducatives, éducatives, cognitives, Il nous semble très pertinent d'articuler entre elles des prises en charge très spécifiques, spécialisées, dans une unité de lieu et de temps, s'intéressant aux différentes dimensions du développement du jeune enfant : affective, relationnelle, sociale, cognitive, intellectuelle, communication, motrice et comportementale. Ainsi, l'objectif thérapeutique poursuivi est la participation active, en lien avec les parents et l'école dans certains cas, au développement plus harmonieux de l'ensemble de la personnalité de l'enfant.

Composition de l'équipe :

L'USGT est une équipe pluridisciplinaire composée d'une Assistante Sociale, d'Éducatrices – rices Spécialisées –ées, d'Éducatrices Jeunes Enfants, de Moniteurs Éducatrices-trices, d'Infirmières Diplômées d'État, d'un Musicothérapeute, d'une Orthophoniste, de Psychologues, de Psychomotriciennes, d'une Psychopédagogue, d'une Pédopsychiatre responsable d'unité.

➤ **Admission :**

Définition de la population accueillie :

▪ **Age :**

Nous accueillons les enfants âgés de 2 à 8 ans.

La majorité des enfants a entre 3 et 7 ans, mais cette extension des limites d'âge nous permet de réaliser plus sereinement ces périodes de transition que sont les débuts d'hospitalisation (en limitant le délai d'attente, en assurant une bonne coordination avec l'Unité d'Accueil des Jeunes Enfants, les PMI, le CAMSP, les CSMI ...) et les fins d'hospitalisation lorsqu'il existe notamment une nécessité de poursuite des soins soit dans un autre hôpital de jour, soit dans une structure du médicosociale (IME, IMP, DITEP, SESSAD).

▪ **Pathologies :**

A l'admission, nous prenons en charge à l'USGT tout enfant dont les troubles psycho-comportementaux ne relèvent pas d'une prise en charge séquentielle. Il s'agit de troubles altérant de manière sévère le fonctionnement psychosocial de l'enfant.

Selon la classification internationale des maladies en vigueur actuellement (CIM10), les troubles psychiatriques les plus souvent rencontrés sont :

- Les troubles envahissants du développement (F84)
- Les troubles de l'attachement (F94.1 et 2)
- Les troubles hyperkinétiques (F90) dont le trouble déficit attentionnel avec hyperactivité (TDAH) et troubles des conduites (F91) lorsque leur intensité est sévère
- Les troubles émotionnels débutant spécifiquement dans l'enfance (F93) : troubles anxieux graves
- Les troubles mixtes des conduites et des émotions (F92) et troubles de l'humeur (F34)
- Les troubles de l'acquisition du langage (F80.1 et 2)
- Le retard mental léger (F70) et plus sévère (F71)

Ce type de démarche diagnostique médicale s'appuie sur la reconnaissance de symptômes regroupés en syndromes pathologiques, puis en troubles.

Les évaluations, bilans et/ou observations des différents professionnels de l'USGT permettront d'affiner le profil psycho développemental de l'enfant ainsi que l'aspect plus structurel de sa personnalité.

▪ **Procédure d'admission à l'USGT :**

Suite à la CAO et lorsque la réponse à une demande d'admission par les familles et un médecin adresseur est positive, le directeur rencontre les parents de l'enfant ou ses représentants légaux afin de leur présenter l'Hôpital de Jour des Platanes et l'Association.

Puis, le médecin responsable de l'USGT rencontre en consultation l'enfant et ses parents pour valider l'unité de soin.

Un troisième rendez-vous est organisé avec l'assistante sociale et l'infirmière référente somatique pour finaliser l'admission, si le médecin a bien confirmé l'indication d'hospitalisation dans cette unité. Nous proposons ensuite un temps d'observation.

▪ **Temps de l'observation et de l'adaptation :**

Ce temps d'observation fait intégralement partie de l'admission. Il se décompose selon les modalités suivantes.

Un premier temps d'observation de l'enfant sur l'unité se fait sur le groupe de référence en présence de ses parents ou responsables légaux et sans la présence d'autres enfants. Sur une durée d'environ une heure, les professionnels, par le biais de propositions de jeux, rencontrent et observent l'enfant. Les parents étant présents, un échange sur les habitudes de l'enfant peut se faire.

Si l'enfant est suffisamment sécure sur ce 1^{er} temps d'observation, le directeur adjoint propose une visite aux parents de l'ensemble des locaux de l'Hôpital de Jour et explique le fonctionnement général de l'Unité. Si sur ce temps d'observation l'enfant ne peut être séparé de ses parents, la visite des lieux sera proposée ultérieurement, sur les autres temps d'observation, par exemple.

Deux autres temps d'observation seront proposés aux parents pour leur enfant. Celui-ci viendra sur un temps d'accueil avec les autres enfants du groupe et sans la présence des parents. Ces moments peuvent durer 45 min jusqu'à une demi-journée en fonction de l'enfant. Enfin, un dernier temps d'observation s'organise avec une des psychologues de l'unité. L'objectif est de pouvoir croiser les observations dans une dynamique interdisciplinaire nous permettant de définir les temps de soins nécessaires à l'enfant.

Pour faciliter l'admission de chaque enfant, il est primordial d'anticiper ces temps d'observations et d'adaptation.

Après cette période d'observation clinique de l'enfant, le projet de soin initié par le médecin est élaboré en équipe et, ensuite, présenté à l'enfant et à ses parents dont nous recueillons les attentes

à court, moyen et long terme. Notre volonté est de travailler dans une alliance pleine et participative avec les parents.

➤ **Evaluations :**

Notre activité est essentiellement thérapeutique, nous ne pouvons nous passer d'évaluations (initiales et régulières) précises des troubles présentés par l'enfant, de son niveau de développement, de ses capacités relationnelles avec l'adulte et avec ses pairs...

Une partie des « bilans » a en général déjà été réalisée par l'équipe qui nous a adressé l'enfant (bilans psychologique, orthophonique, psychomoteur, parfois neurologique, audiolgique, génétique). Dans tous les cas, il nous appartient de compléter ce bilan.

Au cas par cas, un bilan étiologique d'organicité pourra être conseillé. Son intérêt sera expliqué aux parents, à l'enfant selon ses capacités de compréhension. Les explorations neurologiques, génétiques, sensorielles (auditives, ophtalmologiques) seront réalisées par des équipes spécialisées avec lesquelles nous avons un long partenariat ou bien, plus rarement, par des spécialistes choisis par les parents.

Dans le cas particulier de l'autisme, nous indiquons aux parents la possibilité de réaliser des évaluations spécifiques de ce trouble au CRA de Bordeaux.

Les autres observations (psychomotrice, orthophonique, psychopédagogique) se réaliseront si besoin selon chaque enfant à la demande du médecin responsable.

La synthèse de toutes ces évaluations de l'enfant permet de s'approcher au plus près du fonctionnement cognitif, affectif et social de l'enfant, d'en identifier clairement les altérations et de déterminer donc un projet de soins spécifique, individualisé pour cet enfant en dégagant des priorités et en se fixant des objectifs à court et moyen terme.

Les résultats de ces bilans seront expliqués aux parents par les professionnels concernés ou par le médecin responsable de l'unité.

De même, si les parents le souhaitent, les conclusions de ces observations, bilans, et/ou évaluations ainsi que le projet de soin de leur enfant pourront être transmis à leur médecin référent et aux professionnels de santé intervenant dans sa prise en charge.

Depuis 2010, nous proposons à tous les parents une réunion en début d'année scolaire afin de présenter l'ensemble de l'équipe soignante de l'USGT et de leur permettre de visiter nos locaux en dehors de la présence des enfants.

Pour les familles n'étant pas présentes en ce début d'année des temps plus individualisés de

rencontres des professionnels ainsi que de visite des locaux leur sont proposés par le directeur adjoint.

➤ **Mise en œuvre du projet de soins de l'enfant :**

▪ **Modalités d'hospitalisation :**

Selon la sévérité des troubles, selon la possibilité d'une inclusion scolaire et la fatigabilité de l'enfant, différentes modalités d'hospitalisation pourront être proposées dans un premier temps : l'hospitalisation sur cinq journées réparties du lundi au vendredi et l'hospitalisation à temps partiel, sur des temps plus restreints pouvant aller jusqu'à un dispositif séquentiel en fin de prise en charge, si le projet est cohérent.

La rythmicité ainsi que la multiplicité des repères spatiaux, humains, affectifs et éducatifs peuvent rendre complexe sa construction de relations d'attachement stables et sécures. Ainsi, l'hospitalisation doit se penser dans une continuité et une intégration des différentes approches théoriques au service du soin.

Remarque : sur les fins d'hospitalisation, lors de l'accompagnement vers une inclusion scolaire notamment, il peut arriver que l'enfant bénéficie de temps de soins seulement sur une, deux ou trois demi-journées, voire sur des temps séquentiels.

Des relais avec l'USSAT peuvent également être pertinents en amont ou en aval de l'hospitalisation à l'USGT.

▪ **Le Projet Personnalisé d'Intervention (PPI) :**

Lors de chaque admission un PPI est présenté dans les 2 mois aux familles afin de coconstruire le projet de soin pour un cycle scolaire. Ce PPI est présenté par le médecin responsable aux familles lors d'un entretien. Nous faisons le choix que chaque famille signe le PPI et qu'elle en ait un exemplaire remis en main propre.

Ce projet de soin est évalué régulièrement et enrichi par les observations des professionnels sur les groupes de références et dans les ateliers. Nous nous appuyons aussi sur les retours des entretiens réguliers organisés avec chaque famille, par un référent suivi famille défini et repéré dans l'équipe pluridisciplinaire.

Le PPI est ensuite réévalué par le médecin et rédigé afin d'être présenté aux familles en entretien. Lors de cet entretien avec la famille, le PPI est finalisé et coconstruit avec cette dernière, afin de correspondre à leurs attentes.

▪ **Les différentes prises en charge proposées :**

L'enfant accueilli à l'USGT bénéficie de soins individuels et en groupe de pairs. Plus globalement l'accueil et le soin s'articule autour de la question du lien dans une organisation collective. Aucun enfant ne bénéficie exclusivement de prise en charge individuelle.

Pour mener à bien notre mission de prendre soin de chaque enfant, il est primordial d'être en lien avec toutes les familles. Ainsi, nous avons un temps important consacré aux rencontres avec les familles, soit pour valider le PPI, soit dans le cadre des rencontres avec les référents familles. Tous les professionnels peuvent aussi rencontrer les familles ponctuellement, dans le cadre de réunions spécifiques, de retours de bilans ou pour échanger sur des éléments cliniques quotidiens....

✓ ***Le groupe de référence thérapeutique :***

A son admission, chaque enfant est accueilli dans un des 3 groupe de l'Unité (Picasso, Dali, Cézanne) composé de sept enfants et deux adultes (infirmières, éducateurs spécialisés, éducateurs jeunes enfants, moniteurs éducateurs). Il est important de souligner que, pour l'enfant, ce groupe constitue une base d'où il part pour des prises en charges (individuelles ou en atelier) et vers lequel il revient ensuite. Cette base sera pour lui bien sûr les adultes référents qui prennent soin de lui, mais aussi le lieu, les autres enfants qu'il va peu à peu reconnaître et appréhender dans une relation sociale. L'enveloppe de ce petit groupe, parce que connue et familière, deviendra aussi une base de sécurité pour lui, qui lui permettra d'aborder la différence, la nouveauté, l'extérieur du groupe avec plus d'envie et de solidité.

Le groupe de référence reste le socle pour soigner les enfants sur l'USGT, du fait de la multiplicité des troubles. Il représente un premier repère et un lieu « refuge » sur des moments difficiles. Cet espace accueillant est aussi un moyen de proposer des activités adaptées, repérantes en tenant compte des émergences de chaque enfant dans une logique collective. La dynamique du groupe, même partielle, permet aussi de pouvoir s'adapter au rythme de l'enfant tout en l'amenant à une meilleure compréhension de l'environnement. L'objectif étant de permettre à chaque enfant d'être dans un groupe structuré et donc de questionner le volet inclusif, l'école, le centre aéré, la garderie...

✓ ***Les ateliers thérapeutiques :***

Il s'agit de prises en charge en groupe plus restreint : 3 à 5 enfants avec 2 à 4 soignants qui s'appuient sur un médiateur reconnu en psychiatrie de l'enfant comme pouvant permettre une action thérapeutique. Nous pourrions décrire ces ateliers suivant trois grandes fonctions thérapeutiques : nous distinguons les ateliers d'expression, les ateliers de socialisation et les

ateliers plus tournés vers le portage, la contenance psychique.

Actuellement sont impliqués l'ensemble des personnels soignants dans ces ateliers. Nous avons la possibilité de pouvoir faire certains ateliers à l'extérieur de l'Hôpital de Jour. Ils peuvent impliquer des soignants, comme des enfants des deux autres unités de l'Hôpital de Jour.

Ces ateliers ont un cadre fixe : temps dans la semaine, lieu, adultes y travaillant, prise de notes, régulation interne stable.

Les indications sont posées lors de réunions cliniques, de synthèse et correspondent au PPI de l'enfant validé par le médecin et sa famille.

La durée moyenne de prise en charge d'un enfant au sein d'un même atelier est évaluée chaque année. L'arrêt d'une prise en charge en atelier est toujours discuté en équipe pluridisciplinaire.

Les ateliers que nous avons développés au cours de ces dernières années s'appuient sur des formations individuelles des professionnels, ainsi que sur l'expérience des pratiques dans cet Hôpital de Jour : ateliers contes, contenants de pensées, jeux de rôles, jeux symboliques, tissus (mené par les psychomotriciennes), ateliers sensoriels, poney, atelier peinture, musique, comptines, histoires et langage, travaux manuels, atelier graphique, atelier repérage (alliant psychomotricité et psychopédagogie), sport, découverte... Chaque année les médiateurs sont ajustés aux besoins des enfants hospitalisés. Ils évoluent régulièrement.

✓ ***Les psychothérapies individuelles :***

Elles ne sont plus systématiquement proposées à tout enfant, mais constituent encore une part importante des soins à l'USGT. Actuellement, elles sont réalisées par un psychiatre. Les séances ont lieu une à deux fois par semaine.

Les indications sont proposées en équipe après une période d'observation du fonctionnement affectif et relationnel de l'enfant validé par le médecin, puis par le thérapeute.

Remarque : il arrive que certains enfants bénéficient d'une psychothérapie en libéral. C'est le cas lorsque l'enfant avait débuté cette thérapie avant son admission à l'Hôpital de Jour ou bien, lorsque l'indication de thérapie individuelle se pose alors que l'enfant est en fin de prise en charge à l'Hôpital de Jour.

✓ ***Le suivi psychologique :***

Au-delà de l'activité de bilan (initial, d'évolution), les psychologues rencontrent l'enfant, sur des temps d'observation, mais aussi sur des temps de soins repérés dans la semaine que nous avons décrite plus haut.

Elles coaniment de nombreux ateliers thérapeutiques avec les différents professionnels et sont engagées dans l'accompagnement de certains parents.

Elles aident l'équipe dans le travail d'élaboration psychique devant les difficultés rencontrées dans le soin des enfants.

✓ ***Les soignants de groupes :***

Les personnels soignants mettent en œuvre des actions à visée thérapeutique bien que n'étant pas des thérapeutes. Le soin sur les groupes de référence ne se pense que dans la complémentarité des autres axes travaillés pour permettre un mieux-être chez l'enfant sans objectif de réussite. La notion d'échec n'est pas intégrée dans la logique du prendre soin. Les personnels soignants, au travers des relations quotidiennes qu'ils prennent soin d'instaurer avec les enfants, garantissent une place de sujet pour chaque enfant au sein d'un groupe, d'un collectif dans un cadre structurant et chaleureux.

✓ ***La psychomotricité :***

Les troubles psychomoteurs présentés par les enfants que nous recevons sont multiples et très hétérogènes. Aussi l'avis spécialisé des psychomotriciennes est toujours nécessaire pour orienter le travail avec chaque enfant.

Guidé par l'avis de la psychomotricienne et du médecin, les personnels soignants pourront travailler l'éveil sensoriel, les expériences sensorimotrices, les coordinations motrices globales et fines, le repérage temporospatial, la régulation tonique, grâce à des jeux moteurs et des activités manuelles.

Pratiquement tous les enfants pris en charge à l'USGT relèvent d'une prise en charge en psychomotricité. Cela s'explique par le très jeune âge de nos patients et par l'existence de troubles précoces du développement entraînant des investissements corporels très peu harmonieux, des retards importants, des adaptations toniques, motrices et sensorielles non fonctionnelles.

Les indications de prises en charge sont à l'initiative du médecin et discutées avec le professionnel à l'issue de son bilan, puis en réunion d'équipe. Si la plupart des prises en charge en psychomotricité sont individuelles, les psychomotriciennes ont développé, en lien avec le travail qui peut se faire en groupe de référence ou en orthophonie, en psychopédagogie, des prises en charge de groupe. Elles coaniment aussi les ateliers thérapeutiques.

Les psychomotriciennes font un lien régulier avec les psychomotriciennes en libéral qui prennent en charge certains enfants ou dans le cadre du projet de sortie.

✓ ***L'orthophonie :***

L'orthophoniste de l'USGT prend en charge individuellement certains enfants présentant des troubles spécifiques du langage. Elle coanime également des prises en charge de groupe développant la communication et les habiletés sociales, les précurseurs du langage oral. Les indications sont conduites de la même manière que pour la psychomotricité.

La question de l'utilisation des outils visuels et d'aide au repérage reste centraux dans la fonction de l'orthophoniste.

Concernant les enfants qui sont pris en charge à temps partagé à l'Hôpital de Jour, il arrive qu'ils bénéficient d'une prise en charge orthophonique individuelle en libéral. Nous travaillons en collaboration étroite avec nos collègues en libéral. Nous les convions aux réunions de synthèse.

✓ ***La psychopédagogie :***

La psychopédagogie ne correspond pas à « l'école à l'intérieur de l'Hôpital de Jour ».

Nous l'envisageons comme un soin : il s'agit de s'adapter au profil cognitif particulier de l'enfant, en tenant compte de sa pathologie, pour l'engager dans des processus d'apprentissage, qui, à leur tour, vont produire des effets sur le développement affectif de l'enfant. Ce travail nécessite des professionnels formés à la psychopathologie du jeune enfant, des liens étroits avec toute l'équipe soignante, une méthodologie adaptée (méthode Montessori, méthode TEACCH), un cadre de prise en charge régulier, répété dans la semaine individualisée ou en petit groupe.

La psychopédagogue est en lien avec les écoles et participent aux équipes éducatives (avec l'accord des parents) lorsque l'enfant est scolarisé.

✓ ***La musicothérapie :***

La musicothérapie est proposée sur indication médicale. C'est une pratique d'aide, de soin, de rééducation, d'accompagnement par la musique, qu'elle soit jouée ou écoutée, en séance individuelle ou en petit groupe. Le musicothérapeute utilise le son sous toutes ses formes afin de permettre une expression, une communication, une structuration, et permettre les échanges. Les repères de temps et d'espace sont très importants afin d'apporter un cadre sécurisant, de confiance et propice à développer le lien à l'autre et la communication.

Les axes principaux de travail :

✓ *Le relationnel :*

Pour les soignants, tant sur les groupes de référence que dans les ateliers, un travail relationnel autour de la contenance psychique, de l'élaboration devant les angoisses, projections, des comportements pathologiques des enfants qu'ils accueillent est réalisé quotidiennement. Ils doivent mettre des pensées et des mots sur les comportements parfois non fonctionnels des enfants hospitalisés, sur les émotions qu'ils expriment. Ils essaient d'avoir une compréhension de ces émotions afin de proposer aux enfants une réponse en actes, en parole qui va leur permettre d'être apaisés, puis de sortir progressivement de la répétition des symptômes. Il s'agit d'une attitude soignante qui dure tout au long de la journée (accueil, prises en charge, repas, temps de repos, récréation, départ et séparation) ou de la demie journée.

Les différents personnels soignants peuvent faire figure d'attachement pour des appuis thérapeutiques.

L'alimentation chez ces très jeunes enfants, et notamment, chez ceux qui présentent des particularités sensorielles (tactiles, gustatives, olfactives, auditives et visuelles) peuvent rendre ce temps du repas difficile. Chaque enfant recherche une relation privilégiée avec l'adulte dans ce moment ainsi qu'un environnement sensoriel sécurisé. Les modalités organisationnelles des repas ont nécessité à s'adapter régulièrement.

Pour les plus grands, et ce dans un projet de socialisation, les repas pourront se dérouler ensuite dans d'autres lieux (réfectoire, restaurant) et s'ouvrir au partage avec des personnes nouvelles (invitations d'un autre soignant ou d'un autre enfant, d'un groupe de l'USSAT...).

✓ *La communication :*

Les enfants que nous recevons présentent des troubles sévères de la communication verbale et non verbale. Les capacités de perception (écoute, attention, identification des interlocuteurs, reconnaissance des émotions d'autrui...) et d'expression (regard, postures, gestes, voix), l'imitation, l'attention conjointe et les fonctions de communication du langage oral (instrumentale, heuristique, informative, interactive...) seront travaillées en relation duelle avec l'adulte au sein du groupe et durant des temps de regroupement des enfants : accueil, temps de parole, petit déjeuner, comptines, jeux collectifs, travaux manuels en groupe... Les soignants utilisent si nécessaire des facilitateurs de la communication : pictogrammes (PECS) et gestes

(français signé et Makaton). Certains enfants dits « non verbaux » utilisent un classeur de communication et peuvent effectuer leurs demandes grâce à des pictogrammes, organisés progressivement en « bandes phrases ».

Ce travail est soutenu par l'orthophoniste de l'unité de soin.

✓ ***La socialisation :***

Les enfants que nous prenons en charge présentent des altérations importantes, qualitatives des interactions sociales. Souvent, ils nous sont adressés car ils ne parviennent à établir de relation avec leurs pairs. Leur perception des autres sera travaillée progressivement au sein d'un petit groupe de vie : partage de l'espace, des mêmes rythmes, des activités, puis des jeux, de l'attention de l'adulte, des consignes collectives. Dans un deuxième temps, les enfants seront accompagnés vers la compréhension des codes sociaux, le développement d'habiletés sociales (à l'intérieur et à l'extérieur de l'Hôpital de Jour).

Si les troubles majeurs du comportement et de la communication ne sont plus aussi prégnants, l'accent peut être mis dans un travail groupal centré sur une ouverture sociale au-delà de l'hôpital de jour (projets de sorties avec généralisation des compétences acquises au sein d'un environnement familial, projet de séjour thérapeutique en fin d'année...).

✓ ***L'autonomie :***

A leur admission, beaucoup de ces enfants présentent des capacités d'autonomie physique et psychique très faibles, et donc une dépendance à l'adulte majeure. Les soignants de groupe vont effectuer un travail de maternage important (permanence et disponibilité des référents de groupe, nourrissage, habillage, changes, accompagnement dans les déplacements...). Ces actions répétées et régulières d'habituation, c'est-à-dire rythmées vont permettre à l'enfant de pouvoir petit à petit les anticiper et devenir de plus en plus acteur dans leur réalisation. L'organisation de l'espace et du temps sera la plus claire possible et présentée à l'enfant par la parole mais aussi visuellement (cf. structuration visuelle proposée dans la méthode TEACCH). L'enfant pourra apprendre progressivement à contrôler le déroulement de sa journée, de ses activités, à centrer ainsi plus sereinement son attention sur le moment présent, à planifier, avoir des initiatives, exprimer ses désirs et ses refus par rapport aux propositions établies par l'adulte.

Concernant l'autonomie physique notamment, nous recherchons un ajustement avec les parents afin de ne pas placer l'enfant dans des exigences éducatives qui seraient trop précoces et qui n'auraient pas de sens pour lui.

✓ ***Les réunions :***

Elles constituent une part indispensable de notre activité, puisqu'elles permettent l'intégration des différentes approches des troubles de l'enfant, la confrontation des points de vue qui alimentent la compréhension de ces pathologies si complexes et orientent les choix thérapeutiques. Ces échanges nous permettent de faire des liens pour l'enfant entre les différentes relations et expériences qu'il vit au sein de l'Hôpital de Jour, mais aussi à l'extérieur : milieu familial, école... Elles peuvent se définir sous différentes modalités avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire ou simplement une partie, de façon transversale ou non.

Les réunions cliniques et de synthèses sont centrales et essentielles pour le soin des enfants. La réunion institutionnelle regroupe l'ensemble des professionnels de l'Hôpital de Jour, une heure par semaine. La réunion du groupe d'analyse de pratique pour les soignants de groupe a lieu une fois par mois.

✓ ***Les liens avec les partenaires :***

• **Le travail avec les parents :**

Notre intention est d'accueillir la souffrance et les attentes des parents par rapport aux troubles de leur enfant et de les considérer comme partenaires dans l'avènement de l'amélioration des troubles de leur enfant. Ainsi, à chaque rentrée scolaire, les parents sont reçus par le médecin pédopsychiatre pour que leur soit présenté le PPI de leur enfant et qu'ils puissent faire des demandes.

Dès l'admission et tout au long de l'hospitalisation, nous essayons de leur apporter une information sur la manière dont nous travaillons avec leur enfant, sur son évolution, sur les orientations thérapeutiques que nous prenons. Nous recueillons leur consentement.

Lors des rencontres régulières avec les parents, nous travaillons à améliorer notre compréhension mutuelle des difficultés de l'enfant, des difficultés vécues par l'ensemble de la famille. Chaque famille a un référent nommé « référent famille » : soit la médecin pédopsychiatre, l'assistante sociale (formée à l'accompagnement des familles), ou une des psychologues. Tout au long de la prise en charge, il reste le garant d'un lien privilégié.

Les autres professionnels peuvent rencontrer les familles ponctuellement en fonction des besoins et des projets définis préalablement en équipe.

- **L'inclusion scolaire :**

Lorsque l'inclusion scolaire ne représente pas une souffrance, mais bien une opportunité pour l'enfant, nous souhaitons qu'il puisse réaliser ces apprentissages au sein de l'école maternelle ou primaire de son quartier.

Nous participons aux « équipes de suivis de scolarisation » (réunions à l'école qui rassemblent parents, professionnels scolaires, professionnels de santé, parfois enseignant référent de la MDPH, partenaires sociaux...) afin d'établir ensemble un Projet Personnalisé de Scolarité au plus près de la problématique de l'enfant et de son évolution.

Nous essayons d'être également disponibles vis-à-vis des enseignants lorsque les troubles du comportement ou de la relation présentée par l'enfant à l'école paraissent incompréhensibles. Attentifs au respect du secret médical, nous souhaitons aider l'enseignant, ou l'AESH à mieux comprendre cet enfant.

Schématiquement, nous pouvons distinguer deux situations :

- L'enfant est accueilli à temps partiel à l'USGT et est intégré, à temps partiel également, à l'école. En accord avec les parents, nous soutiendrons cette inclusion scolaire tant qu'elle nous paraîtra pertinente pour l'enfant et ne représentera pas une situation de souffrance. Si le projet inclusif est pertinent et si l'école et la famille demandent plus de temps scolaire, nous pourrons aller jusqu'à un quasi temps plein scolaire et quelques séquences au sein de l'Hôpital de Jour.
- L'enfant a été « déscolarisé » du fait de l'importance des troubles ou bien n'a pas pu encore être scolarisé lorsqu'il est admis à l'USGT. Nous allons alors travailler la préparation à une inclusion scolaire à venir en accord avec les parents. Cela pourra prendre quelques mois, une année, plusieurs années.

Les apprentissages cognitifs sont envisagés comme apaisants, sécurisants, narcissisants et susceptibles d'aider l'enfant à grandir.

Ce travail préparatoire à l'inclusion scolaire sera réalisé par l'équipe dans son ensemble concernant l'aspect groupal, social et par la psychopédagogue concernant un rapport pacifié et investi de l'enfant aux apprentissages scolaires.

- **Le partenariat :**

Au-delà des écoles, l'Hôpital de Jour est en lien avec de nombreux partenaires : assistantes sociales des MDSI, des CMPEA, Inspecteur et éducateurs des services de Protection de l'Enfance, Juge des Enfants, CDEF, MECS, assistantes maternelles et familles d'accueil, médecins et puéricultrices de PMI, crèches et halte-garderie, lieux de répit, centre de loisir, établissements et dispositifs médico-sociaux, structures sanitaires, CHU, CHS...

Nous sommes aussi en lien avec tous les partenaires libéraux, notamment les médecins traitants référents de chaque enfant.

➤ **Evolution – Sortie – Orientation :**

La période d'hospitalisation de l'enfant à l'USGT est en général comprise entre 3 et 4 ans. L'évolution clinique étant propre à chaque enfant, nous allons présenter ici les différentes situations de fin d'hospitalisation et d'orientation à la sortie de l'unité.

- **Sortie avec inclusion scolaire** (milieu ordinaire, ULIS) **et relais de soins en ambulatoire** (suivi pédopsychiatrique, psychothérapie, orthophonie, groupe thérapeutique au sein d'un CSMI...).

- **Sortie de l'USGT avec un relais par l'équipe de l'USSAT** qui propose des modalités thérapeutiques intermédiaires, avant de pouvoir envisager une sortie définitive de l'hôpital de jour.

- **Sortie avec un relais de la prise en charge par l'hôpital de jour de Caychac** à Blanquefort (dépendant du CHS Charles Perrens) qui accueille les enfants à partir de l'âge de 6 ans. Nous posons cette indication lorsque les troubles de l'enfant sont encore importants, qu'ils nécessitent une prise en charge en hôpital de jour et que son âge ne correspond plus aux limites de notre agrément. Nous accompagnons l'enfant et ses parents durant cette transition en lien avec l'équipe de Caychac.

Nous tenons compte dans ce choix d'orientation du fait que l'hôpital de jour de Caychac ne prend en charge, actuellement, les enfants que sur une modalité de temps partiel.

- **Sortie avec orientation vers un établissement du médicosocial :**

La demande d'orientation est soumise à la MDPH de la Gironde. Actuellement le délai d'attente pour un établissement de ce type est de plus de 2 ans. Aussi, nous commençons à évoquer avec les parents les questions de l'orientation de leur enfant dès sa sixième année.

➤ **Conclusion :**

La polyvalence de l'USGT (soins de troubles très variés, modalités d'accueil variables en termes de temps, pluridisciplinarité de l'équipe, qualité de la formation des professionnels) est une grande richesse et elle en fait un outil de soins relativement souple et adaptable à la singularité de chaque situation.

➤ **Perspectives générales :** Trouver une organisation le plus tôt possible pour les observations cliniques des enfants puis la présentation à l'ensemble des familles du projet médical de l'USGT. Cette perspective générale sera précisée en annexe par des perspectives concrètes

➤ **Point de difficulté :**

Manque de places important au sein de l'USGT avec une liste d'attente qui peut dépasser un an. Au vu du développement des temps très partiel sur l'USGT certains professionnels comme, les psychologues, les psychomotriciennes, l'orthophoniste et la psychopédagogue voient leur temps dédié aux liens extérieurs ou réunions extérieures s'accroître d'année en année.

L'Hôpital de Jour n'a qu'un mi-temps d'orthophoniste ce qui reste trop peu au vu du nombre d'enfants soignés sur l'USGT. Ils ont tous des troubles du langage et de la communication qui nécessiteraient d'avoir une prise en charge en orthophonie.

Au vu de l'augmentation du nombre d'enfants nous nous questionnons sur l'organisation des réunions, tant dans la forme que dans le fond. Il reste indispensable d'avoir suffisamment de temps de réunions pour pouvoir échanger sur les enfants et leurs projets individuels.

Nous aimerions pouvoir développer un partenariat avec tous les établissements médicosociaux de notre territoire, permettant de travailler des intégrations plus progressives des enfants, de maintenir pendant un temps les soins en hôpital de jour encore nécessaires. Cela implique que ces établissements aient la possibilité de développer le temps partiel.

Avec la réorganisation du secteur médico-social, nous sommes de plus en plus en difficulté pour concrétiser les orientations des enfants vers des structures médicosociales de type IME. Cela entraîne des ruptures de parcours de soin.

2.2 : L'Unité de Soins Spécialisée (USS) :

Introduction

L'USS a une vocation de soin. Essayant de dépasser les clivages théorico-cliniques actuels, nous intégrons différentes approches afin de proposer une prise en charge plurielle transdisciplinaire cohérente pour les enfants. Nous sommes convaincus de l'intérêt et de la nécessité d'associer dans la prise en charge des enfants avec autisme, les différentes dimensions qui s'entrecroisent dans le champ du soin : la dimension psychique dans sa globalité ; cognitive, affective, émotionnelle, en articulation avec les dimensions corporelles et sensorielles. Ceci non pas dans une approche clivée et compartimentée de ses domaines, qui ne ferait que renforcer les difficultés d'évolution de l'enfant, mais dans une approche globalisante et complémentaire.

Le projet général de l'unité et du soin va donc se décliner en appui de ces différents concepts et approches autour de la prise en charge de l'enfant, mais aussi autour de l'accompagnement des parents et des liens avec l'extérieur

Pour cela, l'USS est dotée d'une équipe pluridisciplinaire.

➤ **Composition de l'équipe :**

L'USS est une équipe pluridisciplinaire composée d'une Assistante Sociale, d'Educateurs -trices Spécialisés-ées, d'Éducatrices Jeunes Enfants, de Moniteurs Educateurs-trices, d'Infirmières Diplômées d'Etat, d'une Orthophoniste, d'une Psychologue, d'une Psychomotricienne, d'une Psychopédagogue, d'une Pédopsychiatre responsable d'unité.

➤ **Admission :**

Définition de la population accueillie :

▪ **Age & pathologies :**

L'Unité de soin spécialisée (USS) est l'une des trois unités d'accueil des enfants de l'Hôpital de jour des Platanes. L'USS accueille des enfants (garçons et filles) âgés en moyenne de 2 à 8 ans qui présentent des troubles envahissants du développement de type autisme typique ou atypique (Trouble du Spectre de l'Autisme).

- **La procédure d'admission :**

Sans revenir sur la description des processus d'admission présentée dans les pages précédentes, ces temps de rendez-vous avec l'enfant et sa famille permettent de recueillir une histoire de l'enfant et sa famille, de commencer à dessiner les grandes lignes de la prise en charge et de recueillir les souhaits des parents.

Cette étape s'enchaîne avec :

- **Le Groupe Passerelle :**

Le groupe Passerelle s'adresse à des jeunes enfants qui sont en voie d'être accueillis sur les groupes de l'USS (sur liste d'attente), ainsi qu'au moins l'un de leur parent. Trois enfants et leur famille sont ainsi reçus en ambulatoire dans l'attente de leur place sur l'un des groupes de référence de l'unité. Leur(s) parent(s), pour qui il s'agit souvent d'un des premiers contacts avec une structure de soin, sont également accueillis dans le cadre de ce temps proposé qui se situe à la transition entre la vie à la maison et le lieu de la prise en charge. Il s'agit de proposer un temps de prise en charge Parents /enfants environ une fois tous les 15 jours et un temps de prise en charge groupal des enfants hebdomadaire autour d'expériences sensorimotrices et de soutien de la sphère orale : comptines, jeux autour du souffle, des sons, mise en jeu du corps...

La création d'un tel groupe a pour objectif de permettre un accompagnement plus précoce de l'enfant et de sa famille que ce que l'unité peut proposer aujourd'hui, puisqu'il s'agit d'une proposition à destination des enfants sur liste d'attente. Elle permet également une prise en charge plus adaptée, avec une séparation progressive entre chaque jeune enfant et son parent, tout en essayant la qualité du lien et le sentiment de sécurité de l'enfant et du parent au sein du lieu de prise en charge. Elle permet également une transition plus facile pour l'enfant qui expérimentera un petit groupe avant son passage sur un groupe de référence de l'unité.

L'autre objectif principal dans ce groupe est d'amorcer le travail avec les familles et de soutenir le lien entre l'enfant et son parent pour les renforcer dans leur parentalité.

Le groupe permet de mutualiser les moyens que nous avons et que chaque parent peut amener dans les échanges. C'est un lieu propice aux identifications croisées avec les professionnels et les autres parents.

Lorsqu'une place est possible sur le groupe de référence cette étape s'enchaîne avec l'admission sur un groupe de l'unité de soin.

▪ **Temps d'observation et répartition sur 2 groupes de référence : Poussins/Pandas :**

Cette répartition Poussins/Pandas est déjà un premier élément important du projet de soin individualisé. Elle se décide suite à **des temps d'observation sur les groupes** avant l'admission définitive sur l'unité. Elle tient compte :

- de l'âge réel des enfants
- de leur âge développemental
- de leurs manifestations symptomatiques
- des dynamiques de groupes
- le groupe Poussins rassemble 5 enfants tandis que le groupe Pandas en rassemble 7.
- du projet de soin de **chaque groupe** :

Dans le groupe poussin, la question des enveloppes apparaît première pour les enfants les plus jeunes et les plus en difficulté. Le travail va s'axer sur l'aménagement nécessaire pour établir le lien avec l'enfant, qu'il puisse partager un lieu, un temps et des communs avec d'autres enfants, qu'il apprenne progressivement à tenir compte des autres, à intégrer les contraintes et les lois qui gèrent les temps collectifs et le monde environnant. Le nombre moindre d'enfants permet un accueil plus individualisé, plus ajusté. L'émergence des premières enveloppes psychiques et corporelles, les mouvements d'individuation vont être soutenus et accompagnés. Par ailleurs il faut tenir compte de la fatigabilité de ces enfants et de la nécessité de s'adapter à leur rythme propre qui se caractérise par une vigilance et une disponibilité décroissante au fil du déroulement de la journée.

Dans le groupe Panda, tout en conservant en arrière fond les questions de contenance et d'enveloppes, les enfants sont plus en mesure de prendre en considération l'autre. Le travail va donc être plus axé sur le soutien des interactions sociales, l'autonomie, l'accès à la représentation et au symbolique.

Les éléments architecturaux et les modalités d'aménagement des locaux de ces deux groupes tentent de tenir compte des particularités symptomatiques des enfants qui y sont accueillis (espaces différenciés, aménagement particulier d'une salle d'apaisement sensoriel...).

▪ **La part des évaluations :**

Un temps d'observation suffisant est nécessaire pour apprendre à connaître l'enfant dans l'ensemble des domaines qui le concerne. Les observations formelles et informelles doivent s'articuler et être proposées par les différents intervenants de l'institution : éducateurs et infirmiers, orthophoniste, psychomotricien, psychologue, pédopsychiatre, et pédagogues. Les évaluations formelles recommandées sont proposées, à la fois pour confirmer (l'enfant à son

entrée à l'Hôpital de Jour doit avoir un diagnostic étayé déjà réalisé) ou affiner le diagnostic (qui peut être réévalué au cours de la prise en charge de l'enfant), dans un respect du temps de l'enfant et des parents, mais aussi pour orienter notre travail avec l'enfant. Ces évaluations seront présentées aux parents, avec une participation à certaines, permettant ainsi une meilleure compréhension des objectifs et un partage des regards sur ce que nous montre leur enfant. Des réévaluations auront lieu au cours de la prise en charge (synthèse annuelle...).

▪ **L'apport des différentes approches :**

Les approches neuro-développementales et neurocognitives viennent nous éclairer sur le développement de certaines fonctions, mentales, cognitives, sociales ainsi que sur les spécificités des enfants autistes dans leur compréhension, leur perception d'eux même et de leur environnement. L'approche psychanalytique nous offre, quant à elle, un éclairage sur la construction psychocorporelle de l'enfant, sur la nature des angoisses et des clivages en place, et nous aident à faire du lien. Les troubles de la sensorialité dont l'importance est de plus en plus reconnue et mise en avant dans les troubles du spectre de l'autisme, sont maintenant pris en compte et intégrés dans nos pratiques de soins au quotidien.

Cette approche intégrative vise avant tout à permettre la mise en place d'un ensemble d'interventions de soin coordonnées. Elle permet des perspectives complémentaires (psychopathologie, neurosciences, physiologie, d'abord développemental) pour avoir une meilleure compréhension de ce que nous montre l'enfant avec autisme.

A partir de ces différents regards, ces différentes approches, nous co-construisons en équipe (et avec les apports des familles), et tentons d'articuler de manière dynamique des projets de soins spécifiques pour chaque enfant, projets prenant en compte leur singularité.

Cet usage des théories se fait de manière non dogmatique, chacun venant s'enrichir du regard de l'autre, et est enraciné dans une pratique clinique attentive à l'expression des phénomènes psychiques et corporels en situation. Des abords thérapeutiques divers, sous tendus par des approches différentes sont alors proposés en fonction des problématiques de chaque enfant :

Ainsi, les psychothérapies individuelles, la pataugeoire, bain thérapeutique, musicothérapie, atelier tissu, etc. S'appuient sur l'approche psychanalytique post Kleinienne et vont aborder essentiellement la construction psychocorporelle de l'enfant au travers de la mise en place des premières enveloppes (Haag, Anzieu,...). Ces notions d'enveloppe font également sens au niveau groupal et plus largement institutionnel.

Dans notre accueil de ces enfants, nous nous appuyons également sur les fonctions de contenance et de portage, avec une tentative de réception et de mise en sens des signes que nous livrent les enfants (P.Delion, D.W.Winnicott). Nous mettons au travail ces fonctions dans l'ensemble des temps du soin.

L'approche psychanalytique, si elle offre ainsi une possibilité de lecture clinique des difficultés des enfants que nous accueillons, offre aussi la possibilité d'organisation d'échanges et de réflexions au sein de l'équipe pluridisciplinaire dans l'analyse du transfert et du contre transfert au sein de la constellation constituée par l'équipe et plus largement l'institution.

Nous sommes également attachés à l'approche développementale et à l'appui qu'elle fournit dans la compréhension de l'évolution de l'enfant dans différents domaines : affectif, cognitif, social, relationnel et psychomoteur. Les repères qu'elle fournit nous permettent de penser des objectifs à court, moyen et long terme dans le projet de l'enfant et nous aident à organiser certaines priorisations. Elle éclaire également notre pratique clinique, soit de manière directe auprès de l'enfant (par exemple au travers de la mise en place de Thérapies d'Echange et de Développement pour soutenir chez l'enfant l'émergence de certaines fonctions mentales, sociales et cognitives) soit de façon indirecte dans la lecture de situations quotidiennes (par exemple en faisant référence au développement relationnel de l'enfant et à la théorie de l'attachement). Ce champ théorique allie ainsi un regard sur l'enfant lui-même et sur les liens qu'il tisse avec son environnement. Il fait référence au développement normal et troublé de l'enfant et des particularités dans tel ou tel domaine mais aussi, toujours dans une visée constructiviste, aux expériences subjectives de chaque enfant dans ses relations avec les personnes les plus proches et les réponses auxquelles il fait face.

Les travaux de Bullinger sur le développement précoce et les troubles sensori-moteurs sont également un appui théorique pour soutenir les propositions et réponses cliniques. Divers ateliers, notamment en psychomotricité, sont mis en œuvre et prennent en compte le réel du corps et le développement des sensations, perceptions et représentations chez l'enfant. Il s'agit d'une mise en lien des aspects neuro-développementaux et tonico-posturaux avec les aspects psychopathologiques. C'est un point de vue sur l'enfant, dans sa globalité, motrice et psychique, en interaction avec son environnement.

L'abord du traitement des informations sensorielles chez les enfants avec autisme est maintenant un pan essentiel dans la prise en charge des enfants que nous accueillons. Nous proposons des

évaluations spécifiques et une prise en compte de ces particularités de mode de traitement dans l'ensemble des domaines du soins proposés.

L'approche cognitive permet de prendre en compte les difficultés des personnes autistes dans l'utilisation de certaines fonctions et notamment celles qui interviennent dans la perception et le traitement des informations (défaut de cohérence centrale, du fonctionnement exécutif, de la perception sociale primaire, de la théorie de l'esprit, de l'intégration sensorielle multimodale...). Elle permet une appréhension des processus d'automatisation de l'enfant sur les plans langagiers et moteurs, ainsi que des fonctions exécutives sous tendant les perceptions, les apprentissages (inhibition, planification, sélection de l'information pertinente) et nous guide dans certaines pistes d'accompagnement ciblé (aménagement des situations, lieux, consignes, utilisation de support tablette et logiciel adaptés et spécifiques).

Elle permet de proposer des prises en charge reposant sur des modes de stimulation adaptés à leurs difficultés.

Ainsi, par exemple l'atelier « petits détectives » qui s'axe sur les pré-requis aux habiletés sociales, vient aider l'enfant à mieux percevoir et analyser une situation. Il reconnaît les principales émotions (les leurs et celle des autres) et comprend mieux l'intention de l'autre en ayant une meilleure lisibilité de son environnement.

Les apprentissages spécifiques eux, s'appuient sur l'approche TEACCH (Treatment and Education of Autistic and other Communication disabled CHildren). Cette approche cognitivo-comportementale repose sur une structuration importante au niveau spatial et temporel ainsi que sur un mode particulier de présentation des tâches, activités et actions proposées afin d'aider les enfants autistes à une meilleure structuration de la pensée, de meilleures perceptions et traitement des informations (dans ce cas précis nous l'appliquons au domaine des apprentissages).

Les outils de communications :

Une des particularités et un point fort de l'USS est d'avoir développé depuis sa création, l'usage des outils de communication augmentative et/ou alternative. Une orthophoniste spécialisée dans ce domaine supervise leur mise en place, leur utilisation et leur évolution selon les besoins des enfants et des personnels.

Ces outils sont proposés très tôt dans la prise en charge des enfants car ils sont un point clé de leur évolution. Ils s'appuient sur les très bonnes compétences visuelles des personnes avec

autisme qui favorisent le traitement de l'information visuelle plutôt que le traitement de l'information auditive.

Les méthodes de communication alternative et/ou augmentative utilisées sont soit gestuelles « Makaton » soit, le plus souvent, visuelles « Picture Exchange Communication Système » (PECS). Ces deux méthodes ont montré leur efficacité dans la compensation des difficultés de communication verbale et non verbale. Elles donnent à l'enfant les moyens de se faire comprendre, de faire des demandes, des commentaires, et de mieux comprendre son environnement.

Au sein de l'USS, ces outils sont mis en place individuellement en tenant compte du niveau de développement de l'enfant et de son niveau d'accès à la représentation. Ils sont ensuite proposés sur le groupe de référence notamment au cours des temps d'accueil, des temps de petits déjeuners, et tout au long de la journée selon les possibilités de l'enfant. Ces outils supportent les moments de transition et accompagne l'enfant dans ses différentes prises en charge. L'objectif sera la généralisation de ces outils, c'est-à-dire leur utilisation au domicile et dans tous les lieux de vie de l'enfant.

A l'USS, tous les intervenants peuvent accueillir l'outil de communication spécifique à l'enfant et peuvent ainsi interagir avec lui, l'accompagner dans l'acquisition d'une communication de plus en plus fonctionnelle.

Au fur et à mesure, la famille pourra être sollicitée pour permettre la généralisation de l'outil de communication dans les autres lieux de vie de l'enfant. Des rencontres avec l'orthophoniste sont alors programmées.

Un temps spécifique est maintenant dédié à la création de ses outils.

Enfin, au sein du groupe de référence, une structuration du temps et de l'espace, s'appuyant sur la modalité visuelle est mise en place : emplois du temps de groupe, emplois du temps personnel de l'enfant (images ou mots écrits), identification d'espaces dédiés, séquençage pictographié de moments clés comme le passage aux toilettes, le lavage des mains, le brossage des dents...

Cet aménagement de l'environnement avec des supports visuels apporte à l'enfant une meilleure lisibilité des situations, des possibilités d'anticipation des activités / des prises en charge à venir ce qui contribue à son bien-être et à son adaptation.

Ces outils, adaptés à chacun vont contribuer au développement de la communication qu'elle soit non verbale ou verbale mais aussi à la diminution des troubles du comportement.

Les tablettes numériques sont depuis 2020 un outil utilisé sur l'unité (Projet fondation orange). Ces tablettes pourvues de logiciels spécifiques, permettent de soutenir la communication mais également de faciliter le traitement des informations chez les enfants (logiciel de ralentissement, séquençage, timer...) et de soutenir les apprentissages et ce dans un lien domicile /hôpital de jour. C'est un outil que nous devons continuer d'expérimenter, tout en continuant à nous former à leur utilisation.

De même une structuration du temps et de l'espace est également pensée sur les deux groupes de référence et sur différents temps de soin (emplois du temps visuels, indentation d'espaces dédiés, séquençage...).

➤ **Mise en œuvre du projet de soins de l'enfant :**

▪ **Le Projet Personnalisé d'Intervention : un projet de soin individualisé pour l'enfant :**

Chaque projet de soin personnalisé est conçu lors des temps de réunion en équipe pluridisciplinaire à partir des différentes observations et bilans réalisés lors des premiers mois de prise en charge. Il prend en compte les besoins des enfants, les soins déjà mis en place en dehors de l'Hôpital de Jour et la disponibilité des soignants de l'USS.

Chaque projet personnalisé d'intervention est présenté par le médecin aux familles et coconstruit pendant cet entretien afin de pouvoir finaliser le PPI qui correspond à leurs attentes et aux besoins de leur enfant. Une copie du projet personnalisé d'intervention (PPI) leur est donnée à cette occasion (projet et emploi du temps de l'enfant). Un échange autour de ces propositions a lieu avec la famille. Par ailleurs, les rendez-vous réguliers avec les parents tout au long de l'année en font des partenaires essentiels dans l'élaboration et l'évolution du projet de leur enfant.

Le travail relationnel est la base du soin proposé à l'enfant.

L'ensemble des interventions soignantes est centré sur :

- la relation soignante
- le respect et la reconnaissance des spécificités de l'enfant
- l'observation et la prise en compte des manifestations de l'enfant et leur décodage dans le but d'aider l'enfant à acquérir des outils (internes ou externes) pour mieux se percevoir lui-même et mieux percevoir le monde environnant.

Il s'agit à la fois de prendre en compte l'aspect intrapsychique de l'enfant, la construction de son monde interne mais également son mode de rencontre et d'appréhension du monde extérieur, de l'environnement et de pouvoir mettre en lien ces deux aspects. Cela s'accompagne d'une mise en mot, une mise en récit (commentaires émotionnel) des éprouvés de l'enfant.

La prise en charge de l'enfant, son projet de soin va s'articuler autour de trois grands axes (souvent intriqués).

- un axe éducatif, qui va soutenir un accès à l'autonomie, à la socialisation dans une approche graduée, progressive.

- un axe thérapeutique qui va accompagner et soutenir l'enfant dans sa construction psychique et corporelle, son individuation ainsi que dans son rapport à l'autre et au monde.

- un axe pédagogique qui va soutenir l'entrée dans les premiers apprentissages, la construction de la pensée, l'accès à la représentation et la symbolisation.

Les indications de prise en charge se font sur la base d'observation cliniques structurées, de bilans /évaluations qui permettent un repérage des particularités de chaque enfant (sur le plan relationnel, cognitif, émotionnel, corporel, sensoriel...)

L'aspect somatique est également pris en compte avec un accompagnement autour de cette question au cours de l'ensemble de la prise en charge de l'enfant.

▪ **Les différentes modalités d'hospitalisation proposées :**

✓ ***Groupes de référence :***

C'est le premier lieu de soin où le « vivre avec » est corrélé avec le « prendre soin ». Le travail repose sur la présence et la permanence des éducatrices (spécialisées et de jeunes enfants) et infirmières de groupe, qui assurent une continuité de base à l'enfant. Les groupes de référence ont été pensés autant que possible pour adapter l'environnement aux particularités (sensorielles, cognitives, besoin de contenance) des enfants. Ils sont structurés dans l'espace (aménagement d'espaces contenant, lieux repérés) et dans le temps. Une forme de routinisation aide la plupart des enfants à se repérer. Il existe sur les deux groupes un usage généralisé des supports perceptifs susceptible d'aider les enfants dans leur repérage (ex : emploi du temps visuel, pictogrammes, photos, timer...). Chacun des groupes sera aussi le lieu de la mise en place d'un usage individualisé d'outils de communication adaptés, chaque fois que cela s'avère pertinent (en fonction du PPI de chaque enfant) et possible.

✓ ***Les prises en charge des enfants sur chacun des groupes de référence :***

Il s'agit d'un point central des soins proposés à chaque enfant. Le groupe de référence constitue en effet le lieu de base de l'enfant, celui où il évolue la plupart du temps, un repère tant d'un point de vue de la permanence des personnes (éducatrices spécialisées et de jeunes enfants et infirmières référentes) que du lieu.

Chaque groupe est pris en charge par deux soignantes.

Les soignantes (éducatrices et infirmières référentes) proposent un travail du quotidien avec l'enfant qui comporte plusieurs axes mêlés entre eux.

L'axe relationnel comme mentionné ci-dessus est la base du soin proposé à l'enfant. Il s'agit dans un premier temps d'accueillir l'enfant au sein du groupe, s'appuyant sur la fonction d'accueil (phorique), la fonction soignante consistant à offrir l'ensemble des portages nécessaires au développement de l'enfant. La continuité de cette fonction contenante est nécessaire pour accueillir, recueillir et contenir les comportements, les angoisses, les projections et les clivages des enfants que nous recevons. En effet, il s'agit de tenter d'assurer une continuité de penser et d'être face à des clivages souvent importants entre les aspects corporels, cognitifs, relationnels, émotionnels et sensoriels chez ces enfants. Cette première fonction passe également par la prise en compte de la mise en place des premières enveloppes psychiques et corporelles chez l'enfant. Dans cette perspective, le passage de l'intersubjectif à l'intrapsychique est une des pistes à suivre, puisqu'il s'agit, dans le développement de l'enfant que ce dernier puisse intérioriser ce qu'il expérimente des interactions « suffisamment satisfaisantes ». Il est donc nécessaire de tenir compte des singularités de l'enfant, qu'elles soient sur le plan des interactions, du cognitif, de l'émotionnel et de l'affectif, du sensoriel, du corporel et psychique pour permettre d'ajuster au mieux notre mode de rencontre.

L'aménagement de cet accueil, se fait donc à différents niveaux :

- Dans l'aménagement de l'environnement :

- au niveau de la structuration spatiale : aménagement d'espaces contenant, prise en compte des ouvertures, des espaces de transitions, aménagement ajusté aux particularités sensorielles et cognitives (épuration de l'environnement, prise en compte des bruits, des lumières...) aux particularités corporelles-psychiques (besoins de contenance, appuis, axe, enveloppe...),

- au niveau de la structuration du temps : routinisation, généralisation des supports perceptifs susceptible d'aider les enfants dans leur repérage et leur compréhension (emploi du temps visuels, pictos, photos...).

- Dans l'aménagement de la relation :

- l'accueil bienveillant, la disponibilité psychique et physique des soignants va poser les bases de la relation et va viser à permettre une rencontre avec l'enfant. Progressivement, de manière graduée, l'accompagnement se fait vers une acceptation, puis vise une intégration du « vivre avec », partager un espace commun, des rythmes communs, l'attention des adultes, puis certains ateliers, certaines activités et jeux dans une interaction possible.

Les fonctions de mise en signe et de tentative de mise en sens, de transformation, vont permettre à chaque enfant de transformer son vécu sensoriel en vécu corporel, affectif, émotionnel et cognitif. La mise en mots, permet à l'enfant de ressentir, d'intégrer ses propres émotions et de reconnaître et apprécier l'aspect partageable de l'expérience.

La communication et la socialisation sont également au centre du travail proposé. L'ensemble des soignant va s'attacher à soutenir et développer les capacités de communication et de socialisation de l'enfant en s'appuyant sur le lien établi avec l'enfant, mais aussi sur ses capacités d'expression verbale et non verbale, ses capacités de perception, d'imitation, d'attention conjointe...

L'utilisation des pictogrammes par les équipes soignantes sur chacun des groupes de référence est accompagnée et supervisée par une orthophoniste spécialisée de façon hebdomadaire. La mise en place du système de communication alternative augmentative se fait en fonction du niveau de développement de l'enfant et de ses capacités de représentation. Les familles sont associées à la mise en place des classeurs de communication quand une généralisation devient possible.

Le temps du petit déjeuner est un moment de soin où nous travaillons de manière plus spécifique la communication, en essayant de soutenir l'échange, la demande, l'interpellation, en fonction des capacités de l'enfant et souvent en appui sur des outils spécifiques de communication.

Les activités s'appuient sur des jeux divers plus ou moins complexes (jeux/exercices sensori-moteurs, relationnels, d'anticipation, Etc..). Les enfants sont régulièrement invités à se tourner vers l'autre, notamment en passant par le circuit de la demande.

Les activités proposées aux enfants sur les Poussins et sur les Pandas alternent entre activités groupales, activités individualisées ou encore temps libre laissé aux enfants.

Nous nous appuyons sur ce que l'enfant est capable de comprendre et de faire et surtout nous tenons compte de ce qu'il nous montre, de ses rejets, ses incompréhensions et plus encore de ses intérêts. En partant de ces points d'appui, nous tentons de soutenir ses intérêts, stimuler sa curiosité et ouvrir le champ des possibles.

L'autonomie : Sur chacun des groupes sont également travaillées les questions de la propreté et de l'autonomisation.

Les temps de repas et de petits déjeuners ou encore de goûters sont des temps de soin auxquels participent régulièrement les autres personnels de l'équipe soignante ce qui permet de croiser les regards et de partager nos réflexions. Suivant le projet de l'enfant, différents axes de travail peuvent être envisagés : autour de la diversification alimentaire (présence assez fréquente d'une forte sélectivité liée à des particularités sensorielles, psychiques ou cognitives...), de la demande, de l'interpellation, de l'autonomie, etc... Ces questions sont discutées en équipe et avec les parents afin d'ajuster nos objectifs.

Les moments de passage des enfants, d'un lieu à un autre, sont adaptés à chaque enfant et pensés comme un soin (moments de détachement, parfois vécus comme moments de coupure, moments de rencontre avec la frustration).

C'est à une foule de détails auxquels des professionnels rigoureux et bienveillants sont attentifs pour faire évoluer le projet de soin de chaque enfant autour de l'organisation des prises en charge collectives ou individuelles.

Le travail groupal aide par exemple à développer l'autonomie dans certains actes du quotidien, la découverte de l'espace ou la mise en place d'éléments de pré-langage.

Les temps de récréation : Les temps de récréation sont des temps essentiels et précieux dans le projet de soin de chaque enfant. Ce sont des temps de liberté, des temps de respiration, et des temps d'expériences.

Globalement, la durée d'une récréation varie de 15 à 30 minutes selon différents critères prédéfinis. La récréation a lieu dans une cour centrale où sont à disposition des jeux (panier de basket, trottinettes, bicyclettes, ballons, cerceaux...), des structures de jeux (toboggans, balançoires, petite maison d'escalade, voiture fixe, parcours moteur clôturé) et un préau.

Cet espace et ce temps de récréation s'inscrivent pleinement dans le dispositif global du temps de soin. Il s'intègre aussi aux temps des groupes de référence au même titre que l'accueil, le petit déjeuner, le repas, mais dans un espace plus vaste et donc parfois source d'autres manifestations éventuelles. Ce n'est pas une rupture dans le soin mais il représente une vraie continuité dans la notion de « prendre soin ».

Ce moment peut être comparé à un temps interstitiel, transitionnel, ce qui peut entraîner des difficultés à l'inscrire avec les autres prises en charges extérieures au groupe de référence. Ce moment de récréation peut être un temps de repos psychique pour certains (par exemple,

expression de stéréotypes) et/ou un temps où l'enfant est sollicité pour travailler différents axes de son projet de soin individualisé. Par exemple, il peut être soutenu dans l'interaction (enfant et/ou adulte), l'imitation, l'attente, la frustration, la demande et donc différentes notions de socialisation. Il se travaille aussi la notion de loi symbolique avec une obligation de généraliser les notions d'interdit ou d'autorisation, de respect des règles.

Ce temps de récréation est un temps plus informel dans le temps de soin bien que défini dans son cadre horaire (noté dans l'emploi du temps journalier des enfants). La notion d'enveloppe est travaillée mais plus dans la dimension institutionnelle que du groupe de référence. Il peut se jouer une relation différente avec les référents de groupes car la notion de référence reste présente pendant ce temps. La notion de transversalité entre les groupes et les unités doit rester un axe de travail.

Cette enveloppe plus grande et plus élastique est commune aux deux unités de l'USS et peut parfois s'ouvrir aux autres unités ce qui permet de travailler le lien à l'autre, l'ouverture vers d'autres adultes et la distance. Il y a un ajustement nécessaire de l'adulte pour être à bonne distance des enfants. Cette distance doit s'évaluer en fonction des dimensions collectives et individuelles. Les expériences des enfants doivent être accompagnées tout en laissant une liberté dans les interactions.

Ce qui sous-entend que les adultes doivent être disponibles pour l'échange. Des rencontres avec les enfants et les référents des autres groupes de vie peuvent être aussi des objectifs pour travailler les repères, l'autonomie et la généralisation. Certains enfants peuvent solliciter des adultes qu'ils connaissent peu (d'autres groupes ou d'autres unités de soin). Les observations des professionnels et les regards sont alors croisés et permettent une meilleure transdisciplinarité. Tout adulte peut intervenir avec n'importe quel enfant et venir exercer la fonction de tiers.

✓ ***Prises en charges individuelles :***

Elles permettent un suivi individuel de l'enfant et se font sur indication en fonction des axes de travail définis lors du projet de l'enfant.

- orthophonie
- psychomotricité
- psychothérapie
- thérapie d'échange et de développement : la pratique de thérapie d'échange et de développement (sur des temps individuels ou groupaux) est actuellement favorisée (et soutenue

par des formations en interne) avec une volonté de plus développer cette pratique au sein de l'unité.

- apprentissages spécifiques
- psychopédagogie
- pataugeoire
- atelier imitation

Les professionnels viennent généralement chercher l'enfant sur son groupe de référence et le raccompagne à la fin de la prise en charge, avec une attention particulière accordée aux temps de transition. En effet ces temps sont essentiels dans l'éprouvé d'une continuité des soins et d'exister et ils sont accompagnés au travers de différentes propositions en fonction des enfants (proposition de matériel, d'objets, de pictogrammes, travail sur les appuis, le rythme...).

✓ ***Prises en charges groupales /ateliers thérapeutiques :***

Elles permettent un travail en petit groupe et se font également sur indication en fonction des axes de travail définis lors du projet de l'enfant.

- petit groupe à médiation (musique, danse, jeux symboliques.)
- atelier petit détective (premières habiletés sociales)
- atelier rythme et synchronie (accordage relationnel)
- groupe travail autour de l'oralité (croq'en bouche, des pieds à la tête)
- atelier repérage
- atelier pré-repérage
- atelier créatif
- atelier jeu symbolique
- atelier contenant
- atelier enveloppe
- atelier tissu

Ces ateliers sont parfois amenés à être remaniés en fonction des indications.

▪ **Les axes principaux de travail :**

L'ensemble des activités de soin, sur les groupes de référence, en individuel ou en atelier collectif vise :

- la prise en compte du corps, de ses enveloppes, de ses limites ainsi que des particularités sensorielles
- la prise en compte du monde intrapsychique de l'enfant, la construction, de son monde interne, son individuation, et son rapport au monde extérieur.

- la prise en compte des capacités de représentation et de symbolisation des enfants, à des fins de construction et d'organisation de la pensée et du langage (construction de représentations mentales stables qui vont permettre à l'enfant d'organiser sa psyché et de s'individualiser)
- la socialisation et la communication pour soutenir les enfants dans leurs échanges avec les autres.

Les prises en charge collectives des enfants se font sur les groupes de référence ou en dehors de ces groupes. Ces « ateliers » de soin associent des professionnels et des éducatrices spécialisées et infirmières de groupe de référence (Cf liste ci dessus). La mise en place des ateliers est susceptible de changer en fonction des indications posées et donc peut varier en fonction des problématiques des enfants reçus. La création de nouveaux ateliers ou la poursuite de ceux déjà en place est donc réinterrogée régulièrement.

✓ ***Le soin somatique :***

La prise en compte de l'aspect somatique se fait tout au long de la prise en charge de l'enfant. Elle est favorisée par la présence d'une infirmière dont le rôle est dédié à cet aspect. Mais aussi par la présence d'infirmière sur le groupe.

Cela débute par :

- Un entretien systématique avec l'infirmière lors de l'entrée de l'enfant à l'hôpital de jour avec : reprise de l'anamnèse somatique de l'enfant et la sensibilisation des familles à l'attention à porter à la douleur et aux soins du corps, avec une grille d'évaluation de la douleur GEDDi de base remplie avec eux à cette occasion.

Et se poursuit par :

- Un bilan somatique étiologique initial systématique (il peut avoir été réalisé en amont de l'admission) : il consiste en un audiogramme et un examen neuropédiatrique qui indiquera les examens complémentaires à réaliser et orientera possiblement vers le service de génétique.
- Une préparation aux soins somatiques avec un accompagnement éventuel sont proposés notamment pour les soins dentaires, prises de sang, consultations spécialisées...

Pour cela nous avons développé des **temps d'habitation aux soins** qui sont indiqués en fonction des problématiques rencontrées par l'enfant.

- Soutien aux soins corporels (en particulier brossage des dents, lavage de mains, couper les ongles, mouchage, etc..). Ceux-ci peuvent également faire l'objet de temps d'habitation aux soins.

- Lien avec le médecin traitant

✓ ***L'infirmierie :***

C'est un lieu dédié à l'accueil des problématiques corporelles somatiques en tenant compte de la complexité de leur intrication avec le psychisme et des particularités cognitives et sensorielles spécifiques de l'enfant.

Les données médicales, les constantes, des enfants y sont recueillies ; l'hyperthermie, les blessures et la douleur y sont évaluées avec des outils adaptés spécifiques (échelles, outils visuels...), accueillies, traitées puis transmises afin de faciliter nos relations avec les partenaires du soin somatique.

Les soins spécifiques somatiques, ou autour de l'alimentation pourront également être accompagnée par l'infirmière selon des modalités définies lors du projet de soin de l'enfant.

✓ ***L'apport des personnels des services généraux :***

Certains membres du personnel technique, notamment la personne intervenant sur l'unité plus spécifiquement, peuvent être sollicités pour accompagner des enfants sur des temps particuliers de la prise en charge (transport et repas). Cette présence permet une adaptation aux spécificités alimentaires de certains enfants (découpage, mixage, repas spécifiques..). Cette présence est précieuse et bien repérée et elle peut faire l'objet de temps de régulation spécifique.

✓ ***Les temps de réunion, temps des échanges et des débats :***

La mise en œuvre du projet de soin pour chaque enfant ne peut tenir que parce qu'il y a ces temps de réunion de l'équipe pluridisciplinaire, ces temps d'échanges, de réflexion et d'ajustements nécessaires, concernant aussi bien les projets de soin des enfants que positions subjectives des soignants.

C'est la question de ces nécessaires ajustements, qui nous permet d'assurer un maillage cohérent de nos différentes approches, de nos regards croisés, qui sous-tend chacune des réunions malgré leurs intitulés différents :

- Les réunions de synthèse, lieu de mise en commun des modalités d'accompagnement de chaque enfant opéré par l'ensemble des soignants. Elles sont l'occasion de regards croisés et du
- Tissage d'un travail transdisciplinaire. Des objectifs généraux, des pistes de travail sont dégagés au décours de ces synthèse et un compte rendu de la synthèse est présenté aux parents

sur le PPI , des réorientations du projet peuvent en découler. Les partenaires y sont invités, en règle générale.

- Les réunions dites « point de situation » : elles concernent un ou plusieurs enfants et permettent de déplier une question précise qui se pose de manière aiguë pour les enfants qui en font l'objet.
- Les réunions d'organisation et de fonctionnement de l'unité : elles prennent en compte les besoins des équipes au regard des dynamiques des deux groupes, « Poussins » et « Pandas ».
- Les réunions de Groupe d'Analyse de Pratique avec un psychologue extérieur à l'institution : mensuelles, ces réunions permettent à l'ensemble de l'équipe d'échanger, autour de questions venant animer l'équipe, que ce soit sur des réflexions d'équipe, des mouvements institutionnels, ou au regard du cas particulier d'un enfant ou de l'ensemble des enfants que nous accueillons. Elle contribue à analyser les mouvements qui animent enfants comme adultes en charge de les accueillir, et nous oriente dans nos réflexions, dans l'ajustement de nos postures et plus généralement dans le soin. Ce regard extérieur est aussi le garant d'une dynamique de pensée et d'une nécessaire mise en perspective.
- Les réunions inter-unités de suivi des familles : le suivi et l'accompagnement des familles qui est régulier dans chacune des 3 unités de l'hôpital de jour, y sont abordées, les collègues des autres unités faisant là, office de tiers.
- Les réunions institutionnelles : peuvent aussi être, pour chaque unité de l'Hôpital de Jour, un lieu d'adresse à des pairs pour aborder le cas particulier d'un enfant, éventuellement, ou pour évoquer des questions de fonctionnement, d'organisation ou des réflexions autour de la vie institutionnelle.
- Les réunions propres à la démarche qualité dont la liste est longue, sont pleinement intégrées à la réflexion des équipes sur la question du soin et des améliorations possibles.

La mise en œuvre du soin et de l'organisation de l'USS en lien avec les deux autres unités de l'Hôpital de Jour n'a de sens et ne peut s'opérer que dans les liens tissés avec les partenaires extérieurs à l'hôpital de jour.

✓ ***Les liens avec les partenaires :***

Au premier rang desquels figure :

La famille

Les liens avec les familles sont évidemment essentiels à la prise en charge de l'enfant. Toute la mise en œuvre du soin ne peut se faire qu'avec une collaboration étroite avec eux, un véritable

partenariat. Les parents ne sont ni des patients, ni des co-thérapeutes, mais c'est dans une complémentarité des regards que nous devons réfléchir ensemble autour de l'enfant. C'est à leur parentalité, que nous nous adressons, à leur capacité à nous apporter dans un échange, une compréhension commune de ce que vit leur enfant afin de construire ensemble un moyen de l'aider au mieux. Ils sont au cœur du quotidien avec l'enfant. Ainsi ce lien nécessaire se doit d'être étroit et régulier, il se crée dès la procédure d'admission et se poursuit selon différentes modalités.

Il est essentiel de pouvoir nous aussi fournir aux parents un soutien mais aussi une représentation de ce que vit leur enfant au quotidien, tout en préservant l'espace de soin de ce dernier.

Nous proposons donc :

- lors de la remise du livret d'accueil à l'admission, une plaquette est remise à la famille, spécifique de l'USS avec les photos et les fonctions de l'ensemble de l'équipe.
- une visite de la structure lors d'un temps de rentrée ou les parents peuvent visiter l'unité en dehors de la présence des enfants, rencontrer les différents soignants, où chacun peut présenter ses modalités d'approche des enfants dans le cadre de sa fonction particulière.
- des échanges lors des rencontres régulières des familles avec le référent chargé de leur suivi, rencontres qui sont régulées par les réunions inter-unités des suivis de famille. Il est possible de proposer des rencontres également avec des membres de l'équipe en fonction des situations.
- des rencontres avec le médecin référent de l'USS au moins pour la présentation du projet personnalisé d'intervention (projet de soin) et pour un bilan de fin d'année.
- des rencontres avec l'assistante sociale du service, autour de l'accompagnement dans les orientations, les liens avec la MDPH, avec les partenaires sociaux et dans le cadre des suivis famille....
- un programme d'éducation thérapeutique (mise en place depuis 2013-2014) sur les troubles envahissant du développement. Ces séances d'ETP permettent de rassembler 5 à 7 familles de l'USS pour des échanges autour d'un programme qui concerne les troubles dont sont affectés les enfants que nous recevons. Ainsi, partant des représentations et des attentes des familles, nous cheminons ensemble vers une vision plus partagée, qui s'enrichit des connaissances de chacun, professionnels comme parents autour de thématiques en lien avec l'autisme.
- des propositions de travail spécifique parent /enfant peuvent se faire selon les indications.
- des échanges téléphoniques.
- des albums photos (lors d'évènements particuliers, anniversaires, sorties, fin de prise en charge...).

- la création d'un outil spécifique comme le « carnet de route », sorte de « livret d'identité » de l'enfant a été pensé pour soutenir l'enfant et sa famille dans le lien sur l'extérieur. Sur indication posée en équipe, il s'agit d'une co-élaboration avec la famille d'un carnet, évolutif (support numérique) sur le « mode d'être » de l'enfant, son mode d'entrée en relation, son mode de communication, ses intérêts, ses difficultés, ses particularités sensorielles, etc...

Ce carnet s'élabore avec les parents, la psychologue du service et les professionnelles de l'unité recevant l'enfant au quotidien, afin de partager des visions complémentaires sur l'enfant. Cet outil peut alors servir d'« interface » avec un extérieur (école, crèche, garderie, activités extra-scolaire, famille élargie, etc...) pour une meilleure compréhension de l'enfant et ainsi favoriser un accueil bienveillant, une empathie, et susciter un meilleur ajustement à sa façon d'être singulière.

- des rencontres ponctuelles avec les professionnels intervenants avec l'enfant peuvent être organisées (éducatrices, infirmières...).

Les liens avec les écoles et lieux de socialisation

Les enfants accueillis sur l'USS sont inscrits dans un processus d'inclusion sur des lieux de socialisation. Nous soutenons ses projets tout en prenant en compte des difficultés, des possibilités d'adaptation ou non des enfants et nous tentons de mettre en lien la réalité de l'enfant, les souhaits des parents et les objectifs qu'on peut attendre de cette inclusion.

Concernant l'inclusion scolaire, nous accompagnons les parents autour de l'élaboration du projet, de sa mise en œuvre, et le directeur de l'Hôpital de Jour, la psychopédagogue ou bien encore l'assistante sociale de l'USS assurent une coordination avec les écoles, par téléphone, courriels ou à l'occasion des réunions mises en place par les écoles, où se retrouve alors le lien avec les familles. Un lien est également possible avec les AESH.

Notre établissement est par ailleurs un lieu accueillant des enseignants spécialisés dans le cadre de leur stage de formation.

Les enfants peuvent également bénéficier de temps en crèche spécialisée ou ordinaire.

Un outil spécifique, le « carnet de route » a été créé pour venir soutenir « l'inclusion » de l'enfant sur l'extérieur. Ainsi que développé ci-dessus cet outil peut alors servir d'interface avec

l'extérieur (école, crèche, garderie, activités extra-scolaire, famille élargie, etc...) pour une meilleure compréhension de l'enfant et ainsi favoriser un accueil bienveillant, une empathie, et susciter peut-être un ajustement à sa façon d'être singulière.

Les liens avec les partenaires du soin :

Liens avec les services hospitaliers : essentiellement le service de neuro-pédiatrie et de pédiatrie du CHU, les services de génétique, le CRA, les services d'odontologie et tout autre service du CHU susceptible d'être concerné par la prise en charge d'un enfant.

Un lien privilégié a été développé avec le Centre Expert Handicap pour des bilans somatiques, soins (notamment dentaires), ou habitude aux soins.

Liens avec les partenaires libéraux : au premier rang desquels se trouve le médecin traitant-référent de la famille, les orthophonistes, psychomotriciens, les orthoptistes, les ophtalmologues, les psychothérapeutes, les dentistes et les équipes des prises en charge ABA. Ce sont là autant de partenaires susceptibles d'être invités lors des réunions de synthèse des enfants que l'on accueille en commun.

Liens avec les partenaires sociaux : sans être exhaustifs, nous mentionnerons là les PMI, TISF, familles d'accueil, les services de l'ASE et tous les partenaires du terrain qui interviennent auprès des enfants, en collaboration ou au sein des familles. Autant de partenaires qui peuvent aussi être invités lors de réunions de synthèse ou de point de situation précis.

Liens avec les autres unités de l'Hôpital de Jour :

Déjà évoqués, ces liens s'établissent à travers les réunions institutionnelles, les réunions des instances ainsi qu'à travers les réunions de suivis des familles et la Conférence Médicale d'Etablissement mais aussi à travers d'autres manières informelles.

Il existe la possibilité de créer suivant les indications et les besoins des ateliers transversaux entre les unités.

Liens avec les partenaires de suite :

Essentiels, ces liens avec les partenaires qui accueillent les enfants après leur prise en charge à l'USS se font en amont et en aval de nos prises en charge : en amont pour affiner nos connaissances mutuelles entre partenaires ou bien encore pour améliorer nos procédures de passage d'un établissement à l'autre ; en aval, pour accompagner le passage des enfants, au cas par cas, vers une institution de suite dans une transition anticipée en tentant de maintenir une continuité dans le soin. Les prises en charges des enfants prennent fin lors de l'année de leur 8 ans.

Ces partenaires de suite peuvent être :

- Une autre unité de l'Hôpital de Jour Les Platanes.
- Les autres hôpitaux de jour (Caychac en particulier), les IME, les ITEP et SESSAD, les PCPE, les écoles, la MDPH, au centre de la plupart de ces procédures d'orientation vers un établissement relai.
- Les partenaires libéraux

Nous avons aussi un partenariat régulier avec les structures sociales de type MECS ou CDEF. Nous travaillons étroitement avec des crèches spécialisées ou non. Nous rencontrons régulièrement toutes les familles d'accueil.

Nous avons construit un partenariat conventionné avec un Foyer occupationnel afin que les adultes puissent confectionner des pictogrammes pour aider les enfants à communiquer.

➤ **Perspectives - points forts et difficultés :**

Les perspectives générales : Renforcer nos liens avec nos partenaires.

Développer les outils spécifiques de l'USS.

Ces perspectives seront développées dans l'annexe 1.

Les points forts :

- L'un des points forts de l'USS repose sur la bonne qualité d'échanges et de conversation au sein de l'équipe pluri-disciplinaire. Elle favorise notre adaptabilité et notre ajustement dans un souci constant de qualité du soin proposé.
- La pluri et la transdisciplinarité est également un des points forts de cette unité, qui nourrit les échanges. La diversité des abords tente de s'articuler autour d'une compréhension partagée ou chacun s'imprègne et s'enrichit du regard de l'autre dans une dynamique qui favorise la créativité.
- Les liens avec les familles, comme celles-ci peuvent en témoigner, sont particulièrement pris en compte.
- La tenue rigoureuse des dossiers des enfants accueillis avec des objectifs constant d'amélioration depuis la mise en place du dossier informatisé
- L'amélioration des liens avec nos partenaires adresseurs et de suite, est à poursuivre.

Les points faibles :

- Un manque de moyens dans certaines catégories de personnels, voire une réduction de l'ensemble de nos moyens constituent là notre point faible le plus net. Des besoins se font ressentir en orthophonie, en infirmières, mais aussi comme mentionné ci-dessus cela impacte notre soutien à accompagner l'inclusion scolaire et sur les lieux extérieurs, l'accueil des fratries, ainsi que la possibilité de réaliser des évaluations plus fréquentes pour réajuster le projet au plus près des besoins de l'enfant.
- Autre point de faiblesse, l'impossibilité parfois, de pouvoir proposer davantage de temps d'accueil à certains enfants qui en auraient besoin ; ceci en raison du fait que nous accueillons plus d'enfants pour tenter de répondre aux trop nombreuses demandes. Cette question est directement en lien avec les difficultés des établissements de suite à accueillir les enfants sortant (attente importante qui s'est majorée).

➤ **En conclusion :**

Le travail, au sein de l'USS des Platanes, nous confronte à des enfants dont les particularités nous amènent à soulever des questions d'une grande complexité.

C'est par un travail rigoureux, patient, humble et déterminé, fondé sur un principe de maillage s'appuyant sur notre pratique clinique, nos fondements théoriques, les recommandations de bonnes pratiques, l'évolution du cadre réglementaire, et l'avancées des connaissances scientifiques que les complexités peuvent s'éclairer pour ouvrir à de nouveaux liens à la fois pour les enfants que nous recevons, pour leur famille et pour nous-mêmes.

2.3 : L'Unité de Soin Séquentiel en Ateliers Thérapeutiques (USSAT) :

Introduction :

L'USSAT est l'aboutissement d'une structure de type CATTP créée en 2000 par le Centre Psychothérapique Les Platanes, et encore récemment nommée Unité de Soin à Temps Partiel.

La mission essentielle de cette Unité est une intervention thérapeutique précoce et soutenue, proposant un soin séquentiel pour des pathologies ayant débuté dans la petite enfance. L'USSAT accueille des enfants présentant une grande diversité de troubles psychiques et son équipe soignante est pluridisciplinaire. Elle privilégie dans son principe une inclusion scolaire au gabarit de temps important et s'articule étroitement avec celle-ci. Les temps de soins sont répartis sur la semaine, sous forme d'interventions ciblées et coordonnées, principalement sous forme d'ateliers thérapeutiques, dans une amplitude horaire qui peut aller de 30 mn à une demi-journée et à une fréquence d'une à trois voire quatre séances hebdomadaires. L'orientation globale du travail est d'inspiration psychanalytique, c'est à dire centrée sur un abord psychopathologique de la clinique de l'enfant qui oriente les propositions thérapeutiques. Elle propose tout au long de la prise en charge une approche intégrative, conjuguant éventuellement, en fonction des besoins de l'enfant, les axes psychothérapeutiques avec des outils supports de communication ou de remédiation cognitive.

Cette structure thérapeutique travaille dans une articulation étroite avec l'environnement familial, social et scolaire de l'enfant. Elle reste ouverte à une réévaluation constante de son adéquation à la problématique de l'enfant ainsi qu'à son évolution. Un relais peut être mis en place si besoin par une autre Unité d'hospitalisation de jour, USS ou USGT.

▪ **Missions :**

Les missions de l'USSAT se distribuent autour de quatre axes principaux :

- le soin séquentiel pour des pathologies de la petite enfance qui ne compromettent pas de façon majeure l'intégration scolaire et sociale. Elle peut ainsi s'articuler avec la continuité temporelle proposée par la crèche, spécialisée ou non, ou l'école.
- le soin séquentiel en amont d'une prise en charge à l'USS ou à l'USMPP, lorsqu'il est possible de proposer cette alternative dans l'attente d'une place disponible sur ces unités - le soin séquentiel en aval de de l'USMPP ou de l'USS, pour accompagner l'évolution vers une inclusion scolaire plus conséquente.
- le soin séquentiel en partenariat avec une autre unité de soin.

➤ **Composition de l'équipe :**

L'USSAT est une équipe pluridisciplinaire composée d'une assistante sociale, de deux psychologues, d'une psychomotricienne, d'une orthophoniste, de deux éducatrices spécialisées, d'une pédopsychiatre. A l'exception de deux éducatrices spécialisées, le personnel soignant fonctionne à temps partiel sur cette Unité. Une infirmière fonctionnant sur les trois unités est affectée à la tenue du dossier somatique et établit des liens avec la famille à ce sujet, sous la responsabilité du médecin.

➤ **Admission :**

Définition de la population accueillie :

- Origine des admissions : comme les deux autres Unités, l'USSAT définit géographiquement les limites de sa capacité d'admission à l'intersecteur anciennement dénommé I01.

Les demandes émanent de différents partenaires :

- l'Unité d'Accueil des Jeunes Enfants, - les CSMI, CMPEA et centres de PMI,
- le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce de l'Hôpital des Enfants,
- les pédiatres ou pédopsychiatres libéraux,
- les médecins scolaires,
- l'USGT ou l'USS.

▪ **Age d'admission :**

L'agrément de l'Hôpital de Jour Les Platanes pour ses trois Unités de soin permet de recevoir des enfants de 0 à 8 ans.

L'admission n'est envisageable que jusqu'à l'âge de 5 ans afin de disposer d'une certaine durée de prise en charge, et, en pratique, elle ne se réalise qu'exceptionnellement avant l'âge de 30 mois.

▪ **Pathologies :**

Parmi les situations cliniques les plus fréquemment rencontrées à l'origine de la demande, on retrouve :

- les troubles du comportement et/ ou de la communication : instabilité, agitation, agressivité, comportement intolérant-opposant ; inhibition, retrait, isolement,
- les symptomatologies anxieuses ou dépressives, les problématiques de séparation individuation,
- les retards ou troubles des grandes fonctions : développement psychomoteur et/ ou du langage, sommeil, alimentation.

- Les diagnostics cliniques, établis à l'admission et réévalués si besoin pendant la prise en charge, sont enregistrés dans la classification CIM 10. On retrouve actuellement de façon prédominante en fréquence les Troubles Envahissants du Développement du type sans précision (F 84.9) et du type autre (F 84.8) ainsi que les Troubles émotionnels et/ou des conduites ou comportements apparaissant spécifiquement dans l'enfance.

▪ **Temps d'observation et d'adaptation**

La particularité de l'USSAT est de proposer, à l'issue des temps des consultations avec le pédopsychiatre (rencontre des parents, rencontre de l'enfant), deux séances d'observation clinique en petit groupe d'accueil, réunissant deux à trois enfants en présence de deux à trois soignants de l'équipe dont la psychomotricienne, élément permanent des deux séances, une « rotation » s'effectuant entre les deux séances pour les soignants. Des membres de l'équipe qui ne participent pas à la séance d'observation avec les enfants accueillent les parents en salle d'attente et peuvent également accompagner ce moment de séparation lorsqu'il s'avère délicat ; un échange peut alors s'engager avec les parents de façon groupale dans la salle d'attente, il permet la prise de contact avec l'équipe et un premier abord des éprouvés et des questions soulevées par l'admission. Ce temps d'accueil et de rencontre est un temps préparatoire à la mise en place effective des temps de prise en charge, que ce soit pour l'équipe, qui pourra partager ses premières observations et s'engager pleinement dans l'élaboration du projet individuel, mais aussi pour les parents, qui découvrent les lieux et rencontrent les soignants à qui ils vont confier prochainement leur enfant.

A l'issue des réunions de l'équipe, le premier projet de soins est proposé aux parents lors d'un entretien avec le pédopsychiatre ; lors de cette rencontre sont soulignées les nécessités de régularité de présence de l'enfant à ses séances, ainsi que l'attention portée aux échanges à venir entre le ou les référents pour les soins de l'enfant et les parents, proposé à un rythme décidé en concertation avec eux, sur la base d'un entretien mensuel en moyenne. Par ailleurs, les parents rencontrent l'assistante sociale pour être informés des formalités administratives de l'admission et échanger sur leurs demandes éventuelles en termes d'accompagnement social ou d'aide par la MDPH. Ils sont contactés par l'infirmière référentes somatique des Platanes qui recueille les éléments particuliers d'ordre somatique et peut organiser un entretien à ce sujet si besoin.

➤ **Mise en œuvre du projet de soin :**

A noter, la mise en place du dispositif de soins à temps séquentiel, sur des temps répartis sur la semaine et pouvant être inclus dans le temps scolaire, amène le plus souvent les parents à solliciter un accompagnement de leur enfant par un taxi ; en réponse à cette demande, l'institution propose alors aux parents d'organiser le transport de leur enfant en partenariat avec la CPAM et/ou le service transport de compagnies privées, dans la limite des possibilités de celles-ci.

▪ **Les locaux :**

Dans la mesure où la création de l'USSAT émane d'une évolution fonctionnelle du Centre Les Platanes, ses locaux sont actuellement peu spécifiques et largement utilisés en partage avec les autres unités.

Un projet architectural est en cours pour apporter une plus grande spécificité et meilleure organisation des locaux.

▪ **Cadre thérapeutique :**

Pour chaque enfant accueilli, les indications sont élaborées en équipe à partir d'une « palette » de base qui comporte différentes formes du travail thérapeutique que l'Unité peut proposer, dans un cadre groupal et/ou individuel ; le rythme des soins est au minimum hebdomadaire, plus fréquemment bi- ou trihebdomadaire, plus rarement quadrihebdomadaire. Pour chaque séquence, l'enveloppe de temps proposée est également réfléchie (prise en charge individuelle de 30 à 45 mn, groupe de 45 mn, ou deux temps de groupe successifs avec ou sans temps de transition, voire une demi-journée de soins avec ou sans repas thérapeutique).

Ce travail, qui prend en compte l'âge de l'enfant, sa problématique, et ses niveaux de développement, s'appuie sur une réflexion clinique et psychopathologique de l'équipe soignante et sur des bilans spécifiques éventuels, il aboutit au Projet Personnalisé d'Intervention de l'enfant. Il fait l'objet d'échanges en équipe tout au long de la prise en charge, complétés de bilans complémentaires spécifiques si nécessaire. Il est réexaminé globalement pour chaque enfant à la fin de chaque année de soin. Il peut s'articuler avec une prise en charge individuelle en libéral (psychothérapie, orthophonie, psychomotricité, ergothérapie). Il prend en compte également les éléments partagés dans le travail de rencontres régulières avec les parents : pour ces échanges, un référent-famille ou deux sont désignés au sein de l'équipe. De même, le travail d'articulation des enjeux et paramètres de l'inclusion scolaire amène l'équipe à désigner un représentant pour les rencontres avec les partenaires du milieu scolaire ou des crèches.

- Cadre groupal : le travail thérapeutique en petit groupe d'enfants tient une place importante dans le dispositif de l'Unité. Le dispositif groupal permet, avec l'aide des adultes soignants, d'accueillir la multiplicité des expressions dans un cadre contenant ; il offre un étayage sur les pairs et l'accès à la perception et à l'internalisation d'une enveloppe groupale ainsi que la mise au travail des échanges interindividuels et des identifications. Son objectif est d'ouvrir un espace aux processus de croissance psychique, à la mise en liens et au travail de symbolisation et de représentation, à l'élaboration progressive des éprouvés et des agis, et ainsi de permettre l'apaisement des angoisses et des comportements comme de favoriser la communication. Dans les ateliers groupaux, un objet médiateur ou un support malléable facilite l'entrée en relation de l'enfant et le travail de figuration et de contenance psychique des éprouvés afin d'accompagner le mouvement vers le jeu et la symbolisation. Des outils spécifiques à la communication peuvent être utilisés si besoin (type pictogrammes, Makaton).

L'effectif des enfants accueillis est de deux à quatre, plus rarement cinq voire six enfants par groupe ; il est déterminé par le nombre d'indications, les paramètres de contenance du cadre et des objectifs, la maniabilité collective du médiateur.

La plupart des groupes fonctionnent avec deux soignants dont un paramédical ; certains nécessitent la présence de trois soignants.

▪ **Les différents ateliers proposés :**

Dans les propositions possibles on peut distinguer différents axes en termes de médiation et d'objectif, le plus souvent articulés entre eux pour un même enfant dans le projet personnalisé d'intervention :

- les ateliers à médiation corporelle ou sensori-motrice : groupes psychomotricité-maturation, atelier matières, atelier tissus, atelier silhouettes, groupe enveloppes et musique, atelier expression corporelle, atelier oralité, atelier sport, repas thérapeutique...
- les ateliers à support de pensée structuré : atelier conte, atelier contenants de pensée,
- les ateliers d'expression : atelier jeux symboliques, atelier écriture d'histoires, groupe histoires et langage, atelier peinture, atelier modelage et jeux, atelier polyvalent, atelier création, atelier création de maisons. On peut aussi faire entrer dans ce cadre les temps de récréation et de jeux libres.
- l'atelier d'ouverture à la socialisation, à la culture, et de préparation au départ de L'Hôpital de Jour Les Platanes : groupe des grands .

▪ **Les autres axes proposés :**

✓ ***Cadre individuel :***

Les indications de prises en charge individuelle ne sont pas systématiques et viennent s'insérer dans le projet en articulation avec les soins en groupe. L'Unité peut ainsi proposer une prise en charge en psychothérapie, psychomotricité ou orthophonie, ou en poser l'indication vers le libéral, où peut se proposer également une prise en charge en ergothérapie.

✓ ***Cadre Mère-enfant, ou Parents-enfant :***

Cette approche peut être proposée pour des soins en psychomotricité, psychothérapie, ou pataugeoire (médiation par l'eau, dans un lieu contenant spécifiquement aménagé, en présence de deux soignants), pour des enfants dont la problématique de séparation-individuation est au premier plan. La participation de la mère ou des parents aux soins de l'enfant dans ce travail offre la possibilité d'accompagner les difficultés et les émotions dans le climat de confiance qui s'établit ; le partage des regards et la mise en mots ou le jeu partagés, dans un cadre sécurisant, permettent aux parents de redécouvrir la possibilité de prendre appui sur leurs ressentis et de reprendre confiance dans leur capacité parentale. La prise en charge en pataugeoire, par les qualités de médium malléable de l'élément aquatique et par le travail de contenance et de traduction des adultes, permet à l'enfant d'intégrer peu à peu des expériences de repérage corporel, spatial et temporel ainsi que d'organisation et de tri dans ses ressentis et ses productions, l'intégration progressive d'une différenciation moi/ non-moi permet la restauration d'une enveloppe corporelle et psychique et l'ouverture d'un espace intermédiaire d'échange et de jeu avec l'autre.

Il est important de souligner que la question du rythme et des enveloppes de temps est également un élément de réflexion dans l'élaboration du projet individuel, car elle conjugue une fonction de soutien du sentiment de continuité du soin et une fonction dynamisante autour des séparations et des moments de transition. Différents schémas peuvent être envisagés dans la construction de l'emploi du temps des soins : répétition d'un même groupe dans la semaine, succession articulée de deux ateliers, ou proposition d'une demi-journée de soins offrant un espace de continuité permettant un travail plus serré autour de moments de transition entre les activités et une référence plus marquée du lien aux soignants permanents encadrant la matinée.

Au sein de ce dispositif, la notion de Référent est importante et soutient le travail de liens nécessaire, à l'intérieur du projet de soin comme avec les parents, la crèche ou l'école, ou encore les partenaires du soin en libéral. L'équipe soignante, s'appuyant sur la régularité de ses échanges cliniques et sur la complémentarité des regards qu'offre sa composition pluridisciplinaire, fonctionne comme une enveloppe tissée autour des temps du soin, qui accueille

et retravaille en continu l'évolution de l'enfant dans ses différentes phases et difficultés ; les places différentes que les soignants occupent auprès d'un enfant permettent qu'y opère une fonction de tiers dans la reprise des moments vécus et des liens créés.

➤ **Evaluation du soin au cours de la prise en charge :**

L'évolution clinique de l'enfant à l'intérieur du dispositif de soins fait l'objet d'une évaluation pluriannuelle lors des réunions d'équipe, complétée par les rencontres régulières des parents et des partenaires de l'école ou de la crèche (à leur demande ou à celle des parents), ainsi que des échanges avec les partenaires de soin en libéral. Une réunion de synthèse est organisée une fois par an et l'évolution de l'enfant est tracée dans le dossier médical sous la forme du Projet Personnalisé d'Intervention (PPI), qui est réactualisé à la fin de chaque année scolaire mais peut être réajusté en cours d'année si nécessaire. Ce projet, comme pour les deux autres unités de soin est coconstruit avec les familles pour répondre à leurs attentes et aux besoins de leurs enfants. Des bilans spécifiques, psychologiques, orthophoniques ou psychomoteurs, peuvent venir compléter l'évaluation si nécessaire. Des investigations médicales complémentaires (bilan ORL, ophtalmologique, neuro-pédiatrique, génétique) peuvent être prescrites.

➤ **Modalités de fin d'hospitalisation :**

Au terme de la prise en charge sont posées des indications de sortie :

- . arrêt des soins
- . prise en charge individuelle en libéral (psychothérapie, orthophonie)
- . orientation vers un établissement spécialisé, médico-social (SESSAD, ITEP, CMPP, IME, IMP) et/ou sanitaire (hôpital de jour du secteur, CSMI).

A noter : il nous est apparu de plus en plus indispensable que le travail préparatoire à la sortie de l'Unité vers un relais des soins sur le secteur, lorsqu'il est nécessaire, se fasse dans une grande anticipation des 8 ans définis par notre agrément, dans la mesure où les délais de réalisation d'une orientation sont aujourd'hui importants; actuellement nous nous efforçons d'amorcer l'élaboration de ce projet deux ans avant la sortie de l'enfant, en lien avec les parents, et de travailler avec les partenaires du secteur pour en construire les perspectives concrètes.

Les parents signent la fin de l'hospitalisation et un courrier de fin de prise en charge leur est adressé, accompagné d'un courrier pour leur médecin traitant et/ ou le médecin adresseur et d'un questionnaire de satisfaction concernant les soins reçus.

➤ **Conclusion :**

Le projet global de l'Unité fait l'objet d'une réflexion interne en continu et est réactualisé chaque année en fonction de l'évolution des enfants suivis et des problématiques des nouvelles admissions. Il est à la fois construit sur la palette des supports du soin que l'expérience et la formation continue des soignants leur permet de proposer et sur la prise en compte des nécessités de travail singulières à chaque enfant qui peuvent faire naître de nouvelles questions et propositions. L'engagement et la créativité des soignants sont sollicités à tout moment ainsi que la souplesse et la « malléabilité » du dispositif de soin séquentiel.

Dans le secteur de psychiatrie infanto-juvénile, l'USSAT trouve sa place entre les structures d'hospitalisations de jour et les centres de consultations et de soins privés ou publics, pour accueillir des pathologies qui relèvent d'une prise en charge à temps séquentiel, c'est-à-dire conséquente en termes de rythme et sous-tendue par un travail de liens importants pour tisser la trame de continuité nécessaire à la discontinuité des temps d'intervention.

➤ **Perspectives générales :** Améliorer son organisation pour faciliter les liens avec les partenaires et s'adapter encore plus aux rythmes particuliers des enfants soignés sur un dispositif séquentiel. Ces perspectives seront précisées et développées en annexe 1

➤ **Points forts :**

L'USSAT présente aujourd'hui un certain nombre de points forts :

- L'attention portée à la continuité des échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire ainsi qu'à la dynamique d'élaboration autour de la problématique de l'enfant.

- Le travail réalisé par l'équipe autour des points faibles et des actions d'amélioration proposées lors des précédents projets : l'amélioration qui a pu être élaborée du processus d'admission, en particulier un temps est consacré à une observation pluridisciplinaire de l'enfant, la meilleure stabilité obtenue pour la composition de groupes thérapeutiques fermés par l'élaboration d'un projet global avant chaque rentrée scolaire, l'attention portée à l'organisation des temps de régulation nécessaires à l'issue de chaque groupe de soin, l'augmentation du temps d'assistante sociale, le travail de collaboration avec les équipes du secteur pour une meilleure anticipation et élaboration des projets de sortie des enfants.

- La souplesse du dispositif de soin, dans sa capacité à s'ajuster aux évolutions individuelles, groupales et sociétales.

- Les temps de réunion différenciés au sein de l'Unité (fonctionnement, clinique de l'enfant, synthèse, travail auprès des familles).

- La participation de tous les soignants de l'Unité au travail clinique.
- L'effort porté sur la traçabilité du travail clinique et du PPI.
- Le temps consacré aux équipes éducatives dans les écoles, ainsi que l'attention portée au travail de liens avec les praticiens extérieurs et aux partenaires du secteur social.
- La fréquence des entretiens avec les parents, et la participation de tous les soignants impliqués dans ce travail à la réunion-familles.
- Le temps consacré à notre accompagnement des familles dans la constitution des dossiers MDPH.
- La formation permanente des professionnels, qu'elle soit individuelle ou collective.
- La possibilité de pouvoir insérer des outils spécifiques de soutien à la communication dans le projet de soins de l'enfant.
- La bonne qualité de l'articulation avec les autres unités de soin des Platanes lorsqu'un passage s'avère nécessaire vers un gabarit du soin plus important ou lorsqu'il s'agit d'un relais depuis une autre unité.

➤ **Points faibles ou de difficultés :**

- Le manque actuel de locaux, qui a pour conséquence leur faible différenciation, et leur dispersion topographique. L'exiguïté des deux salles spécifiques à l'Unité. L'insuffisance de l'aménagement de la salle d'attente, peu propice à un travail d'accueil véritable des familles comme des enfants.
- L'absence d'un bureau de travail pour les éducatrices et l'orthophoniste.
- La limitation du temps de réunion clinique pour chaque enfant en raison du nombre d'enfants accueillis, au regard de la grande nécessité de ce travail de liens en équipe pour articuler les différents temps et événements cliniques du soin séquentiel, et sa conséquence, peu de temps pour un travail de reprise de thématiques de fond communes aux enfants.
- L'absence actuelle d'un travail de supervision des pratiques par un intervenant extérieur.
- L'insuffisance du temps de psychomotricité et d'orthophonie, en particulier pour des bilans et des traitements individuels, alors que le secteur libéral est lui aussi de plus en plus saturé. L'insuffisance du temps de psychologue pour le travail avec les parents et pour les psychothérapies individuelles.
- La dépendance que le soin à temps partiel implique vis-à-vis des accompagnements taxi, et la lourdeur de cette logistique pour en garantir la cohérence et la permanence. La durée du trajet pour certains enfants, en particulier pour ceux venant du Médoc.

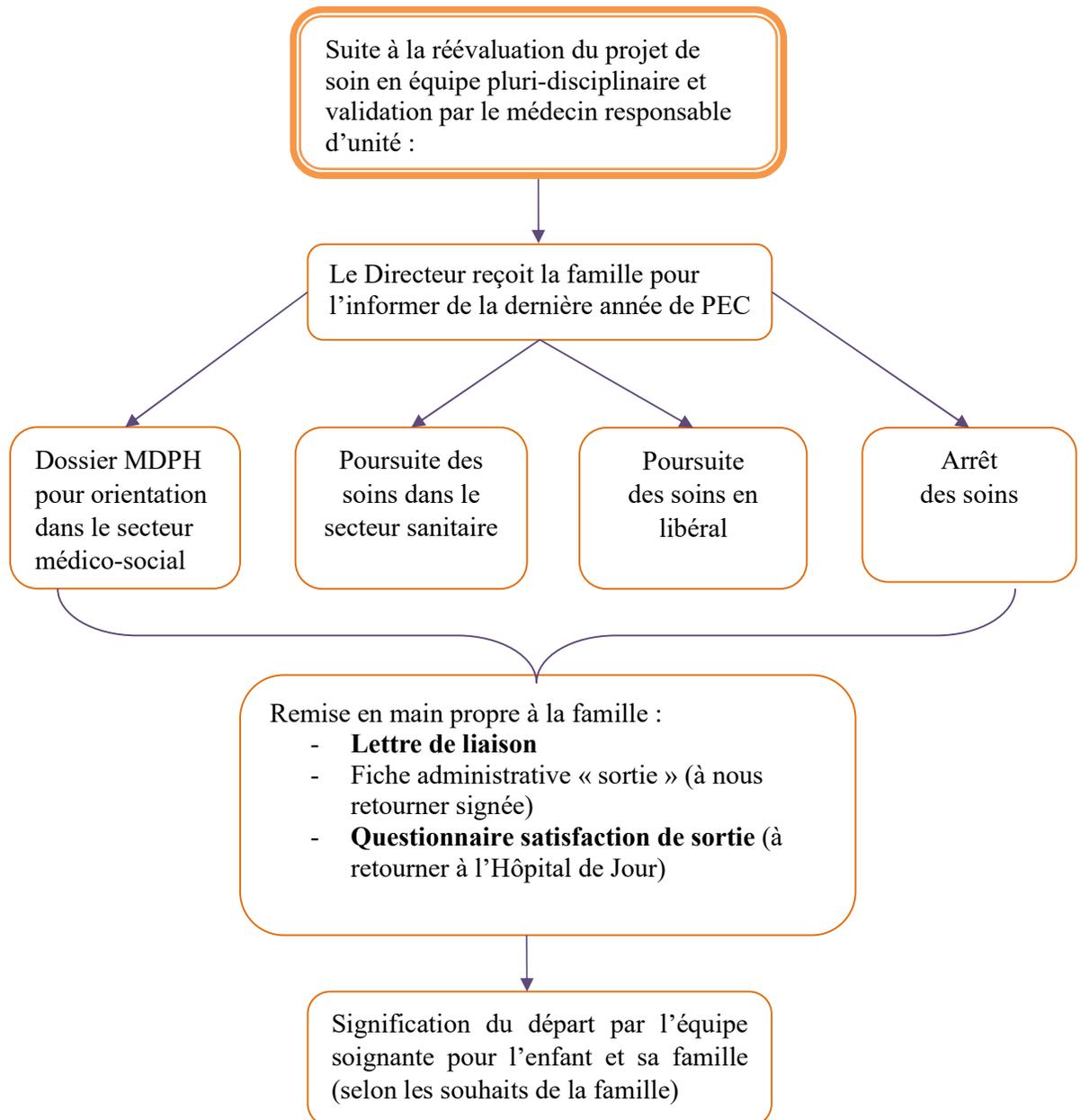
- La difficulté d'aboutissement des orientations pour un relais en fin de prise en charge, en particulier lorsque la dimension du soin nécessite de demeurer soutenue. La difficulté est encore plus grande lorsqu'il s'agit de penser une orientation supposant l'engagement d'une structure sanitaire.
- La difficulté de liens avec les écoles : fréquence devenue insuffisante des rencontres en équipes éducatives ou de PPS en lien avec la surcharge manifeste des enseignants-référents, non-choix des dates et créneaux horaires (de plus en plus imposés, et souvent très tardivement), contenu des échanges actuellement appauvri par la nécessité prioritaire et très opératoire pour l'enseignant-référent de renseigner avant tout un compte-rendu écrit sur formulaire à destination de la MDPH...
- La difficulté du travail de liens avec les services sociaux et de protection de l'enfance pour les enfants faisant l'objet d'une mesure de placement, avec des professionnels surchargés, peu disponibles et changeant souvent d'affectation.
- Le temps consacré aux exigences administratives de la MDPH, la plupart des familles nous sollicitant pour être accompagnées dans la constitution des dossiers (demandes d'orientation, d'AESH ou d'AEH, mais aussi désormais de maintiens-classe), avec une nécessité d'anticipation de plus en plus grande du fait des délais de réponse de la MDPH, au détriment de la cohérence et de l'ajustement nécessaire au temps de l'enfant mais aussi de ses parents.
- Le manque de temps pour rencontrer d'autres équipes et confronter les pratiques.

4 - La sortie :

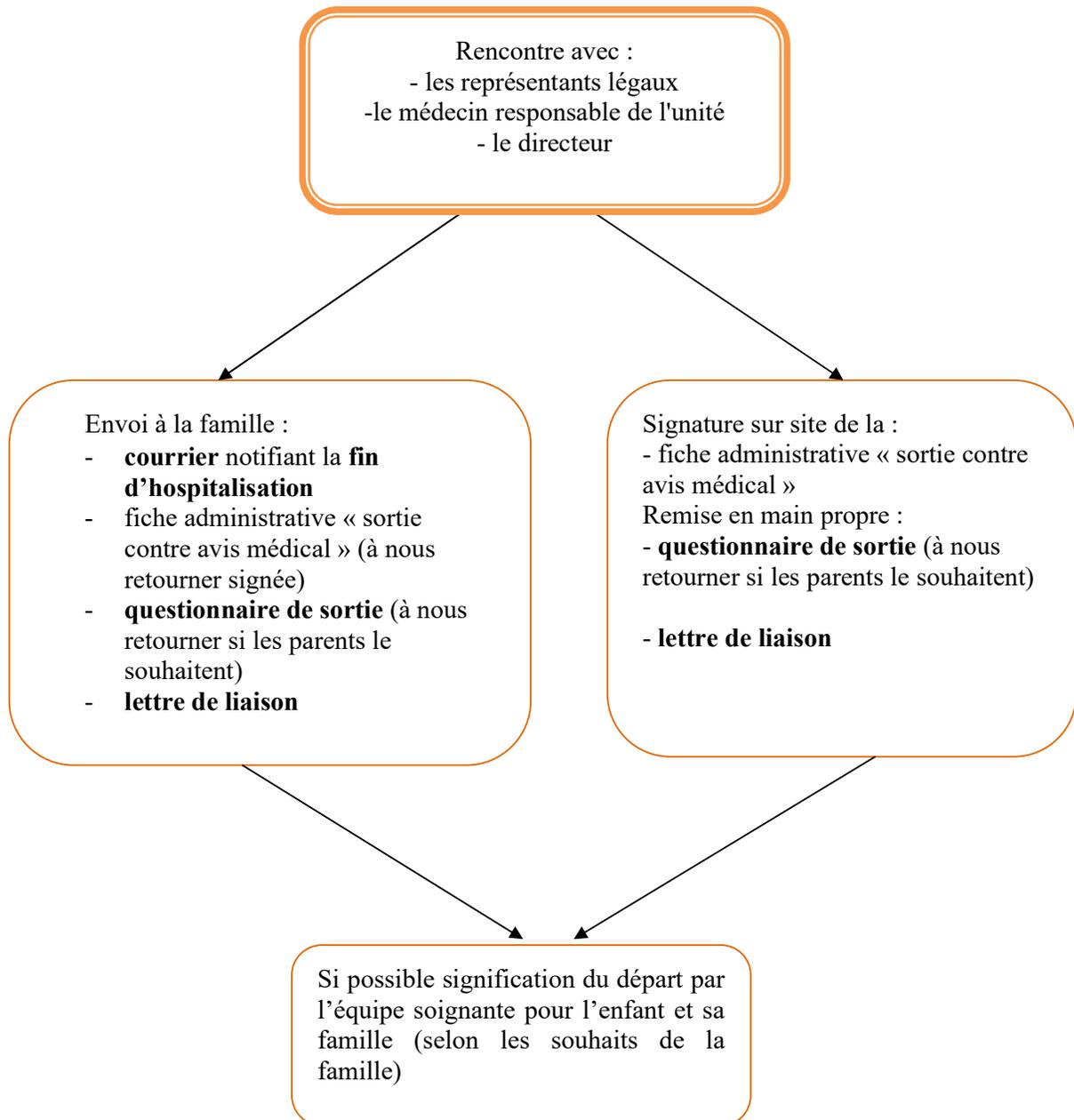
Les procédures de sorties sont communes aux trois unités de soin.

La période de prise en charge de l'enfant est en général comprise entre 3 et 4 ans. L'évolution clinique étant propre à chaque enfant, nous allons présenter ici les différentes situations de fin d'hospitalisation des unités.

4.1 sortie simple :



4.2 Sortie contre avis médical :



Partie III

« Processus support »



1 - La politique développement durable :

Suite au groupe de travail « développement durable » (mis en place en octobre 2015) nous avons créé une Commission Développement Durable (CDD). Cette commission propose des actions centrées sur 5 thèmes :

- Transport : en favorisant les déplacements éco-responsables
- Déchets : en agissant sur nos déchets et le gaspillage alimentaire
- Energie-eau : en agissant sur la consommation d'eau
- Qualité de vie au Travail : en tenant compte de l'importance du site dans lequel nous travaillons.
- Achat : en agissant sur les achats éco-responsables

Le concept de développement durable associe trois objectifs : préservation de l'environnement, efficacité économique, équité sociale.

L'établissement s'est engagé depuis la rentrée de 2009, dans la prévention de la nature et de la biodiversité par le biais d'une économie de papier : impression recto-verso, diffusion de mail. Nous privilégions les fournisseurs papeterie commercialisant le papier recyclé.

L'établissement a réalisé des travaux du système de chaufferie en 2012 : régulation du chauffage par un processus informatique lié à une sonde extérieure. L'agent d'entretien continue à relever les températures des bâtiments tous les matins du mois d'octobre à mai, afin d'être au plus près des besoins du confort des enfants accueillis et pour une meilleure gestion économique et environnementale.

Des minuteries ont été mises en place en 2014, dans les lieux de passage, ainsi que des ampoules économie d'énergie et des ampoules halogènes « nouvelle génération » plus économiques.

L'établissement privilégie l'achat de produits de nettoyage bio, les produits chimiques sont petits à petits, remplacés par des produits ecolabels, suivant les coûts,

Des consignes « économie d'énergie » ont été diffusées à l'ensemble des équipes et plus spécifiquement aux services généraux : éteindre les lumières, fermeture des portes....

Un affichage « économie d'énergie » est faite.

1.1 : Gestion des énergies :

L'objectif de l'établissement est de réduire les factures d'énergie, de maîtriser les consommations de chaque fluide. Nous avons effectué des travaux pour optimiser notre consommation de gaz et supprimer la consommation de fioul depuis fin 2021. Ceci dans une logique éco-énergétique raisonnée : éviter les pics de consommation, le gaspillage et réaliser des économies.

Nous continuons les travaux de rénovation : changement de portes et fenêtre (double vitrage), de système de fermeture automatique des portes (groom), d'isolation des combles ainsi que des tuyaux de chauffage et de production d'eau chaude sanitaire (ECS), un nouveau système de chaufferie, engendrent des économies d'énergie.

L'économiste associatif fait un lien régulier avec les prestataires extérieurs pour qu'ils accomplissent leurs missions dans une réelle préoccupation des consommations d'énergie.

Grace au CDD et à la mise en place de référents développement durable, les professionnels ont intégré la logique d'économie d'énergie à la logique du soin : éteindre les lumières, fermer les portes, les fenêtres dans la salle de pause, débrancher la plastifieuse.

Optimiser nos dépenses énergétiques pour améliorer notre performance énergétique en lien avec EDF (identifier nos opportunités d'économies d'énergies, sensibiliser nos équipes et financer nos travaux de rénovation).

Afin d'éviter la surconsommation d'électricité nous avons aussi fait le choix d'équiper l'USS de climatisation ce qui limite notre consommation en électricité.

1.2 : Gestion de l'eau :

Au vu de la particularité de notre activité, des troubles sensoriels des enfants et de leur âge nous utilisons beaucoup l'eau dans le cadre d'ateliers thérapeutiques, mais aussi tout simplement pour la consommation des enfants et les soins d'hygiène. La qualité de l'eau doit donc être contrôlée très souvent.

Ainsi, le cahier sanitaire est complété conformément à la circulaire du 22 avril 2002. Afin d'éviter la stagnation d'eau dans la tuyauterie et les robinets susceptible de générer des contaminations (prévention légionnelle), les paumes de douches sont purgées tous les vendredis par l'agent d'entretien, en laissant couler l'eau chaude pendant 5 minutes (avec fiche émargement). La surveillance de la potabilité de l'eau est effectuée par un laboratoire agréé, une fois par an, un rapport est rédigé, la Lyonnaise des eaux remet également une analyse annuelle.

Une fois par semaine, l'agent d'entretien relève la consommation d'eau sur les deux compteurs et communique l'information à l'économe qui vérifie s'il y a des écarts de consommation, ceci afin d'être vigilant et éviter les consommations d'eau liées à des fuites souterraines.

Tous les contrôles sont mis en place et réalisés périodiquement (feuille émargement) et le protocole définissant la conduite à tenir en cas de résultats montrant des taux anormalement élevés de germes ou de légionnelles est mis en place.

Nous avons aussi fait le choix, au vu de l'âge des installations de suivre notre consommation d'eau hebdomadaire afin de repérer d'éventuelles fuites d'eau sur le circuit.

1.3 : Gestion de l'air :

Le contexte de nos bâtiments implique une aération régulière de nos bâtiments car nous avons des endroits (une partie de l'USGT et de l'administratif) qui n'ont pas de VMC. En plus, une aération systématique des locaux est réalisée lors du nettoyage journalier.

Le nettoyage des bouches d'aération des VMC est réalisé par l'agent d'entretien, une fois par mois (le premier lundi du mois) avec émargement de la fiche de contrôle.

Depuis 2014, le contrôle des gaines et du moteur des VMC est effectué par un organisme extérieur habilité, ainsi que le nettoyage des hottes de la grande cuisine (contrat annuel).

1.4 : Gestion des déchets :

Une pratique de gestion des déchets existe, des procédures sont rédigées et des conventions sont mises en place avec des organismes prestataires.

Un tri sélectif des déchets est réalisé (verres, cartons, ordures ménagères (OM), déchets alimentaires séparés des autres déchets, déchets activités de soins à risques infectieux (DASRI), objets piquants, coupants, tranchants (OPCT) est réalisés et opérant.

Les déchets : cartons, ordures ménagères (OM) sont stockés dans des conteneurs (verts et noirs) sur trois sites de l'établissement et sont collectés deux fois par semaine pour les OM et une fois par semaine pour les cartons.

Les déchets : verres sont collectés dans un conteneur gris et vider tous les quinze jours par un agent d'entretien de l'établissement

Les déchets d'activités de soins (DASRI) et objets piquants (500 g à 1 kg par semaine) sont collectés par les infirmiers (suivant un protocole défini), toutes les semaines et remis dans un conteneur jaune se trouvant dans un local spécifique fermé à clef.

2 - Politique hôtelière :

➤ Le linge :

Il s'agit de mettre à disposition des enfants du linge propre (vêtements, serviettes de toilette, draps, couettes,), d'entretenir les vêtements de travail, ainsi que les lingettes, lavettes sol, etc. utilisés pour l'entretien des locaux, tout en se référant au protocole d'hygiène et de sécurité de nettoyage du linge. Cette prestation est effectuée en interne et en externe.

Le traitement du linge est effectué par l'établissement, une démarche qualité *RABC (Risk Analysis and Biocontamination Control, l'Analyse du Risque et le Contrôle de Biocontamination)* a été mise en place, la lingerie dispose d'une zone « propre » et d'une zone « sale ». Ce choix de maintenir une lingerie interne s'explique par la nécessité de pouvoir laver rapidement le linge souillé des enfants.

A chaque vacance tous les deux mois, une entreprise extérieure l'ESAT Atelier de la Ballastière de Libourne intervient. L'ESAT prend en charge le linge ne pouvant être lavé sur place (draps, couvertures, alèses, traversins, oreillers, tapis, rideaux épais), la quantité étant trop importante, la capacité de nos machines ne peut contenir le volume de ce type de linge.

Ce linge est collecté sur site le vendredi des vacances par chaque agent référente d'unité, et ramené le lundi au retour des vacances. Le fait de travailler en partenariat avec une entreprise adaptée (travailleurs handicapés) est un choix institutionnel.

Le linge sale est collecté quotidiennement par le personnel de service référent de chaque bâtiment ou unité.

Ce linge est trié par catégorie (blanc, couleur, synthétique, serpillières, lingettes sol et placé dans un chariot contenant 4 sacs (trié par catégorie de linge = couleur). Le linge infecté ou souillé (sang, urine) est mis dans des poches individuelles, et lavé séparément.

Le linge propre est stocké soit à la lingerie, soit dans les unités, par l'agent référent de l'unité.

Le bio-nettoyage de la lingerie est organisé quotidiennement.

Dans chaque unité, un local spécifique de stockage du linge sale et du linge propre est prévu, le linge propre bénéficie d'une protection spécifique (armoires, emballage plastique).

Points faibles :

- Pas de personnel en permanence à la lingerie.
- Une lingerie interne implique un investissement régulier dans les machines (sèches linges, laves linges, centrale vapeur, containers linge sale).

3 - La restauration :

La restauration est assurée par une Cuisine Centrale de l'Entreprise Alium située à Blanquefort. Ce prestataire a fait l'objet d'un agrément des services vétérinaires ; il est habilité à produire de la liaison froide.

Ce concept repose sur un partenariat entre la responsable de production, deux diététiciennes de la Cuisine Centrale, qui conçoit avec l'Economiste de l'Association, après avis de l'équipe de cuisine, les menus hebdomadaires, selon un grammage normé en fonction des âges des consommateurs. Nous avons validé des cycles de 5 semaines pour la commande des repas.

Des repas à thèmes sont proposés une fois par trimestre par le prestataire de service. Le prix du repas est évalué en début de chaque année.

Les repas sont livrés tous les lundis matin et du mardi au vendredi les après-midis, acheminés par un véhicule réfrigéré.

A la réception une vérification de la température, de la qualité, de la quantité suivant le type de repas (normaux, hypocalorique, alternatifs) est effectuée par un agent de service formée à cet effet, en tenant compte des règles d'hygiène et de sécurité et des différents protocoles.

Les repas spécifiques sont soit définis médicalement sur prescription (allergies, intolérances) ou pour convictions religieuses.

La consommation des repas se fait selon deux principes :

- Pour les enfants : les repas sont acheminés en liaison chaude, dans des chariots isothermes par un agent de service, les enfants prennent leurs repas sur leur unité respective ou au réfectoire.
- Pour le personnel ne participant pas au repas des enfants : les repas sont pris à la salle à manger du personnel se trouvant à proximité de la cuisine, passage des plats par un passe plat (côté propre) et retour des plats après consommation par le passe plat (côté sale).

Des prélèvements d'échantillons de nourriture sont réalisés tous les jours et gardés dans des boîtes « plats témoin », pendant cinq jours dans un réfrigérateur. Ces échantillons doivent être gardés à disposition afin de procéder à des analyses si un problème est déclaré (intoxication etc.).

La cuisine centrale Alium a pour obligation d'effectuer régulièrement, des prélèvements d'échantillons de nourriture et de surfaces et de les faire analyser par un laboratoire agréé. Les résultats sont communiqués par écrit en cas de défaut, des actions de corrections sont immédiatement entreprises et consignées dans un registre tenu à la disposition du service vétérinaire.

Le respect de la démarche H.A.C.C.P (*Hazard Analysis Critical Control Point – Analyse des risques, points critiques pour leur maîtrise*) et la tenue des différents registres de traçabilité (contrôle des températures – plats témoins journaliers etc.) sont assurés.

4 - Bio nettoyage :

Les divers locaux mis à disposition des enfants et du personnel sont nettoyés selon un planning défini, ce qui permet de garantir un environnement respectant les règles d'hygiène nécessaires à respecter dans notre établissement.

L'hygiène des locaux est assurée par trois agents de nettoyage en respectant les protocoles en vigueur.

Le nettoyage des locaux est journalier, un agent est responsable du nettoyage d'un bâtiment ou d'une unité (cf. planning par salarié).

Cependant selon les besoins de l'établissement (absences, etc.), le temps de travail et la répartition des activités peuvent être modifiés.

Un protocole de nettoyage quotidien existe pour les locaux. Il est renforcé si besoin lors de crises sanitaires ou d'épidémies de maladies infectieuses.

Un livret de fiche technique des produits utilisés est remis par l'économiste à chaque agent de service et réactualisé à chaque changement de produit.

Depuis 2014, les produits d'entretien des locaux sont remplacés au fur et à mesure (suivant le coût) par des produits « Ecolabel » ayant une incidence moindre sur l'environnement pendant tout leur cycle de vie.

Des fiches mensuelles de suivi des entretiens (des sanitaires) et de différents contrôles (température des frigos par unité, température des repas à réception dans les unités, etc.) sont remis à l'économiste le premier lundi de chaque mois.

Le personnel ayant en charge le nettoyage des locaux est présent dans l'établissement de 6 h 30 à 18 h 30, ce qui engendre une importante disponibilité, plus d'investissement et une réactivité si une intervention rapide est nécessaire.

Notre organisation implique :

- Mobilité : acceptation du changement de poste,
- Polyvalence : connaissance de tous les postes, adaptation rapide au poste lors des remplacements.
- Echange : les personnels ont une réunion de service spécifique tous les 15 jours.
- Formation : formations sur l'entretien des locaux et les différentes évolutions du cadre réglementaire.

Points faibles :

- Augmentation de la charge de travail lors du service du repas : la prise en charge des enfants est plus difficile, il y a plus de salissures, d'où plus de difficulté à réaliser le travail dans le temps imparti
- Sentiment de travail non reconnu
- Usure du personnel : fatigue physique.

5 - Maintenance des équipements :

Les locaux et le public accueilli demandent un suivi des travaux pour assurer la mise à disposition des infrastructures dans les meilleures conditions.

5.1 : Maintenance en interne :

L'entretien des locaux et des équipements est assuré par un agent d'entretien à temps plein qui assure :

- L'entretien du matériel
- L'entretien courant des véhicules
- L'entretien des locaux et des bâtiments
- L'entretien des aires de jeux
- La surveillance de l'état de fonctionnement et réparation des machines utilisées dans l'établissement
- Le transport des enfants en assurant leur ramassage et leur accompagnement quotidien

- La vérification et l'entretien des différents systèmes concernant la sécurité des personnes et des locaux

Il effectue les entretiens et les contrôles quotidiens, hebdomadaires et mensuels en se référant aux plannings mensuels intitulés « Contrôle et Entretien Hebdomadaire » et « Contrôle Mensuel », qui après émargement sont remis à l'économiste le premier lundi de chaque mois.

5.2 : Maintenance en externe :

L'ensemble des locaux, des matériels, des installations électriques, de production d'eau chaude et des produits consommés font l'objet de contrôles de la part d'organismes agréés. Conformément aux réglementations en vigueur et en fonction de la périodicité, un contrôle et un rapport d'inspection sont remis à l'Economiste.

Ce dispositif obligatoire contribue à l'amélioration des conditions matérielles concernant l'accueil des enfants, tout en garantissant le respect des normes d'hygiène et de sécurité.

Une veille réglementaire relative à la sécurité est mise à jour annuellement par l'Economiste.

Le plan d'investissement annuel est orienté sur le maintien en état des locaux et du matériel utilisé. Un document intitulé « liste des travaux réalisés » et « liste des achats de matériel effectués » est mis à jour annuellement par l'Economiste.

La taille de notre association ainsi que celle de l'Hôpital de Jour implique un lien quotidien entre l'économiste et l'agent d'entretien pour planifier et contrôler les travaux réalisés ou à réaliser afin d'entretenir voire améliorer les différents espaces, lieux de soin (par exemple tous les jeux de la cour de récréation sont contrôlés et remis en état sans attendre). Ce lien nécessite de la disponibilité, de la réactivité et de la planification d'activités.

La réunion d'équipe des services généraux permet aussi d'établir des listes de travaux et d'achat de matériel à réaliser dans l'année N ou N+1

La maintenance doit aussi tenir compte de l'organisation des soins des enfants et donc pouvoir s'adapter tant dans la forme que dans son organisation (bruit, horaires d'interventions...).

Conclusion

La démarche pour la réalisation de ce projet d'établissement a été participative et transversale.

Tous les professionnels ont participé à sa rédaction dans le cadre de groupes de travail.

Toutes les familles ont été sollicitées, lors des « entretiens familles » pour transmettre leur niveau de satisfaction, leur opinion sur les Projets Personnalisés d'Intervention ainsi que sur l'organisation générale de l'Hôpital de Jour (admission, soin, lien avec les partenaires, entretiens, accueil et accessibilité). Nous nous sommes aussi appuyés sur leurs réponses aux questionnaires satisfactions à destination des familles. Un travail avec la CDU a été réalisé pour finaliser ce projet.

Dans le cadre d'une amélioration continue de notre pratique professionnelle, il est évident que ce projet d'établissement sera régulièrement évalué. Si cela s'avère nécessaire une réactualisation sera mise en place et une réédition du document réalisé.

Certains objectifs d'amélioration ne pourront s'effectuer qu'avec un soutien financier de l'ARS (Agence Régionale de Santé) et une validation de notre organisation en 3 unités de soin (l'USSAT : Unité de Soins Séquentiel en Ateliers Thérapeutiques, l'USS : Unité de Soins Spécialisée et l'USGT : Unité de Soins en Groupes Thérapeutiques). Cette organisation permettant de soigner des enfants sur des modalités complémentaires, à savoir des soins séquentiels jusqu'à des soins en journée sur la semaine complète.

Ce projet vient confirmer notre mission première qui est le soin précoce dans une logique de non lucrativité. Il intègre complètement le volet inclusif qui est essentiel tout au long de la prise en charge des enfants, en tenant compte de leur singularité.

Chaque projet de soin se construit avec chaque famille, dans un accompagnement régulier afin de construire, puis de maintenir une alliance thérapeutique.

L'objectif central de ce projet d'établissement est de réaffirmer que le soin psychique et thérapeutique se pense en soutenant l'intégration social de chacun dans la société. L'établissement s'inscrit dans une politique de soin avec un travail de réseau en développant ses liens de partenariat avec les secteurs social, médico-social et sanitaire afin de construire un réel parcours de soin.

Afin de préserver, d'améliorer et de garantir notre offre de soins, nous devons donc rester attentifs à la réforme des services de l'Etat et aux nouvelles formes de gouvernance (ARS, planification, autorisations, ...)

Ce projet a été validé par la CME le 31 janvier 2022 et présenté au CSE du 17 mars 2022.

Ce Projet d'Etablissement a été validé par le Conseil d'Administration de l'Association Saint Vincent de Paul Lamothe Lescure le 11 Avril 2022.



Annexes



Annexe 1 :

Processus	Thématiques	Objectifs et Propositions d'amélioration
Management	La sécurisation du système	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Valider et diffuser la charte informatique. ☛ Améliorer le registre des traitements dans la cadre du RGPD. ☛ Affiner les missions du délégué à la protection des données.
	La politique de communication interne et les réunions	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Réfléchir à la mise en place d'un intranet et/ou de coffres forts numériques. ☛ Réviser la structuration de l'affichage. ☛ Développer la communication entre services. ☛ Préparer l'ordre du jour des réunions institutionnelles lors de la participation de l'équipe des services généraux afin que les agents soient plus participatifs.
	La QVT	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Structurer le recensement des besoins, envies, désirs des salariés. ☛ Favoriser l'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants de toutes les catégories professionnelles. ☛ Associer les personnels et les usagers aux décisions pour favoriser leur adhésion.
	Le développement durable	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Favoriser les actions proposées par le CDD dans une logique de gestion économe des ressources (eau, énergie, consommation de matériels à usage unique, possibilités de recyclage et valorisation des déchets). ☛ Avoir un management socialement écoresponsable (réduction des déchets, utilisation d'énergies économes, préservation de l'eau, promotion des produits biologiques dans l'alimentation ...).
	Les formations	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Poursuivre les formations qualifiantes. ☛ Organiser des formations sur le thème de la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance.
Prise en charge	La douleur	☛ Systématiser l'évaluation de la douleur dès la procédure d'admission.
	L'Habituation aux soins	☛ Auditer l'organisation de l'habituatation aux soins.
	Le secteur géographique	☛ Développer un parcours de soin avec l'équipe mobile petite enfance.
	L'USGT	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Développer les liens avec les pédiatres qui sont de plus en plus formés au dépistage de troubles du développement afin qu'ils puissent adresser des enfants au sein de l'Hôpital de Jour. ☛ Trouver une organisation pour anticiper au maximum l'adaptation de chaque enfant dans le cadre de l'admission. ☛ Adapter la réunion collective de présentation du projet annuelle, pour que les parents ne parlant pas français puissent être présents et rencontrer les professionnels .

Processus	Thématiques	Objectifs et Propositions d'amélioration
Prise en charge	L'USS	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Proposer aux familles une liste de médecins (spécialistes ou généralistes) sensibilisés à l'accueil d'enfants autistes sur notre territoire afin de faciliter au maximum l'accès aux soins (travail du CLUD en cours). ☛ Travailler le lien avec les médecins traitants. ☛ Renforcer le lien avec le CRA et la PCO. ☛ Poursuivre la formation autour de la transculturalité. ☛ Poursuivre la formation des professionnels à l'ETP. ☛ Développer les liens à avec le tissu social de la ville ou associatif. ☛ Développer les outils numériques à dans notre prise en charge avec les enfants (tablettes, logiciels spécifiques...) : projet en cours (financé par orange fondation) formations à poursuivre. ☛ Utiliser systématiquement les échelles d'évaluation de la douleur. ☛ Continuer à explorer différents supports de communication (liens avec familles, partenaires..).
	L'USSAT	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Poursuivre la réflexion les nécessités du soin à temps partiel, prenant en compte le travail de l'accueil et du processus de séparation parents-enfant, le travail de différenciation et de lien entre les espaces de soins proposés à l'enfant ainsi que les contingences d'aménagement spécifiques aux médiateurs utilisés. ☛ Améliorer le processus d'admission et de la mise en place du premier projet de soins ☛ Améliorer nos modalités d'articulation dans le partenariat avec d'autres unités, et sur la place d'un partenariat éventuel avec d'autres structures ☛ Améliorer la déclinaison des médiateurs thérapeutiques utilisés, leurs indications et objectifs, ainsi que la nécessité de pouvoir proposer par ailleurs des temps intermédiaires de jeux libres, où peut être accueillie la production spontanée de l'enfant. ☛ Renforcer la formation à l'utilisation de nouveaux médiateurs et supports du soin : outils spécifiques de soutien à la communication, support informatique, atelier jardin, sorties de découverte et culturelles, sorties en lien avec un atelier, atelier-poney... ☛ Revoir la rythmicité des séances et leur durée, selon l'atelier indiqué et l'évolution de l'enfant. Revoir l'amplitude horaire des temps d'accueil thérapeutique et de leur construction interne (articulation d'ateliers, transitions, repas thérapeutiques). ☛ Questionnement sur la mise en place de séjours. ☛ Poursuite du travail d'élaboration autour du cadre proposé aux rencontres avec les parents. ☛ Relancer de la formation théorico-clinique de l'équipe avec un intervenant extérieur.

Processus	Thématiques	Objectifs et Propositions d'amélioration
	L'USSAT	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Reprise d'un travail de supervision des pratiques avec un intervenant extérieur. ☛ Rencontrer d'autres équipes proposant des soins à temps partiel afin de confronter les pratiques.
Fonctions support	L'énergie L'eau L'air Les déchets La restauration	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Mettre en place des robinets thermostatiques dans les ateliers et au gymnase pour réduire la consommation d'eau. ☛ Mettre en place un contrôle de la climatisation et du nettoyage des filtre par une société extérieure. ☛ Rédiger une instruction d'évacuation des déchets des piles. ☛ Analyser les postes de travail des agents de service généraux : observation mise en situation et définir des actions d'amélioration (organisation, matériel etc.) ☛ Mettre en place des formations qui complètent la formation PRAP (gestes et postures : prévention TMS (Troubles Musculo squelettiques) ou accueillir des stagiaires en Ergonomie pour observer et conseiller l'équipe des services généraux). ☛ Continuer le plan pluriannuel des travaux (échéances des travaux) d'entretien des locaux afin d'en faciliter le nettoyage (sol, murs, rangement placards, mobiliers). ☛ Développer des actions de prévention et de sensibilisation des tris des déchets avec les salariés et les enfants et faire des rappels réguliers (note d'information). ☛ Participer au cahier des charges si construction d'un nouveau bâtiment pour l'USTP : local pour rangement du matériel et des produits de nettoyage, casier, rangement, sanitaire - lavabo et douche pour les agents)

Annexe 2 :

Sigles et Acronymes

ABA	Applied Behaviour Analysis
AESH	Accompagnant d'élève en situation de handicap
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ARS	Agence Régionale de Santé
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
BP	Budget Prévisionnel
CA	Conseil d'Administration
CAMSP	Centre d'Action Médico-Social Précoce
CAO	Commission d'Admission et d'Orientation
CAQES	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CDD	Commission Développement Durable
CDEF	Centre Départemental de l'enfance et de la Famille
CDU	Commission Des Usagers
CE	Conformité Européenne
CEH	Centre Expert handicap
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM	Classification Internationale des Maladies
CLAN	Comité de Liaison Alimentation Nutrition
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLS	Contrat Local de Santé
CLUD	Comité de LUTte contre la Douleur
CME	Conférence Médicale d'Etablissement
CME A	Conférence Médicale des Etablissements Associative
CMPEA	Centres Médico-Psychologiques de l'Enfant et Adolescent
CMPP	Centres Médico-Psycho-Pédagogiques
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CoPil	COmité de PIlotage
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRA	Centre de Ressource Autisme
DUD	Document Unique de Délégation
EI	Evènement Indésirable
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ESAT	Etablissements ou Services d'Aide par le Travail
ESDDA	Echelle Simplifiée d'Evaluation de la Douleur chez les personnes Dyscommunicantes avec troubles du spectre de l'Autisme
ETP	Education Thérapeutique du Patient
GED-DI	Grille Evaluation Douleur Déficience Intellectuelle
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GRH	Gestion des Ressources Humaines
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Point
HAS	Haute Autorité de Santé
IME	Institut Médico-Educatif
IMP	Institut Médico Psychopédagogique

INS	Identité Nationale de Santé
IPAQSS	Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
IPP	Identifiant Permanent du Patient
MDPH	Maison Départementale pour les Personnes Handicapées
MDSI	Maisons départementales des Solidarités et de l'Insertion
MECS	Maisons d'Enfants à Caractère Social
NAO	Négociation Annuelle Obligatoire
OMEDIT	Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique
OPCT	Objets Piquants Coupants Tranchants
PAQ	Plan d'Action Qualité
PAQSS	Plan d'Action Qualité et Sécurité des Soins
PCPE	Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées
PECS	Picture Exchange Communication System
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PPI	Projet Personnalisé d'Intervention
PRS	Plan Régional de santé
QVT	Qualité de Vie au Travail
RESG	REunion des Services Généraux
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
RI	Réunion Institutionnelle
RIM P	Relevé des Informations Médicales en Psychiatrie
SAE	Statistiques Annuelle des Etablissements
SESSAD	Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile
SIRET	Système d'Identification du Répertoire des Etablissements
SST	Sauveteur Secouriste du Travail
TDAH	Trouble de Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
TEACCH	Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children
TED	Trouble Envahissant du Développement
TSA	Trouble du Spectre de l'Autisme
UAJE	Unité Ambulatoire Jeunes Enfants
USGT	Unité de Soins en Groupes Thérapeutiques
USS	Unité de Soins Spécialisée
USSAT	Unité de Soins Séquentiel en Ateliers Thérapeutiques
VMC	Ventilation Mécanique Contrôlée

