

Charte des services

SRTR Eimaste

Structure résidentielle thérapeutique et de réadaptation
pour des traitements communautaires extensifs



Via Sant' Angelo, 128
01019 Hameau de Cura, Vetralla (VT)

Téléphone : +39 389 798 6249
E-mail : eimaste@codess.org
Site internet : www.vitaadolescente.org



Cher usager,

nous avons le plaisir de nous présenter et souhaitons, à travers cette « Charte des services », vous fournir toutes les informations relatives à la Structure résidentielle thérapeutique et de réadaptation pour des traitements communautaires extensifs « Eimaste ».

La Charte des services est un outil de communication fondamental, conçu afin de qualifier la relation entre les usagers et les organismes prestataires de services.

Conformément au principe de transparence, la Charte des services offre aux usagers une vision claire de leurs droits et précise, pour l'organisme gestionnaire, les modalités et les délais des services proposés.

Enfin, la Charte des services considère les usagers comme des acteurs à part entière du Système de management de la qualité, dotés d'un esprit critique et d'une capacité de choix, afin d'améliorer constamment les services fournis en fonction de leurs attentes.

Nous vous remercions de votre attention,

Codess Sociale

Table des matières

1. VISION, MISSION ET OBJECTIFS DU SERVICE	1
2. DÉFINITION DE L'UNITÉ DE SERVICE	3
2.a Dénomination de la structure	3
2.b Organisme gestionnaire	3
2.c Localisation	3
2.d Territoire de référence	4
2.e Usagers et bénéficiaires	4
2.f Caractéristiques de la structure	5
2.1 Caractéristiques des usagers accueillis	7
2.2 Présentation de la demande d'admission	7
2.3 Le parcours résidentiel	9
2.3.1 Le projet thérapeutique et de réadaptation individualisé (PTRP)	9
2.4 Parcours thérapeutiques et de réadaptation et gestion des événements critiques	10
2.5 Le traitement pharmacologique	10
2.6 Les activités	11
2.7 Le parcours de sortie	13
2.8 « Compagnon adulte »	14
3. ORGANISATION DU SERVICE	14
3.1 Composition de l'équipe	14
3.2 Valorisation de la diversité professionnelle	16
3.3 Gestion de cas	16
3.4 Travail en équipe	17
3.5 Présence programmée du personnel et continuité des soins	17
3.6 Profils professionnels	17
4. TRAVAIL EN RÉSEAU	18
4.1 Interaction avec les services	18
4.2 Interaction avec les familles	19
4.3 Interaction avec les établissements scolaires du territoire	20
4.4 Interaction avec le territoire et les entreprises	20
4.5 Interaction avec les universités	21
4.6 Autorité judiciaire et Région	21
5. FORMATION ET SUPERVISION	22
5.1 Modalités opérationnelles de mise en œuvre du parcours de formation	22
5.2 Plan annuel de formation du service	23
5.3 Évaluation du parcours de formation	23
6. SUGGESTIONS ET RÉCLAMATIONS	24

1. VISION, MISSION ET OBJECTIFS DU SERVICE

Dans le Latium, comme dans le reste du territoire national, une augmentation significative des demandes de prise en charge adressées aux services de neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ainsi qu'aux départements de santé mentale a été observée ces dernières années pour des problématiques psychologiques et psychiatriques survenant au cours de l'enfance et de l'adolescence.

Les données épidémiologiques les plus récentes mettent en évidence une hausse de la prévalence des troubles anxieux, des troubles de l'humeur, des comportements auto-agressifs, des troubles des conduites alimentaires, du retrait social, des troubles du comportement ainsi que des problématiques liées à la consommation de substances et aux addictions comportementales.

Les données disponibles indiquent qu'environ un adolescent sur cinq présente, au cours de son développement, une situation de souffrance psychologique cliniquement significative, tandis qu'une proportion croissante nécessite des interventions spécialisées multidisciplinaires à forte intensité de soins. L'augmentation des situations caractérisées par une grande complexité clinique est particulièrement préoccupante, avec la présence fréquente de comorbidités psychiatriques, de fragilités familiales, de difficultés scolaires et de situations de marginalité sociale.

La Région du Latium a identifié la protection de la santé mentale des enfants et des adolescents comme l'une de ses principales priorités sanitaires, en encourageant le renforcement du réseau territorial et des parcours thérapeutiques et de réadaptation destinés aux mineurs.

Toutefois, l'augmentation constante des besoins en matière de soins continue d'exercer une forte pression sur les services spécialisés et les structures résidentielles thérapeutiques, rendant nécessaire l'élargissement de l'offre de communautés destinées aux adolescents présentant des troubles psychiatriques complexes.

Une attention particulière doit être accordée aux adolescents présentant des troubles du comportement, des troubles émergents de la personnalité, des comportements antisociaux, provenant du système de justice des mineurs ou présentant une double pathologie, caractérisée par la coexistence de troubles psychiatriques et de problématiques de dépendance aux substances ou d'addictions comportementales. Ces situations nécessitent des prises en charge résidentielles spécialisées capables de garantir un cadre thérapeutique contenant, la continuité des soins, des parcours de réadaptation personnalisés ainsi que des programmes visant l'acquisition de compétences relationnelles, émotionnelles, scolaires et sociales.

La Communauté thérapeutique pour mineurs est un service résidentiel à forte intensité thérapeutique et de réadaptation, orienté vers une prise en charge globale de l'adolescent et visant les soins, la stabilisation clinique ainsi que la récupération des compétences développementales altérées par le trouble psychopathologique.

L'intervention thérapeutique repose sur une approche multidisciplinaire, intégrée et personnalisée, qui place au centre le mineur, son histoire de vie, ses ressources individuelles et familiales ainsi que son environnement social et territorial. Pour chaque résident, un Projet thérapeutique et de réadaptation personnalisé (PTRP) est élaboré en collaboration avec les services prescripteurs, la famille et les autres acteurs impliqués dans le parcours de soins.

Les objectifs généraux de la Communauté sont les suivants :

- garantir la stabilisation de l'état clinique et la réduction des symptômes psychopathologiques grâce à des interventions thérapeutiques, psychologiques, éducatives et de réadaptation intégrées ;
- favoriser le développement des capacités d'autorégulation émotionnelle, comportementale et relationnelle, en encourageant une meilleure connaissance de soi et de son propre vécu ;
- soutenir le développement de l'adolescent, en luttant contre les facteurs de risque associés à la chronicisation de la souffrance psychique et en valorisant ses capacités préservées ainsi que ses ressources personnelles ;

- promouvoir la récupération et le renforcement de l'autonomie personnelle, sociale et dans les activités de la vie quotidienne, indispensables à l'acquisition progressive de compétences adaptées à l'âge ;
- favoriser l'amélioration des capacités relationnelles et d'intégration au sein des groupes de pairs, grâce à des expériences structurées de vie en collectivité, de socialisation et de participation ;
- soutenir la continuité des parcours scolaires, de formation et d'orientation professionnelle, reconnus comme des éléments fondamentaux du processus thérapeutique et de l'inclusion sociale ;
- renforcer les compétences parentales et familiales au moyen d'actions de soutien, de conseil et de participation active au projet de soins, lorsque cela est compatible avec la situation clinique et juridique du mineur ;
- prévenir les comportements auto-agressifs, hétéro-agressifs et suicidaires, les conduites à risque ainsi que les phénomènes d'isolement social, au moyen de programmes spécifiques de suivi et d'intervention ;
- favoriser la construction d'une identité personnelle positive et d'un projet de vie réaliste et durable ;
- préparer et accompagner la réintégration dans les différents milieux de vie, familiaux, scolaires et sociaux, au moyen d'interventions progressives visant à évaluer et à consolider les compétences acquises.

Conformément aux orientations les plus récentes en matière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, la Communauté adopte une approche fondée sur les principes du **recovery-oriented care**, entendue comme un processus visant non seulement à réduire les symptômes, mais surtout à restaurer le fonctionnement personnel, social et relationnel, à valoriser les capacités individuelles et à atteindre le niveau maximal possible d'autonomie et de participation à la vie communautaire.

L'activité thérapeutique et de réadaptation s'articule autour d'interventions cliniques individuelles et de groupe, d'activités éducatives et socio-rééducatives, de programmes de soutien scolaire et de formation, d'ateliers d'expression et d'activités occupationnelles, d'interventions destinées aux familles ainsi que d'un travail constant en réseau avec les services territoriaux compétents, afin de garantir la continuité des soins et la pertinence du parcours thérapeutique.



2. DÉFINITION DE L'UNITÉ DE SERVICE

2.a Dénomination de la structure

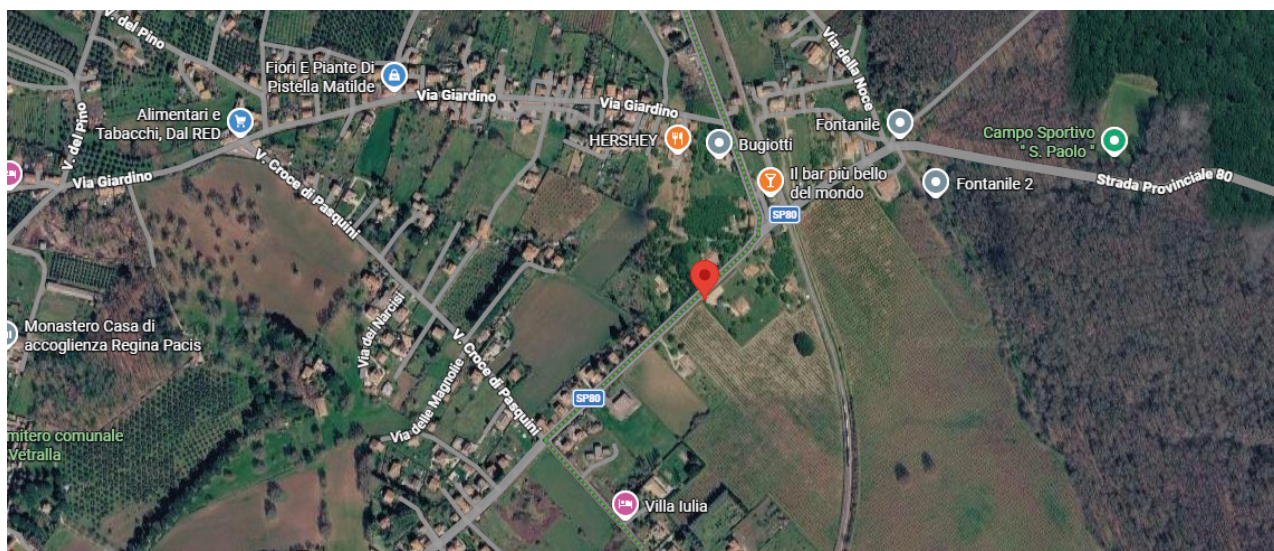
- SRTTR « EIMASTE » – **Autorisation de fonctionnement accordée par la décision n° G07087 du 05/06/2026**

2.b Organisme gestionnaire

- Coopérative sociale Codess, Via Boccaccio 96, Padoue (PD)
- Représentant légal : Dr Alberto Ruggeri
- Délégué à la protection des données (DPO) : Dr Lucio Bobbo

2.c Ubicazione

- Vetralla (VT), dans le hameau de Cura, Via Sant'Angelo 128



BUS URBAIN

Lignes Cotral



EN VOITURE

Autoroute A1 -> sortie Orte, direction Viterbe -> sortie Vetralla. Suivre les indications pour Vetralla, puis pour Cura di Vetralla. Emprunter la Via Cassia Cura, puis tourner à gauche dans la Via Sant'Angelo.



IN TRENO

Trains régionaux exploités par Trenitalia : vers le nord, trains directs à destination de Viterbe ; vers le sud, trains directs à destination de Rome.

2.d Territoire de référence

- Région du Latium – Autorité sanitaire locale de Viterbe (ASL)
- La Communauté accueille également des usagers provenant d'autres régions, dans la mesure où cela est compatible avec les exigences du projet thérapeutique de chaque patient.

2.e Usagers destinataires

10 usagers âgés de 12 à 18 ans.

Le service s'adresse aux mineurs présentant des troubles neuropsychiatriques et du neurodéveloppement nécessitant un programme individualisé de prise en charge thérapeutique et de réadaptation, lorsque l'évaluation multidimensionnelle indique que les traitements ambulatoires ou semi-résidentiels seraient inefficaces, notamment au regard du contexte familial.

Toutes les données à caractère personnel des résidents, recueillies lors de l'admission et pendant leur séjour au sein de la structure, sont traitées par « Codess Sociale », en qualité de responsable du traitement, conformément à la législation en vigueur en matière de protection et de confidentialité des données.



2.f Caractéristiques de la structure

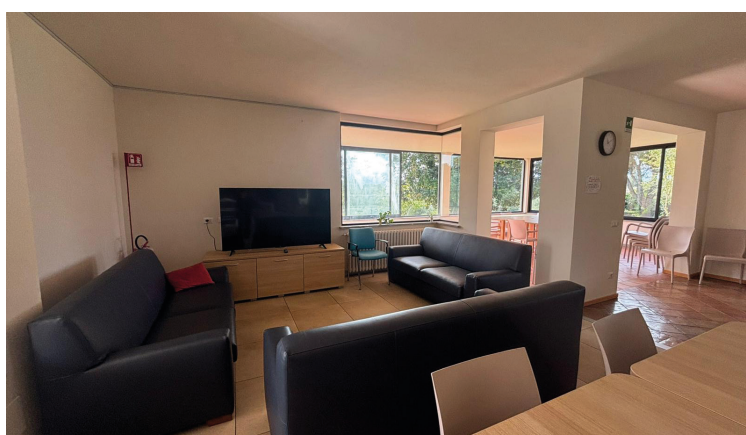
La Communauté est située dans un environnement périurbain, à quelques minutes du centre-ville, et est facilement accessible par les transports en commun.

Le bâtiment s'étend sur trois niveaux.

- **Rez-de-chaussée:** composé de deux grands salons adaptés aux activités récréatives, aux moments de socialisation — tels que l'assemblée des jeunes — ainsi qu'aux réunions ; d'une cuisine spacieuse avec cellier ; de trois chambres avec salle de bains attenante ; d'une pièce réservée au personnel ; d'une pièce destinée aux activités de soins et aux entretiens ; d'une salle de bains réservée au personnel ; et d'une lumineuse véranda couverte.
- **Premier étage:** composé de quatre chambres avec salle de bains attenante.
- **Deuxième étage:** composé de deux chambres destinées au personnel, avec salle de bains attenante.
- **Espaces extérieurs:** la structure est entourée d'un vaste jardin et d'un portique couvert, qui permettent de favoriser les moments de convivialité, d'organiser des fêtes ou de recevoir des amis et des membres de la famille.

La Structure satisfait aux exigences prévues par la réglementation en vigueur en matière d'habitabilité, de mise à la terre des installations, de conformité des équipements techniques ainsi que de sécurité, d'hygiène, de santé et de protection de l'environnement.





2.1 Caractéristiques des usagers accueillis

La structure Eimaste, conformément à la réglementation de la Région du Latium (Décret n° 00090/2010 ; DCA n° 8/2011, annexe C), accueille sur une base volontaire des mineurs adolescents dont la situation clinique et psychologique particulière entraîne des difficultés sur les plans relationnel, comportemental, affectif et émotionnel, nécessitant une intervention thérapeutique et de réadaptation dans le cadre d'une prise en charge résidentielle.

Les résidents accueillis présentent d'importantes difficultés psychologiques et relationnelles ainsi que de graves troubles du comportement résultant de :

- traumatismes et souffrances de nature psychologique et physique résultant de violences subies ou dont le mineur a été témoin ;
- séjour prolongé dans des contextes familiaux caractérisés par des dynamiques gravement dysfonctionnelles impliquant le mineur ;
- situations de négligence relationnelle et matérielle grave, liées à d'importantes insuffisances des compétences personnelles et parentales des figures familiales ;
- troubles psychopathologiques ayant atteint un niveau minimal de stabilité émotionnelle ou un degré adéquat de maîtrise comportementale, y compris grâce à un traitement pharmacologique, en ce qui concerne les pulsions auto-agressives ou hétéro-agressives.

Ces difficultés sont d'une gravité telle qu'elles ne peuvent être surmontées par les seuls soins ambulatoires ou à domicile et nécessitent l'accueil résidentiel du mineur, afin de permettre la mise en œuvre d'actions de soutien éducatif et psychologique intensives, continues et intégrées à celles assurées par les services territoriaux.



2.2 Présentation de la demande d'admission

Les demandes d'admission sont généralement adressées par le service TSMREE du Service régional de santé (SSR) à la structure retenue, accompagnées d'un rapport clinique comprenant les éléments suivants :

- âge (en années et en mois), sexe, ainsi que les informations anamnestiques et familiales pertinentes ;
- diagnostic codifié conformément aux critères des classifications diagnostiques internationales ;
- description de la complexité et du degré d'instabilité du tableau clinique, comprenant les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques mis en œuvre ainsi que les résultats obtenus ;
- description de l'altération du fonctionnement personnel et social du patient dans les contextes familial, scolaire et au sein du groupe de pairs ; ressources et potentialités existantes ; points forts et difficultés de la famille et du contexte de référence ; éléments pronostiques ;
- motifs ayant conduit à la demande d'admission, objectifs poursuivis et niveau d'intensité des soins requis ;
- durée prévisionnelle du parcours résidentiel et programmation de la suite du parcours, par exemple retour au domicile, placement en communauté éducative ou prise en charge semi-résidentielle ;
- éventuelles informations relatives à la consommation de substances, aux dépendances à Internet, etc., ainsi qu'à la coordination avec les services spécialisés dans les addictions ;
- éventuelle implication des services sociaux, du Tribunal pour mineurs et/ou existence de procédures pénales en cours.

Dans le cadre de la recherche d'une structure résidentielle thérapeutique adaptée, il convient d'évaluer :

- l'adéquation de l'offre thérapeutique et de réadaptation de la Structure résidentielle thérapeutique contactée aux besoins du mineur ;
- la compatibilité entre la composition du groupe de jeunes déjà accueillis et le mineur devant être admis dans des conditions appropriées.

Compte tenu de l'importance de l'environnement dans le cadre de l'intervention thérapeutique et de réadaptation, une attention particulière doit être accordée au délicat équilibre entre les personnes accueillies. Cet équilibre constitue en effet une garantie de stabilité au sein de la SRTR, mais également d'efficacité de l'intervention mise en œuvre en faveur du jeune.

Après réception de la demande, la Communauté Eimaste procède à une évaluation par l'intermédiaire de son équipe multiprofessionnelle interne, composée du neuropsychiatre de l'enfant et de l'adolescent (NPI), du responsable clinique et du coordinateur de la structure. Elle organise dans les meilleurs délais un échange approfondi avec l'organisme prescripteur, indispensable pour évaluer la faisabilité effective de l'admission.

Dans la mesure du possible, la Structure garantit une première réponse dans un délai de quelques jours.

La rencontre directe avec le mineur et sa famille par la Structure, ainsi que l'éventuelle visite des lieux, ne seront organisées que lorsque l'accueil apparaît effectivement possible, afin de ne pas exposer le mineur et sa famille à des situations susceptibles de générer frustration ou découragement.

Cette étape permet également d'approfondir l'évaluation du jeune et de son contexte de vie.

2.3 Le parcours résidentiel

Le parcours thérapeutique résidentiel de chaque usager est défini dans le Projet thérapeutique et de réadaptation individualisé (PTRP), spécifiquement élaboré par l'équipe de la structure résidentielle thérapeutique après une période d'intégration, en étroite collaboration avec le service prescripteur, la famille — lorsque cela est possible — et le patient.

2.3.1 Le Projet thérapeutique et de réadaptation individualisé (PTRP)

Le projet d'intervention est personnalisé et individualisé, conformément au PTI (Plan de traitement individualisé) élaboré par le service TSMREE prescripteur.

Le PTRP doit être fondé sur un ensemble d'informations et de critères communs, notamment :

- données personnelles, diagnostic clinique et fonctionnel, y compris les informations anamnestiques pertinentes ;
- motif de l'orientation par le service territorial de neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (NPI) ;
- observation des points forts et des difficultés concernant :
 - le domaine psychopathologique ;
 - le domaine des soins personnels et de l'environnement ;
 - le domaine des compétences communicatives ;
 - le domaine des compétences relationnelles ;
 - le domaine du fonctionnement scolaire ;
 - le domaine de l'autonomie et des compétences sociales ;
- observation des points forts et des difficultés concernant la famille, l'école et les différents contextes de référence ;
- objectifs de l'intervention ;
- domaines d'intervention, avec la description du type et de la combinaison des interventions prévues ainsi que des fondements qui les sous-tendent, en référence aux catégories suivantes :
 - interventions psychoéducatives ;
 - interventions d'habilitation et de réadaptation ;
 - psychothérapie ;
 - traitement pharmacologique ;
 - interventions relatives aux apprentissages ;
 - interventions portant sur le contexte familial ;
 - interventions de resocialisation et de travail en réseau en faveur de l'inclusion scolaire ;
- indication des professionnels impliqués dans les interventions, y compris, lorsqu'ils sont présents, les intervenants issus des réseaux informels et du bénévolat ;
- indication de la durée du programme et des évaluations périodiques : mise à jour de l'évolution du PTRI, avec mention des dates d'évaluation.

Le projet doit être réexaminé périodiquement et adapté en fonction de l'apparition de nouveaux besoins chez le patient et dans son environnement de vie.

2.4 Parcours thérapeutiques et de réadaptation et gestion des événements critiques

Les parcours sont différenciés en fonction du niveau de l'intervention thérapeutique et de réadaptation, lui-même lié au degré d'altération des fonctions et des capacités du patient — ainsi qu'à la possibilité de les traiter — et au niveau d'intensité des soins proposés, en rapport avec son degré global d'autonomie.

Il convient de prévoir la possibilité de diversifier les interventions pour certaines situations spécifiques, sur la base des données scientifiques de référence, notamment en présence de troubles psychiatriques tels que les troubles des conduites, les troubles des conduites alimentaires, les premiers épisodes psychotiques et d'éventuelles composantes post-traumatiques.

Il est également nécessaire de prévoir des adaptations appropriées pour les usagers présentant des situations particulières associées, notamment les migrants, les mineurs étrangers non accompagnés, les jeunes issus de parcours d'adoption ayant échoué ou les personnes relevant du système pénal et bénéficiant de mesures alternatives à la détention.

La connaissance des ressources du contexte familial et environnemental de référence est utile à la définition des parcours, afin de maintenir les relations existantes, de les reconstruire pour l'avenir ou, si nécessaire, de créer ex novo un réseau familial et social de référence, également en collaboration avec les services sociaux compétents.

Une attention particulière est accordée au maintien dans les parcours scolaires ou à l'orientation vers ceux-ci, ainsi qu'à l'expérimentation d'activités permettant d'identifier les prérequis nécessaires à l'insertion professionnelle ou de participer à des stages de formation.

Comme pour les autres éléments, ces aspects doivent également être clairement mentionnés dans le PTRP.

Les phases potentiellement critiques du parcours résidentiel thérapeutique — telles que l'admission, la sortie, les épisodes d'aggravation aiguë, les fugues ou les transitions développementales — peuvent nécessiter, lorsque cela est approprié, des interventions éducatives et thérapeutiques individuelles intensives et/ou des interventions à domicile pendant la période de résidence. Ces interventions doivent toujours être définies dans le cadre du projet thérapeutique individuel convenu avec le service de neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (NPI) de référence. La gestion d'une situation de « crise », caractérisée par une escalade comportementale, dépend de l'acquisition et du maintien de compétences spécifiques par les professionnels composant l'équipe de la structure résidentielle. Le PTRP contient les informations utiles et nécessaires pour faire face aux comportements problématiques, qu'ils soient hétéro-agressifs ou auto-agressifs, y compris aux manifestations suicidaires, à la réactivité et à l'escalade comportementale.

Il prévoit en conséquence un plan de crise ainsi que des indications relatives à l'évaluation et à la gestion des risques. Ces éléments font l'objet d'un suivi, d'une concertation et d'une actualisation lors des évaluations périodiques.

Le recours au service des urgences ou à une hospitalisation est envisagé uniquement lorsqu'il est indispensable et pour des motifs appropriés, liés à une situation réelle de décompensation clinique.

2.5 Le traitement pharmacologique

Avant l'admission dans la structure résidentielle, il est souhaitable que le mineur ait déjà bénéficié d'un traitement pharmacologique et que, dans la mesure du possible, le médicament ainsi que la posologie aient été stabilisés. Cela permet de garantir une plus grande sécurité dans la continuité de l'administration du traitement au sein de la Communauté.

Pour les patients qui ne sont pas encore connus du service et qui commencent un traitement pharmacologique pendant leur séjour thérapeutique, il est nécessaire que le service prescripteur prévienne des échanges plus fréquents, afin de mieux connaître le patient et d'évaluer sa réponse au traitement mis en place.

Le traitement pharmacologique doit répondre à des critères de spécificité par rapport aux symptômes, tout en limitant autant que possible les effets sédatifs. Dès son introduction, il est donc nécessaire d'en définir les objectifs, les délais et la durée d'administration. Il est convenu et partagé entre le neuropsychiatre de l'enfant et de l'adolescent de référence et l'équipe de la structure d'accueil. Lorsque des modifications sont rendues nécessaires par une situation d'urgence ou sont prescrites par d'autres services, notamment les urgences hospitalières, elles sont communiquées et convenues avec le service TSMREE de référence dès que possible.

Le traitement psychopharmacologique nécessite également l'implication et le consentement de la personne

exerçant l'autorité parentale pour les décisions de santé, ainsi que l'assentiment du mineur, en particulier lorsque des médicaments sont utilisés hors autorisation de mise sur le marché en raison de l'âge ou de l'indication. Le suivi et l'évaluation des résultats cliniques sont partagés avec le neuropsychiatre de l'enfant et de l'adolescent du service territorial prescripteur, la famille et le patient.

2.6 Le activité

Pendant son séjour au sein de la Structure, le patient bénéficie, de manière hautement individualisée et intégrée, des interventions suivantes : suivi clinique et pharmacologique, psychothérapie individuelle, psychoéducation, interventions auprès de la famille, entraînement aux activités de la vie quotidienne, entraînement aux compétences sociales, activités de resocialisation ainsi que des activités occupationnelles à visée expressive, culturelle, ludique et sportive. Les activités de réadaptation proposées peuvent être réparties entre des activités individuelles, réalisées avec le soutien et la supervision du Case Manager, et des activités de groupe. Ces dernières se déroulent principalement dans les ateliers de la Structure, selon une programmation hebdomadaire. En fonction du PTRP, chaque patient se voit proposer une sélection déterminée d'activités de groupe.

Parmi les activités de groupe proposées figurent notamment : groupe de bioénergie, groupe psychoéducatif sur les besoins et les règles, art-thérapie, photographie, écriture créative, atelier cuisine, ciné-débat et activités ludiques et sportives.



Pour favoriser la récupération des compétences sociales et scolaires de base, le patient bénéficie également des activités suivantes : entraînement quotidien aux soins personnels, participation aux activités quotidiennes de la Communauté thérapeutique — mise et débarrassage de la table, lessive, nettoyage, jardinage, entretien du potager, etc. —, sorties de resocialisation dans la commune, activités bénévoles auprès de différentes associations locales — refuge pour animaux, bibliothèque, paroisse, etc. —, ainsi qu'un accompagnement dans la fréquentation scolaire et dans le travail individuel.

Vous trouverez ci-dessous un exemple de semaine type présentant les activités de réadaptation et leur organisation au sein de la Communauté thérapeutique :

Horaire	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
6.45 – 7.00	Petit-déjeuner pour les jeunes qui vont à l'école	Petit-déjeuner pour les jeunes qui vont à l'école	Petit-déjeuner pour les jeunes qui vont à l'école	Petit-déjeuner pour les jeunes qui vont à l'école	Petit-déjeuner pour les jeunes qui vont à l'école	Petit-déjeuner pour les jeunes qui vont à l'école	Petit-déjeuner pour les jeunes qui vont à l'école
8.00 – 8.15	Petit-déjeuner	Petit-déjeuner	Petit-déjeuner	Petit-déjeuner	Petit-déjeuner	Petit-déjeuner	Petit-déjeuner
8.15 – 10.30	Soins personnels et rangement de la chambre	Soins personnels et rangement de la chambre	Soins personnels et rangement de la chambre	Soins personnels et rangement de la chambre	Soins personnels et rangement de la chambre	Soins personnels et rangement de la chambre	Soins personnels et rangement de la chambre
10.30 – 10.45	Collation du matin	Collation du matin	Collation du matin	Collation du matin	Collation du matin	Collation du matin	Collation du matin
10.45 – 12.00	École / activités ludiques et récréatives	École / activités ludiques et récréatives	École / activités ludiques et récréatives	École / activités ludiques et récréatives	École / activités ludiques et récréatives	Activités en atelier	Activités ludiques et récréatives
	Entretien psychologique			Entretien avec le NPI / entretien psychologique	Entretien psychologique		
13.15 – 13.30	Déjeuner	Déjeuner	Déjeuner	Déjeuner	Déjeuner	Déjeuner	Déjeuner
14.00 – 14.30	Déjeuner pour les jeunes revenant de l'école	Déjeuner pour les jeunes revenant de l'école	Déjeuner pour les jeunes revenant de l'école	Déjeuner pour les jeunes revenant de l'école	Déjeuner pour les jeunes revenant de l'école	Détente	Détente
14.30 – 15.30	Utilisation du téléphone	Utilisation du téléphone	Utilisation du téléphone	Utilisation du téléphone	Utilisation du téléphone	Utilisation du téléphone	Utilisation du téléphone
15.30 – 16.45	Étude / devoirs	Étude / devoirs	Étude / devoirs	Étude / devoirs	Étude / devoirs	Activités en atelier / sortie sur le territoire	Visite ou sortie convenue avec la famille
16.45 – 17.00	Goûter	Goûter	Goûter	Goûter	Goûter	Goûter	Goûter
17.00 – 18.30	Activités en atelier	Activités en atelier	Activités en atelier	Activités en atelier	Activités en atelier	Activités en atelier	Visite ou sortie convenue avec la famille
	Entretien psychologique	Entretien psychologique	Entretien avec le NPI	Entretien avec le NPI / thérapie familiale	Entretien avec le NPI / thérapie familiale	Thérapie familiale	
18.30 – 19.30	Soins personnels – utilisation du téléphone	Soins personnels – utilisation du téléphone	Soins personnels – utilisation du téléphone	Soins personnels – utilisation du téléphone	Soins personnels – utilisation du téléphone	Soins personnels – utilisation du téléphone	Soins personnels – utilisation du téléphone
19.30 – 20.00	Dîner	Dîner	Dîner	Dîner	Dîner	Dîner	Dîner
20.00 – 22.00	Soins personnels – détente ; rangement de sa chambre	Soins personnels – détente ; rangement de sa chambre	Soins personnels – détente ; rangement de sa chambre	Soins personnels – détente ; rangement de sa chambre	Soins personnels – détente ; rangement de sa chambre	Soins personnels – détente ; rangement de sa chambre	Soins personnels – détente ; rangement de sa chambre

2.7 Le parcours de sortie

Dans la mesure du possible, la sortie de la personne est, comme indiqué précédemment, planifiée dans ses grandes lignes dès son admission dans la Structure, tout en recommandant une prudence particulière dans la communication avec l'utilisateur et sa famille.

Les mineurs étrangers non accompagnés, les jeunes ne disposant pas d'un contexte familial de référence ainsi que les personnes atteignant l'âge de la majorité constituent des catégories nécessitant une attention particulière.

La détermination de la date ou de la période de sortie est étroitement liée à la continuité du projet ou du cadre de vie qui accueillera la personne à l'issue du parcours résidentiel.

Le processus de sortie fait partie intégrante du projet individualisé ainsi que des interventions et activités qui y sont définies en fonction des besoins des usagers. Il doit être considéré comme une étape particulièrement délicate, tant en raison de l'ambivalence qui caractérise souvent les jeunes patients face à ce changement que parce qu'il constitue la base d'une issue favorable et de la bonne poursuite du programme territorial.

Comme pour l'admission, la sortie doit être définie par l'équipe interinstitutionnelle élargie, après évaluation des objectifs atteints et de la situation individuelle, familiale et environnementale. Elle doit être préparée et mise en œuvre conjointement, selon des délais appropriés.

Aucune sortie n'est décidée unilatéralement en l'absence de structures capables d'assurer la poursuite du parcours du jeune et sans la collaboration du service TSMREE et des services sociaux du territoire d'origine.

L'intégration entre les services de neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et les services de psychiatrie pour adultes revêt une importance capitale, dans la perspective de parcours fonctionnels et culturels intégrés plaçant au centre la personne et sa famille, plutôt que l'organisation des services. Le Département de santé mentale et des addictions constitue le cadre privilégié au sein duquel les différents services concernés s'intègrent et se coordonnent. Pour les mineurs engagés dans un parcours résidentiel thérapeutique, l'évaluation conjointe entre le service territorial de neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (NPI) et les services pour adultes est réalisée au cours de la dix-septième année et, dans tous les cas, au plus tard six mois avant l'atteinte de la majorité, afin de convenir du parcours de soins le plus approprié.

L'éventuelle indication de poursuivre le parcours résidentiel dans une structure pour adultes doit être évaluée avec attention, à la fois pour garantir la continuité des soins et pour prévenir le risque d'institutionnalisation.

Sur la base de cette évaluation conjointe, à l'âge de dix-huit ans, la responsabilité du suivi est transférée, sauf indication contraire, aux services de psychiatrie pour adultes et/ou d'addictologie et/ou de prise en charge du handicap à l'âge adulte.

Lorsque cela est jugé approprié au regard du parcours de soins, une poursuite transitoire de la prise en charge intégrée avec le service de NPI peut être définie.

Le passage à la majorité, comme l'indiquent la littérature scientifique en la matière et les principales expériences internationales, ne doit pas constituer une rupture bureaucratique et rigide. Il peut également être nécessaire de prévoir des parcours assurant la continuité thérapeutique au sein de la structure résidentielle dans laquelle l'utilisateur est déjà accueilli.

Le transfert vers des structures pour adultes peut ne pas être approprié dans certaines situations, notamment :

- parcours thérapeutiques commencés récemment ;
- phase thérapeutique nécessitant une stabilité particulière ;
- situations dans lesquelles une conclusion prochaine du parcours de soins peut être envisagée ;
- maintien d'une mesure administrative ou prise en charge dans le cadre du système de justice pénale des mineurs ;
- présence, dans la structure pour adultes, d'un groupe d'utilisateurs sensiblement plus âgés ou présentant des pathologies incompatibles.

Dans ces situations, le traitement résidentiel thérapeutique au sein de la Communauté pour mineurs peut

éventuellement être prolongé sur la base d'un projet approprié et partagé, définissant les objectifs, les modalités et la durée de cette prolongation.

2.8 « Compagnon adulte »

En accord avec les services prescripteurs, une réduction progressive de l'accompagnement peut être convenue, afin d'assurer la continuité thérapeutique. Il est ainsi possible de prévoir, par exemple, des formes d'accueil semi-résidentiel au sein de la Structure ou dans d'autres lieux, notamment au domicile du patient ou dans le cadre de projets de type « Compagnon adulte ».

Cette organisation permet d'évaluer et de suivre la capacité de l'usager à maintenir son équilibre en dehors de l'environnement protégé de la Structure, dans le but de favoriser une autonomie et une responsabilisation croissantes au sein du contexte social.

3. ORGANISATION DU SERVICE

3.1 Composition de l'équipe

La Communauté garantit un effectif de personnel adapté aux besoins des mineurs pris en charge, à la mise en œuvre de leurs projets individuels respectifs et conforme à son document organisationnel ainsi qu'à son plan de travail. La Structure est gérée par une équipe multiprofessionnelle composée de professionnels des secteurs sanitaire et social ainsi que de personnel de soutien, conformément aux précisions apportées ci-après concernant les normes d'effectifs, les fonctions pouvant faire partie de l'équipe et les différents besoins des résidents. La présence des professionnels est organisée quotidiennement en fonction des besoins des mineurs accueillis, des Projets thérapeutiques et de réadaptation individualisés et de l'organisation de la Structure.



Au sein de la structure résidentielle, prévue pour accueillir 10 usagers, la présence programmée, ou organisée par plages horaires, des professionnels suivants.

L'intervention multifactorielle prévoit, au sein de la Structure, la présence d'une équipe qualifiée et multidisciplinaire de professionnels garantissant la continuité des soins et l'assistance thérapeutique 24 heures sur 24. Leur présence est déterminée conformément aux dispositions de la réglementation en vigueur applicables aux Structures résidentielles thérapeutiques et de réadaptation proposant des traitements communautaires extensifs :

- a) **Dr ROBERTO FORNARA** – Médecin spécialiste en neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, responsable de la Structure, y compris des aspects liés à l'hygiène et à la santé ;
- b) Dr **ANNA GRAZIA DIMITRI** – Psychothérapeute individuelle – Coordinatrice de la Structure ;
- c) Dr **STEFANIA NICOTRA** – Psychothérapeute familiale – Responsable clinique ;
- d) **S. CECILI, R.DURANTI** – Infirmiers diplômés ;
- e) **F. FAGNANI, E. PIERLORENZI, A. SALVATI, P. PIRAS** – Techniciens en psychologie / éducateurs spécialisés / techniciens de la réadaptation psychiatrique (TERP) ;
- f) **C. DI MARCO, G. TACCOLI, A. BONCORE** – Agents socio-sanitaires (OSS) ;
- g) **L. SCOSCIA** – Assistante sociale ;
- h) **A. SANTINELLI** – Fonctions auxiliaires / **M. PETRUCCI** – Fonctions administratives.

Les différentes catégories professionnelles ont pour objectif de contribuer à la réalisation des objectifs de la Communauté et des projets individualisés élaborés pour chaque résident :

Le neuropsychiatre de l'enfant et de l'adolescent

Il est responsable du suivi clinique des résidents accueillis au sein de la Communauté. Il constitue un membre essentiel de l'équipe multiprofessionnelle, évalue et adapte les traitements pharmacologiques, intervient dans la gestion des épisodes de crise, réalise des consultations et des entretiens réguliers avec les résidents, participe aux réunions périodiques ainsi qu'à l'élaboration du PEI, et assure la continuité de la prise en charge ainsi que les relations avec les services prescripteurs.

Le psychologue-psychothérapeute

Il assure des prises en charge individuelles et de groupe, participe à la réunion hebdomadaire de l'équipe ainsi qu'aux rencontres d'évaluation et de programmation avec l'ensemble des professionnels et des intervenants impliqués dans le suivi du patient.

Il contribue à l'élaboration du projet thérapeutique et de réadaptation, organise et anime des séances de soutien psychologique individuelles et collectives, prévoit des rencontres hebdomadaires – ou selon les besoins – avec les mineurs accueillis dans la Structure et met en œuvre des modalités partagées de soutien au personnel.

L'éducateur, le psychologue communautaire et le technicien de la réadaptation psychiatrique (TERP)

Le technicien en psychologie, l'éducateur spécialisé et le technicien de la réadaptation psychiatrique (TERP) interviennent au sein de l'équipe multidisciplinaire et contribuent à la mise en œuvre du Projet thérapeutique et de réadaptation personnalisé (PTRP) du mineur.

À travers la relation éducative et thérapeutique, ils favorisent le bien-être psychologique, le développement des compétences relationnelles, l'autonomie personnelle et l'inclusion sociale. Ils accompagnent le mineur dans la vie quotidienne de la Communauté, en encourageant l'acquisition de compétences sociales, émotionnelles et comportementales utiles à son parcours de développement et de soins.

Ils assurent des activités d'observation, de soutien, de réadaptation et de suivi, contribuant ainsi à l'évaluation continue des objectifs thérapeutiques. Ils collaborent avec la famille, l'école et les services territoriaux afin de garantir la continuité

des soins et de favoriser la réintégration dans les différents milieux de vie.

Leur présence constitue un repère éducatif stable et significatif, capable d'offrir une écoute, un cadre émotionnel sécurisant et un soutien au développement, dans la conscience que, comme l'affirmait Donald W. Winnicott : « *Les bases de la santé mentale se construisent au cours des premières expériences où l'on est accueilli et soutenu par un environnement suffisamment bon.* »

L'infirmier

Il veille à la mise en œuvre et au suivi des traitements pharmacologiques prescrits par le médecin spécialiste en neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (NPIA), ainsi qu'à l'état de santé des résidents.

Il assure la tenue et la gestion de la documentation sanitaire, ainsi que les relations avec les médecins spécialistes et les médecins généralistes. Il participe à l'élaboration du PTE et aux réunions périodiques de l'équipe.

Les agents socio-sanitaires (OSS)

L'agent socio-sanitaire (OSS) est un professionnel faisant partie intégrante de l'équipe. Il accompagne les usagers dans leur vie quotidienne, veille à la gestion des espaces communs avec les résidents et s'occupe des tâches pratiques courantes — alimentation, courses, élaboration des menus et lingerie — en collaboration avec les éducateurs.

Il participe aux réunions de l'équipe ainsi qu'aux rencontres hebdomadaires avec les résidents et l'éducateur.

L'assistant social

Il entretient les relations avec les services sociaux territoriaux, les familles, les établissements scolaires ainsi qu'avec l'ensemble des acteurs formels et informels du territoire susceptibles de contribuer à la réalisation des objectifs définis dans les projets des jeunes.

Il favorise les parcours vers l'autonomie et l'insertion professionnelle, dans le respect des caractéristiques propres à chaque jeune ainsi que de son contexte familial et de son environnement de vie.

3.2 Valorisation de la diversité professionnelle

Comme le montre l'organigramme, l'organisation de la Communauté thérapeutique vise à favoriser la présence simultanée de professionnels aux profils techniques différents, dont l'intégration mutuelle permet de garantir une prise en charge plus complète.

3.3 Gestion de cas

Au sein de l'équipe, les éducateurs, les techniciens de la réadaptation psychiatrique (TERP) et les psychothérapeutes sont appelés à exercer la fonction de Case Manager, ci-après dénommé CM. Le nombre de patients confiés à un même CM est généralement établi selon un ratio de 3 pour 1.

L'attribution d'un CM au patient intervient à un stade très précoce de son admission au sein de la Communauté thérapeutique, éventuellement dès les visites préalables à son intégration. Par la suite, le CM accompagne le patient qui lui est confié jusqu'à la fin de son parcours dans la Structure.

La désignation d'un CM chargé du suivi de chaque patient constitue un élément central du projet de réadaptation. Elle répond avant tout à la nécessité d'harmoniser les différentes interventions de réadaptation et de coordonner les divers professionnels intervenant auprès du patient.

Le CM a tout d'abord pour mission d'établir une alliance thérapeutique efficace avec le patient, condition indispensable pour déterminer avec lui les composantes spécifiques de l'intervention de réadaptation à mobiliser au fil du parcours. L'objectif est de garantir que le projet de réadaptation soit, dans son ensemble, efficace au regard des résultats attendus, cohérent avec les valeurs du patient et harmonieusement intégré au fonctionnement du groupe.

Le CM joue donc un rôle actif et central dans le parcours de réadaptation du patient qu'il accompagne. Il assure le suivi de son projet de réadaptation individualisé, en faisant le lien, d'une part, avec le patient lui-même, dont il devient le professionnel référent et l'intermédiaire, et, d'autre part, avec les différents intervenants impliqués dans son parcours de réadaptation.

Le rôle central du CM est également souligné par sa participation aux échanges avec la famille et avec le service prescripteur, en qualité de référent du projet de réadaptation du patient au sein de l'équipe.

3.4 Travail en équipe

Toute décision concernant la prise en charge clinique et le projet de réadaptation individualisé des patients accueillis au sein de la Communauté thérapeutique est prise en équipe.

L'équipe se réunit chaque semaine et présente une composition multidisciplinaire, réunissant l'ensemble des catégories professionnelles.

Au cours des réunions d'équipe sont abordés aussi bien les aspects organisationnels concernant la Communauté thérapeutique dans son ensemble que les projets de réadaptation propres à chaque patient, afin de coordonner les interventions thérapeutiques et de réadaptation et d'examiner les éventuelles difficultés.

L'équipe est organisée de manière à favoriser une discussion interactive, dans laquelle chaque participant est invité à apporter sa contribution dans son domaine de compétence.

3.5 Présence programmée du personnel et continuité des soins

La continuité des soins est garantie aux résidents du centre 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Pour leurs besoins médicaux généraux, les patients sont suivis par un médecin généraliste du territoire, qui leur est attribué au moment de leur admission et qui se rend régulièrement dans la Structure afin d'effectuer les consultations de routine.

Le suivi de l'activité du personnel est assuré par le Directeur médical, auquel il incombe également de vérifier que les effectifs sont conformes aux normes provinciales en vigueur.

3.6 Profils professionnels

Dans le souci de valoriser la diversité des compétences professionnelles, des profils professionnels précis sont définis pour chaque fonction exercée au sein de la Communauté. Ils visent à mettre en valeur les compétences propres à chaque professionnel et à éviter, autant que possible, les chevauchements de rôles entre des intervenants ayant des profils professionnels différents et/ou rattachés à des unités distinctes.

4. TRAVAIL EN RÉSEAU

Pour atteindre l'objectif d'une réintégration efficace des patients dans leur environnement social et scolaire, le parcours de réadaptation doit associer à l'accompagnement intensif proposé au sein de la Structure un travail tout aussi soutenu d'interaction et d'intégration avec le territoire et les familles, d'une part, et avec les services prescripteurs, d'autre part. L'intervention communautaire s'inscrit dans un projet psycho-socio-réadaptatif plus vaste. Elle constitue une étape « intermédiaire » entre les différents pôles d'un réseau élargi : services ambulatoires, services hospitaliers, services sociaux, institutions éducatives et scolaires, structures de socialisation, etc.

Cette approche repose sur la conscience que, pour les adolescents présentant des problématiques cliniques complexes, il est nécessaire de prévoir un éventail de réponses, de solutions et de ressources, adaptées au cas par cas aux différentes étapes et aux divers besoins liés au développement et au diagnostic. Ces interventions doivent pouvoir s'étendre, de manière stratégique et réfléchie, du domaine sanitaire au domaine social, et réciproquement. La Structure Eimaste veille à maintenir et à renforcer sa fonction de passerelle et de liaison avec les autres milieux de vie et de soins de l'utilisateur. Elle se propose d'assurer une médiation entre les différents systèmes les plus directement impliqués dans le processus pathologique de l'utilisateur : les systèmes familial, social et scolaire, au sein desquels le problème peut se manifester.

En agissant sur les connexions entre les différents acteurs du réseau, la Structure favorise l'ouverture des canaux de communication et facilite ainsi le « dialogue » entre l'utilisateur et les différentes composantes du système, dialogue qui risquerait autrement de s'interrompre.

4.1 Interaction avec les services

La période de réadaptation effectuée au sein de la Communauté doit être considérée comme une étape d'un parcours de soins et de prise en charge plus complexe assuré par les services territoriaux de neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et de psychiatrie. Cette considération met en évidence la nécessité d'une coordination efficace avec ces services, afin, d'une part, d'identifier les patients susceptibles de tirer le meilleur bénéfice d'un parcours de réadaptation et, d'autre part, d'harmoniser le travail réalisé auprès du patient pendant son séjour dans notre Structure avec les phases antérieures et ultérieures de son parcours de soins.

Avant l'admission, il est demandé au service prescripteur d'élaborer un rapport clinique détaillé concernant le patient, précisant notamment : le cadre diagnostique, les objectifs de l'orientation et la durée prévue du séjour. Dans l'idéal, ce rapport doit également contenir des informations relatives à l'histoire personnelle et familiale, aux antécédents psychopathologiques récents et anciens — y compris d'éventuelles hospitalisations en psychiatrie —, aux antécédents médicaux, au parcours social et scolaire, aux antécédents pharmacologiques — traitements en cours et antérieurs, avec indication des éventuels effets indésirables ou allergies —, aux antécédents toxicologiques, ainsi qu'aux résultats d'éventuels examens complémentaires pertinents — ECG, EEG, scanner, IRM, analyses biologiques récentes, etc. Il doit également indiquer la personne de la famille référente ainsi que le thérapeute ou l'équipe de référence.

Nous considérons ces éléments comme essentiels afin de prévenir le risque qu'une admission soit réalisée en l'absence d'un véritable projet élaboré par le service prescripteur. Toutefois, dans les situations complexes pour lesquelles aucun projet précis n'a encore été défini, le personnel reste disponible pour collaborer avec l'équipe territoriale prescriptrice, en mettant à disposition son expertise dans le domaine de la psychiatrie de réadaptation, afin de parvenir à l'élaboration d'un projet thérapeutique et de réadaptation résidentiel dès la phase préparatoire à l'admission du patient.

De la même manière, à l'issue du parcours de réadaptation, un rapport détaillé est transmis au service prescripteur. Il porte sur l'évolution des symptômes et du fonctionnement social et professionnel, les activités réalisées par le patient pendant son séjour au Centre, les objectifs atteints — sur la base d'évaluations cliniques et psychométriques — ainsi que sur les éventuelles recommandations concernant des stratégies thérapeutiques et de réadaptation susceptibles de favoriser la poursuite du processus de rétablissement en dehors de la Communauté thérapeutique.

4.2 Interaction avec les familles

Le parcours de soins du patient accueilli au sein de la Communauté implique nécessairement la participation de la famille et vise, dans tous les cas où cela est possible, son retour rapide dans son milieu de vie familial.

À cette fin, l'équipe de la Communauté, en accord avec le service prescripteur, peut proposer un accompagnement aux membres de la famille afin de favoriser cette dynamique.

Les proches sont également régulièrement informés et associés au parcours de réadaptation de leur enfant, notamment en participant aux réunions trimestrielles du réseau consacrées au suivi du projet.



La connaissance des caractéristiques du contexte familial dont est issu chaque patient apparaît particulièrement utile dans le cadre d'un parcours de réadaptation psychiatrique, tant pour mieux comprendre son monde intérieur et, par conséquent, sa symptomatologie, que pour préparer une réintégration plus efficace dans son milieu d'origine à l'issue de son séjour au sein de la Communauté.

La participation active de la famille et de l'utilisateur au parcours thérapeutique constitue un élément essentiel de la prise en charge. Ils font partie intégrante du processus d'élaboration du projet, sauf disposition contraire, notamment en présence de mesures spécifiques prises par le Tribunal pour mineurs. L'assentiment du mineur au traitement ainsi que le consentement des membres de la famille sont indispensables.

En l'absence d'indications différentes, la continuité des relations entre le mineur accueilli en structure résidentielle et sa famille doit être préservée et maintenue dès son admission. Toute limitation particulière – concernant, par exemple, les contacts avec les amis et la famille, la fréquentation scolaire, les sorties, l'utilisation des téléphones portables ou d'autres appareils électroniques, le tabagisme ou d'autres aspects – doit toujours être précisée dans le PTRP et convenue au préalable.

Lorsque des restrictions particulières sont imposées par le Tribunal pour mineurs, par des procédures spécifiques ou pour des raisons cliniques, il reste néanmoins nécessaire d'évaluer le niveau et les modalités d'information à garantir à la famille.

Le projet comprend également des interventions de soutien aux parents, individuelles ou en groupe, cohérentes avec le parcours personnel du mineur. Ces interventions doivent être convenues et décrites dans le PTRP, en précisant les professionnels chargés de leur mise en œuvre ainsi que leurs modalités de réalisation.

Selon les ressources disponibles, ces parcours peuvent être intégrés à l'ensemble des interventions proposées au mineur et à sa famille par la structure résidentielle thérapeutique. Cette possibilité doit être clairement identifiable dans le contenu de la Charte des services de l'établissement.

Il incombe toutefois au service prescripteur de maintenir le suivi auprès des parents et de s'assurer que le parcours thérapeutique du mineur, ainsi que les évolutions attendues, soient cohérents avec le contexte familial et la relation parentale, afin de permettre le maintien des résultats obtenus.

4.2 Interaction avec les établissements scolaires du territoire

Les patients accueillis au sein de la Communauté thérapeutique qui ont dû interrompre leurs études sont rapidement accompagnés dans la prise de contact avec les établissements scolaires du territoire, afin de reprendre leur parcours scolaire.

Dans tous les cas où cela est possible, le patient accueilli dans la Communauté fréquente un établissement scolaire en fonction de son âge et de ses choix personnels.

La Communauté favorise l'inclusion et accompagne le patient dans son intégration scolaire en élaborant des parcours individualisés en collaboration avec les établissements scolaires du territoire. Lorsque cela est possible, des stages spécifiques sont également mis en place afin de favoriser l'autonomie et une éventuelle insertion professionnelle.

4.3 Interaction avec le territoire et les entreprises

Comme cela a déjà été souligné, afin de compléter et d'intégrer le travail réalisé auprès du patient dans le but de le « rapprocher » de son environnement social d'origine, la Communauté thérapeutique entend également favoriser, sur le territoire, un processus culturel visant à réduire la méfiance et les préjugés de la population à l'égard des personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Cet objectif nous paraît si central dans le processus de réadaptation qu'il est devenu, au même titre que la promotion du rétablissement du patient, une composante à part entière de la mission de la Communauté thérapeutique.

L'interaction avec le territoire est favorisée de deux manières :

- **Activités bénévoles** : toute personne souhaitant exercer une activité bénévole au sein de la Communauté thérapeutique est préalablement invitée à un entretien destiné à vérifier que ses caractéristiques personnelles et l'activité proposée sont effectivement compatibles avec les besoins des usagers. Lorsque les conditions nécessaires à la mise en place de la collaboration sont réunies, l'activité proposée est planifiée et la présence des professionnels de la Communauté aux côtés du bénévole est assurée pendant son déroulement. Les activités bénévoles sont programmées en fin d'après-midi ou pendant le week-end, afin que leur éventuelle annulation n'ait pas de répercussions sur le reste du programme hebdomadaire des activités.
- **Cours animés par des intervenants extérieurs** : différents cours ouverts au public sont organisés au sein de la Communauté thérapeutique. Ils sont animés par des enseignants extérieurs qui ne sont pas nécessairement issus du domaine de la santé mentale. Il s'agit de cours variés – gymnastique, langue étrangère, informatique, etc. – tout à fait comparables à ceux proposés sur le territoire, auxquels peuvent également participer les usagers de la Communauté qui manifestent un intérêt. Ce type d'activité poursuit un double objectif : d'une part, permettre aux patients participants d'acquérir de nouvelles compétences susceptibles de favoriser leur insertion sociale ou professionnelle ; d'autre part, créer une occasion de rencontre et d'interaction avec la population locale dans un cadre protégé, mais non médicalisé.

4.5 Interaction avec les universités

Codess Sociale entend promouvoir les collaborations avec les établissements universitaires, aussi bien lorsque ceux-ci souhaitent utiliser notre Structure comme lieu de réalisation de recherches cliniques susceptibles de contribuer à l'amélioration de l'offre thérapeutique et de réadaptation proposée aux patients, que pour l'organisation d'événements de formation destinés au personnel de la Résidence et/ou à des professionnels exerçant dans d'autres structures. En effet, bien que la Communauté soit une structure indépendante, sans lien direct avec une université et ne poursuivant pas comme objectif principal la réalisation d'activités de recherche, l'organisation des interventions de réadaptation proposées aux patients se prête à d'éventuelles finalités scientifiques.

En particulier, la définition de critères d'inclusion et d'exclusion, la programmation claire des activités de réadaptation mises en œuvre, la préférence accordée à des interventions standardisées et reproductibles, ainsi que la pratique consistant à mesurer des indicateurs de résultats prédéfinis, témoignent de la volonté de rapprocher la méthodologie de travail du Centre de celle de la recherche appliquée dans le domaine clinique.

Cela permet, d'une part, de comparer plus facilement les résultats du travail réalisé auprès des patients avec les données scientifiques disponibles et, d'autre part, de s'inscrire dans une démarche continue d'auto-évaluation et d'actualisation du programme de réadaptation proposé aux patients.

Enfin, Codess est favorable à la mise en place d'éventuelles collaborations afin que la Structure puisse accueillir des stages de formation destinés aux professionnels relevant du domaine de la santé mentale.

4.6 Autorité judiciaire et Région

L'organisme gestionnaire de la Communauté doit veiller au respect des obligations de communication à l'Autorité judiciaire ainsi qu'à l'accomplissement des formalités régionales correspondantes, conformément à la loi n°149/2001.

5. FORMATION ET SUPERVISION

La réadaptation en neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en général, et celle des troubles du développement en particulier, constituent des domaines du savoir médico-psychiatrique en constante évolution.

Pour être efficace au regard des résultats attendus, un parcours de réadaptation hautement spécialisé, tel que celui proposé par la Communauté thérapeutique, ne peut faire abstraction d'une formation appropriée des professionnels chargés de la coordination et de l'ensemble des intervenants impliqués. Les lignes directrices prévoient en effet que tous les membres du personnel connaissent le concept de « rétablissement » en santé mentale et ses implications dans la pratique des services (Carozza, 2006). Garantir une formation spécialisée et constamment actualisée aux différentes catégories professionnelles concernées s'inscrit également dans une méthodologie de travail fondée sur les données probantes — Evidence-Based Medicine (EBM) — et constitue ainsi l'un des éléments distinctifs de la Communauté.

5.1 Modalités pratiques de mise en œuvre du parcours de formation

Le parcours de formation s'articule autour de différentes activités formatives, complémentaires et intégrées entre elles.

Formation initiale. Il s'agit d'une phase intensive précédant la prise de poste. Elle vise l'acquisition de compétences techniques et opérationnelles de base — protocoles de travail, organisation de la Structure et familiarisation avec les lieux de travail — ainsi que l'intégration au sein de l'équipe — présentation du type d'usagers accueillis, de la vision, de la mission et des objectifs sur lesquels repose le modèle organisationnel. Ce type de formation est assuré par les professionnels chargés de la coordination et se déroule de préférence dans les jours précédant immédiatement le début de l'activité professionnelle.

Formation en équipe. Comme indiqué précédemment, la méthodologie organisationnelle de la Communauté thérapeutique prévoit que toute décision concernant la prise en charge clinique et le projet de réadaptation individualisé des patients soit prise en équipe.

Dans le cadre de la réunion hebdomadaire de l'équipe, les situations cliniques sont examinées collégialement par des professionnels issus de disciplines différentes. Cela permet non seulement de coordonner les différents éléments du projet de réadaptation, mais aussi de créer une occasion d'échange réciproque et multidisciplinaire présentant une importante valeur formative.

La réunion d'équipe constitue également le cadre privilégié dans lequel peuvent émerger d'éventuels besoins de formation, vers lesquels orienter des interventions formatives plus spécifiques, comme indiqué ci-après.

Formation continue spécialisée, interne et externe. Elle vise à fournir aux professionnels des contenus spécifiques à leur domaine d'intervention et à soutenir la qualité de leur pratique.

Elle se décline selon différentes modalités opérationnelles, notamment : cours magistraux, études de cas, clubs de lecture scientifique, séminaires et congrès.

Ce type de formation peut concerner l'ensemble du personnel ou certaines catégories professionnelles en particulier. Il est organisé par les responsables de la coordination, qui peuvent faire appel à des formateurs extérieurs lorsque cela est nécessaire.

Formation obligatoire. Formation obligatoire conformément aux dispositions du décret législatif italien n° 81/2008 et de l'Accord État-Régions du 21 décembre 2011, réalisée selon la périodicité de mise à jour prévue par la réglementation.

Journées de formation consacrées aux bonnes pratiques. Depuis 2014, le service Qualité de Codess Sociale organise

un temps annuel d'échange et de formation à l'échelle de l'entreprise, sous la forme d'une journée de rencontre dénommée « Table ronde des bonnes pratiques ».

Au cours de cette journée de travail, différentes structures présentent une intervention ou un projet ayant introduit, dans leur contexte de service, une innovation dans la manière de poursuivre un objectif — éducatif, de réadaptation, de mise en réseau, etc. — et ayant permis d'atteindre le résultat attendu. Les outils spécifiques utilisés pour mesurer l'efficacité et l'efficacité de l'intervention sont également présentés.

L'objectif de cette table ronde est de favoriser les échanges méthodologiques et de permettre aux différentes équipes intervenant dans des contextes comparables, au regard du type d'usagers et de l'unité d'offre, de s'approprier un modèle susceptible d'être généralisé.

La table ronde est organisée en prévoyant la participation de l'ensemble des coordinateurs des services gérés relevant des domaines d'intervention sélectionnés pour chaque édition.

Au cours des trois éditions de la Journée des bonnes pratiques organisées à ce jour, cinq bonnes pratiques de projet ont été présentées dans le domaine de la réadaptation psychiatrique.

Cette initiative s'est révélée être un excellent outil de partage entre les équipes des différents services, d'échange méthodologique et de formation entre des professionnels exerçant des fonctions différentes ou similaires dans divers contextes médico-sociaux, tout en suivant une ligne directrice commune plaçant les usagers au centre des projets ainsi que des actions éducatives et de réadaptation.

5.2 Le plan annuel de formation du service

Chaque année, un plan annuel de formation est élaboré afin de définir les contenus, les modalités et le calendrier des actions de formation programmées.

L'élaboration de ce plan repose tout d'abord sur l'identification des domaines nécessitant un approfondissement particulier. Les responsables de la coordination déterminent ensuite les types d'intervention formative, parmi ceux énumérés au paragraphe précédent, les plus adaptés aux besoins recensés.

Les formateurs, internes ou externes à la Structure, sont ensuite sélectionnés et participent à l'élaboration du programme détaillé de l'action de formation. Celle-ci est enfin inscrite au calendrier et proposée à l'ensemble des membres du personnel susceptibles d'être concernés.

5.3 L'évaluation du parcours de formation

La procédure de mise en œuvre des activités de formation prévoit des outils spécifiques destinés à évaluer l'efficacité des formations dispensées, au regard des compétences acquises, aussi bien pour la formation obligatoire que pour la formation technique.

Pour chaque formation, le formateur administre deux types de questionnaires :

- **Questionnaire d'évaluation finale de l'activité de formation** : il vise à vérifier dans quelle mesure la formation proposée répond aux attentes des professionnels, notamment en ce qui concerne la pertinence et l'utilité des contenus, leur niveau d'approfondissement, la possibilité de les appliquer dans le contexte professionnel, ainsi que l'évaluation du formateur et de l'organisation.
- **Questionnaire d'évaluation des apprentissages** : il s'agit d'un document élaboré par chaque formateur en fonction des spécificités de la formation, destiné à en mesurer l'efficacité au regard des informations et des compétences acquises.

6. SUGGESTIONS ET RÉCLAMATIONS

Le résident, un membre de sa famille ou toute autre personne concernée souhaitant exprimer son appréciation à l'égard des services fournis, ou signaler des situations d'irrégularité, d'inefficacité ou d'insatisfaction, est invité à en informer la Structure.

Les réclamations ou les éventuelles observations écrites peuvent être déposées dans la « Boîte à suggestions et réclamations ».

En cas de demande d'amélioration ou de vérification des prestations proposées, de plainte ou de réclamation, la Direction s'engage à répondre dans les meilleurs délais.

Pour adresser une réclamation ou un signalement à Codess Sociale, il est possible d'utiliser le formulaire prévu à cet effet et de choisir l'une des modalités suivantes : [1, 2, 3]

- Boîte à réclamations : au sein de la structure ou du centre de jour/service fréquenté.
- E-mail : écrire à direzione@codess.org ou qualita@codess.org.
- Fax : envoyer au numéro suivant : 199 161 911. [1]

Les réclamations doivent être présentées par écrit et comporter les coordonnées de la personne concernée, l'objet du signalement ainsi que la date ou la période des faits, afin de permettre l'envoi d'une réponse dans un délai de 30 jours.

Pour télécharger les documents officiels, consultez la page [Codess Sociale Qualità](#).

Rédigé par l'équipe Eimaste

Le Système intégré de management de la qualité, de l'égalité entre les femmes et les hommes, de l'environnement, de la santé et de la sécurité, de la responsabilité et de l'inclusion sociales, ainsi que l'adoption du Modèle 231.

Codess Sociale a adopté dès 2005 son propre système de management certifié conformément à la norme UNI EN ISO 9001:2015.

La mission de l'entreprise est poursuivie à travers un système de management intégré conforme aux normes ISO 9001:2015, ISO 10881:2013, ISO 11034:2003, ISO 14001:2015, ISO 45001:2018, SA8000:2014, UNI/PdR 125:2022 et UNI 11010:2016. Ce système repose sur un ensemble de principes et de valeurs qui orientent la prestation des services : accueil, attention portée à la personne, valorisation des relations en réseau et familiales, humanisation, professionnalisme, prévention de la pollution et recherche constante de modèles de référence innovants en réponse aux besoins émergents.

Un modèle organisationnel reconnaissant l'éthique comme l'un de ses piliers fondamentaux occupe également une place centrale. Dans cette perspective, le Conseil d'administration a adopté, le 7 mai 2013, un Modèle d'organisation, de gestion et de contrôle conformément au décret législatif italien n° 231/2001.

Ce modèle, intégré aux systèmes d'autocontrôle déjà en place, définit les règles et les procédures auxquelles doivent se conformer l'ensemble du personnel de l'entreprise ainsi que les personnes et organismes avec lesquels l'organisation interagit, dans le but de prévenir la commission des infractions visées par le décret lui-même.