



PROJET MEDICO-SOIGNANT 2021-2025

Approuvé par la CME, le 20 janvier 2022
Approuvé par la CSIRMT, le 28 janvier 2022

Avec le concours du cabinet



1 TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| Préambule..... | 7 |
| CONTEXTE : UN ETABLISSEMENT EN PLEINE MUTATION CONFRONTE AUX ENJEUX DE LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN..... | 9 |
| 1. Un établissement dont les formes d’organisation ont profondément changé depuis l’adoption du projet 2016-2020..... | 11 |
| 1.2. La mise en œuvre des orientations du projet médical 2016-2021 a aussi contribué à changer la physionomie de l’hôpital..... | 12 |
| 2. La prise en compte des orientations nationales | 15 |
| 2.2. Une organisation des soins plus encadrée | 15 |
| 2.3. La responsabilité inclusive et populationnelle de la psychiatrie | 16 |
| OBJECTIFS STRATEGIQUES, OPERATIONNELS ET PLAN D’ACTIONS | 19 |
| Objectif stratégique 1 – Faire du rétablissement la colonne vertébrale des pratiques..... | 23 |
| ➤ Objectif opérationnel 1.1. Diversifier les approches et les compétences | 23 |
| ➤ Objectif opérationnel 1.2. Promouvoir la pair-aidance..... | 24 |
| ➤ Objectif opérationnel 1.3. Piloter et déployer une démarche de réhabilitation psychosociale au sein de l’EPSM | 25 |
| ➤ Objectif opérationnel 1.4. Concourir à la diffusion et à la structuration de l’offre en rétablissement..... | 26 |
| ➤ Objectif opérationnel 1.5. Déployer pleinement les activités de l’Unité transversale pour l’éducation des patients (UTEF)..... | 27 |
| Objectif Stratégique 2..... | 29 |
| Améliorer la prise en charge en hospitalisation à temps complet | 29 |
| ➤ Objectifs opérationnels 2.1 | 29 |
| Réduire la pression en matière d’hospitalisation de courte durée sur les secteurs caennais | 29 |
| ➤ Objectif opérationnel 2.2 | 31 |
| Garantir le respect des droits des patients en soins libres à circuler librement dans le cadre de leur hospitalisation..... | 31 |
| ➤ Objectif opérationnel 2.3 | 32 |
| Contribuer à la réduction des pratiques d’isolement et de contention | 32 |
| ➤ Objectif opérationnel 2.4. Adapter l’organisation des soins pour une prise en charge plus adaptées aux personnes hospitalisées en séjours prolongés, | 34 |
| ➤ Objectif opérationnel 2.5. Poursuivre l’amélioration de la qualité des locaux d’hospitalisation 35 | |
| ➤ Objectif opérationnel 2.6. Conforter la prise en charge somatique en hospitalisation à temps complet..... | 37 |
| Objectif stratégique 3. Organiser des pratiques de soins en extrahospitalier proactives et plus lisibles. | 39 |
| ➤ Objectif opérationnel 3.1. Réduire les délais d’attente en CMP | 39 |

| | |
|--|----|
| ➤ Objectif opérationnel 3.2. Renforcer l’intervention précoce pour prévenir le recours à l’hospitalisation..... | 40 |
| ➤ Objectif opérationnel 3.3. Mieux articuler l’offre en extrahospitalier et harmoniser les prises en charge..... | 41 |
| ➤ Objectif opérationnel 3.4. Poursuivre la coordination en psychiatrie de liaison avec les urgences | 43 |
| ➤ Objectif opérationnel 3.5. Développer des consultations somatiques spécialisées ambulatoires pour des prises en charge particulières | 44 |
| ➤ Objectif opérationnel 3.6. Renforcer la qualité de la prise en charge médicamenteuse | 44 |
| ➤ Objectif opérationnel 3.7 | 45 |
| Développer des solutions alternatives à l’hospitalisation..... | 45 |
| ➤ Objectif Opérationnel 3.8..... | 47 |
| Développer le lien ville-hôpital notamment pour l’accès aux soins somatiques | 47 |
| ➤ Objectif Opérationnel 3.9..... | 49 |
| Poursuivre l’amélioration de la qualité des locaux en extrahospitalier | 49 |
| Objectif stratégique 4 – Mieux intégrer les soins en addictologie au sein de l’établissement | 51 |
| ➤ Objectif opérationnel 4.1. Organiser la montée en compétences des professionnels..... | 51 |
| ➤ Objectif opérationnel 4.2. Intégrer les soins en addictologie dans la prise en charge psychiatrique | 52 |
| ➤ Objectif opérationnel 4.3. Positionner l’EPSM en matière de prévention des addictions..... | 53 |
| Objectif stratégique 5 – Poursuivre le développement de dispositifs spécialisés non sectorisés..... | 55 |
| ➤ Objectif opérationnel 5.1. Consolider les activités du CRVS | 55 |
| ➤ Objectif opérationnel 5.2. Participer à la filière territoriale psycho traumatisme..... | 56 |
| ➤ Objectif opérationnel 5.3. Diversifier l’offre pour les personnes présentant des troubles du spectre autistique | 57 |
| ➤ Objectif opérationnel 5.4. Affirmer la place de l’EPSM dans le champ de la psychiatrie du sujet âgé. 58 | |
| ➤ Objectif opérationnel 5.5. Valoriser les activités de soins de l’unité Sport-Santé..... | 60 |
| ➤ Objectif opérationnel 5.6. Renforcer l’unité de thérapie familiale | 61 |
| ➤ Objectif opérationnel 5.7. Reconnaître, renforcer les méditations et mieux les coordonner | 62 |
| ➤ Objectif opérationnel 5.8. Mieux positionner les dispositifs spécialisés non sectorisés | 63 |
| Objectif stratégique 6 – Renforcer l’organisation des soins en pédopsychiatrie | 65 |
| ➤ Objectif opérationnel 6.1 | 65 |
| Réduire les délais d’accueil | 65 |
| Objectif opérationnel 6.2..... | 66 |
| Renforcer L’offre de soins pour adolescents..... | 66 |
| Objectif opérationnel 6.3..... | 67 |

| | |
|--|----|
| Valoriser l'activité de liaison en pédiatrie | 67 |
| Objectif opérationnel 6.4 | 68 |
| Structurer l'offre territoriale pour les troubles du comportement alimentaire (tca) | 68 |
| ➤ Objectif opérationnel 6.5 | 69 |
| Fluidifier les parcours lors du passage à l'âge adulte | 69 |
| ➤ Objectif opérationnel 6.6 | 69 |
| Proposer une offre ambulatoire plus réactive et plus adaptée | 69 |
| ➤ Objectif opérationnel 6.7 | 71 |
| Structurer l'offre transculturalité et psycho traumatismes | 71 |
| ➤ Objectif opérationnel 6.8. Améliorer la coordination avec l'ase..... | 73 |
| Objectif opérationnel 6.9..... | 74 |
| Améliorer la coordination avec le secteur médico-social..... | 74 |
| ➤ objectif opérationnel 6.10. Améliorer la coordination avec l'éducation nationale | 75 |
| ➤ Objectif opérationnel 6.14. Améliorer la qualité des locaux des unités de pédopsychiatrie..... | 78 |
| Objectif stratégique 7 – Consolider les dispositifs en faveur des personnes placées sous main de justice. | 80 |
| ➤ Objectif opérationnel 7.1. Mieux prendre en charge les personnes détenues en milieu pénitentiaire | 80 |
| ➤ Objectif opérationnel 7.2. Mieux accueillir en hospitalisation les patients détenus..... | 81 |
| Objectif stratégique 8 – Reconnaître pleinement la place des structures médico-sociales | 82 |
| ➤ Objectif opérationnel 8.1. Conforter la place des unités médico-sociales au sein de l'établissement..... | 82 |
| ➤ Objectif opérationnel 8.2. Renforcer des liens avec les établissements sociaux et médico-sociaux..... | 84 |
| Objectif stratégique 9 - Optimiser et stabiliser l'organisation fonctionnelle de l'EPSM pour mieux l'inscrire dans son territoire..... | 86 |
| ➤ Objectif opérationnel 9.1. Mettre en œuvre une nouvelle organisation des pôles tout en déclinant leurs activités à un niveau de Proximité..... | 86 |
| ➤ Objectif opérationnel 9.2. Renouveler la gouvernance des Pôles | 87 |
| ➤ Objectif opérationnel 9.3 | 88 |
| Ajuster les moyens des secteurs à leurs caractéristiques..... | 88 |
| ➤ Objectif opérationnel 9.4. Piloter une psychiatrie territoriale unifiée | 89 |
| ➤ Objectif opérationnel 9.5. Faire reconnaître la spécificité de la psychiatrie dans le cadre du système d'information du GHT..... | 90 |
| ➤ Objectif opérationnel 9.6. Affirmer les singularités de l'EPSM dans le cadre de la réforme du Financement de la psychiatrie | 90 |
| Objectif stratégique 10 – Travailler au développement de la recherche..... | 94 |
| ➤ Objectif opérationnel 10 1. Développer/coordonner la recherche/formation sur le territoire | 94 |

| | |
|--|-----|
| Objectif stratégique 11– Faire des ressources humaines un axe fort | 96 |
| ➤ Objectif 11.1 Veiller à l’attractivité de l’EPSM pour les professionnels et particulièrement pour les médecins | 96 |
| ➤ Objectif opérationnel 11.2. Développer la pluriprofessionnalité | 97 |
| ➤ Objectif opérationnel 11.3. Développer la place des infirmiers en pratique avancée | 98 |
| ➤ Objectif opérationnel 11.4. Renforcer la formation au sein de l’EPSM | 99 |
| ➤ Objectif opérationnel 11.5. Veiller à la qualité de vie au travail | 100 |
| FEUILLE DE ROUTE DU PROJET MEDICO-SOIGNANT POUR LES 5 PROCHAINES ANNEES..... | 102 |

PREAMBULE

Ce projet médico-soignant 2021-2025 de l'EPSM succède au précédent projet médical couvrant la période 2016-2020. La terminologie « projet médical » a été volontairement remplacée par celle de « projet médico-soignant » pour mieux intégrer le point de vue des professionnels paramédicaux et médicaux dans un projet commun, le renforcement de la pluriprofessionnalité étant au cœur de ce nouveau projet.

Il a été élaboré entre février et novembre 2021, avec l'appui du cabinet Acsantis, selon les phases de travaux suivantes :

- Une phase préalable de cadrage des travaux avec la Direction de l'EPSM ;
- Une phase de diagnostic approfondi des pratiques médico-soignantes, qui a consisté en une large étude documentaire et 11 entretiens collectifs avec des professionnels médicaux et paramédicaux de l'établissement, structurés par thématiques prioritaires pour l'établissement :
 - Organisation de la prise en charge ambulatoire
 - Réduction des tensions en hospitalisation
 - Respect des droits
 - Handicap psychique et inclusion
 - Dispositifs spécialisés
 - Accès aux soins somatiques
 - Soins aux personnes sous main de justice
 - Soins en addictologie
 - Offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile
 - Développement de la formation et de la recherche
 - Qualité de vie au travail
- Une phase de définition des orientations du projet avec le Directoire, par le biais de trois réunions qui ont permis de traduire les constats du diagnostic en objectifs stratégiques et opérationnels prioritaires ;
- Une phase de précision des actions opérationnelles assorties à ces objectifs, organisée en deux sessions de travail avec les professionnels médicaux et paramédicaux de l'établissement :
 - Une 1^{ère} session en juin 2021 autour de 5 groupes de travail : soins ambulatoires, soins en hospitalisation, dispositifs spécialisés, recherche et ressources humaines, pédopsychiatrie ;
 - Une 2^{ème} session en octobre 2021 concentrée sur 2 groupes de travail donc les actions restaient à préciser : organisation des soins ambulatoires et organisation de l'hospitalisation. Les dispositifs spécialisés ont alors été invités à se joindre au travail des deux groupes de manière transversale, afin de mieux traiter leur articulation avec les soins de secteur.
- Une phase de formalisation du projet en bureau, puis de remise au Directoire

- Un examen le 7 décembre 2021 en directoire élargie d'une nouvelle version intégrant les propositions d'amendement formulées par les praticiens (6) et par le directeur
- Une version du document intégrant des amendements adressés aux pilotes du projet ainsi que des observations formulées dans le cadre du directoire élargi a été présentée à la CME du 16 décembre 2021.
- Le document modifié après prise en compte des observations faites lors de la CME du 16 décembre a été présenté au directoire du 11 janvier 2022. Le document final y a été validé avant présentation devant la CME.
- Présentation pour adoption à la CME du 20 janvier 2022.

L'élaboration du projet a été pilotée tout au long aux côtés d'AcSantis par le Directoire, qui a joué un rôle de préparation et de validation de chaque phase de travail.

CONTEXTE : UN ETABLISSEMENT EN PLEINE
MUTATION CONFRONTE AUX ENJEUX DE LA
PSYCHIATRIE DE DEMAIN

L'EPSM de Caen se situe à un moment charnière de son évolution. Il a déjà fait d'importants efforts dans son organisation interne et a profondément changé depuis 5-6 ans : redéfinition des secteurs en 2019 avec annexion du secteur de Vire-Evrecy jusque-là rattaché au CH de Vire, réduction du nombre de lits (60 lits ont été fermés depuis 2015, auxquels il faudrait ajouter la capacité initiale de 40 lits à Vire, non reprise entièrement, soit 100 lits fermés, 20% du capacitaire agrégé), diminution de la durée moyenne de séjours (21.01 jours en unité d'admission, 201.4 jours en unité moyens et longs séjours pour 2020), développement de nombreux dispositifs spécialisés non sectorisés (réhabilitation psychosociale, psychiatrie du sujet âgé, sport-santé etc.), intégration au GHT Normandie centre...

Le projet médico-soignant vise à fixer les grandes orientations en matière d'organisation des soins à un horizon de 5 ans. Il repose tout d'abord sur une analyse diagnostique. Il s'appuie aussi sur les tendances observées dans le champ de la santé mentale, il prend en compte les orientations définies par les pouvoirs publics en matière de santé et intègre les enjeux et priorités fixées par le Projet Territorial de Santé Mentale du Calvados.

De sa capacité à intégrer ces orientations dépendra l'attractivité de l'EPSM de demain, confronté aujourd'hui à une tension en termes de ressources humaines qui sera encore aggravée par la diminution à venir des postes d'internes en psychiatrie au sein du département, mais convaincu que des projets novateurs pourront proposer des perspectives intéressantes aux futurs professionnels médicaux et paramédicaux.

Ce nouveau projet médico-soignant s'inscrit dans un cadre renouvelé puisque depuis l'adoption de son dernier projet médical, les orientations retenues ont été pour une large part mise en œuvre. Ensuite, pendant cette dernière période l'établissement a vu sa zone d'intervention être étendue au point de desservir plus de 70% de la population du Calvados ; ce qui a fortement impacté la vie de l'hôpital. Il a aussi fait l'objet d'une procédure de certification relativement longue qui au final s'est traduite par un avis avec recommandations de la HAS. Il apparaissait normal d'en tirer un premier bilan synthétique. En outre pendant ces dernières années le paysage institutionnel a évolué. L'EPSM est partie prenante du GHT Normandie centre et a été associé à l'élaboration du projet territorial de santé mentale. Ces évolutions doivent être évoquées pour en tirer un premier bilan

Enfin, l'EPSM doit inscrire son action dans les prochaines années en intégrant les orientations définies par les pouvoirs publics. Celles-ci ne peuvent être ignorées et doivent donc être prises en compte dans le projet médico-soignant

1. UN ETABLISSEMENT DONT LES FORMES D'ORGANISATION ONT PROFONDEMENT CHANGE DEPUIS L'ADOPTION DU PROJET 2016-2020

Plusieurs éléments ont contribué à changer la physionomie de l'établissement pendant les cinq dernières années. La contrainte budgétaire forte qui a pesé sur les comptes de l'établissement a été un facteur important dans la mutation de l'EPSM. Le projet médical mis en œuvre a aussi contribué à modifier l'organisation des prises en charge. La nouvelle définition des zones d'intervention a aussi contribué à modifier la physionomie de l'hôpital. Enfin, les exigences en matière de qualité ont conduit aussi à modifier les formes d'organisation de l'établissement.

1.1. UNE ADAPTATION A LA CONTRAINTE BUDGETAIRE PAR LA FERMETURE DE LITS.

Déjà engagée depuis 2010, la contrainte budgétaire a fortement pesé sur la vie de l'institution pendant ces dernières années. Sans en préciser l'ampleur, il convient de souligner que l'EPSM qui est un établissement spécialisé a subi de manière très forte cette contrainte. Celle-ci a été précisée récemment par la Cour des Comptes : la Dotation annuelle de financement de la psychiatrie a progressé

entre 2011 et 2019 de seulement 0.9% par an quand le champ MCO voyait ses tarifs augmenter de 1.4% en moyenne annuelle et le médico-social enregistrait une progression de 2.5% par an. Ainsi avec des recettes nouvelles de faible importance et des dépenses qui lui étaient imposées notamment sous la forme de revalorisation salariale (PPCR) l'établissement pendant toute cette période a enregistré chaque année entre 2011 et 2019, à l'exception de la seule année 2016, des déficits. Ces difficultés budgétaires se traduisent dans le bilan de l'EPSM par un report à nouveau négatif de plus de 5 M€.

La réponse à cette contrainte a été en premier lieu la réorganisation des unités afin de réduire au maximum les petites unités pour s'aligner sur des unités d'au moins 20 lits de sorte à pouvoir réduire le taux d'encadrement. Cela s'est traduit à l'occasion de restructuration de JAMET par la création de trois unités de longs et moyens séjours dotés de 23 lits venant se substituer à des unités de plus petites dimensions. La seconde réponse a été la fermeture de lits de longs et moyens séjours puisque sur la même période la capacité d'accueil sur le site de la rue Saint Ouen est passé de 356 à 285 lits. Pour autant, le taux d'équipement en lits pour 1000 habitants se situe au niveau régional, que ce soit en le calculant de manière brute ou en enlevant les séjours prolongés estimés sur la base du nombre de patients séjournant depuis plus d'un an dans l'établissement.

1.2. LA MISE EN ŒUVRE DES ORIENTATIONS DU PROJET MEDICAL 2016-2021 A AUSSI CONTRIBUE A CHANGER LA PHYSIONOMIE DE L'HOPITAL

Le projet médical de 2016 avait affiché 6 orientations stratégiques qui se déclinaient sous la forme de 21 objectifs. Au terme de la période, un rapide bilan peut être dressé de sa mise en œuvre. Il sera fait en reprenant les 6 axes stratégiques.

- Contribuer à la structuration de l'offre en santé mentale sur le territoire.

Indiscutablement, le premier objectif qui visait à « mettre en adéquation les secteurs avec le bassin de vie » a été réalisé. Aujourd'hui chacun des secteurs de l'EPSM est centré sur un ou deux bassins de vie. Parmi les 16 EPCI du Calvados, 11 sont dans le ressort de l'EPSM. Aucun EPCI, à l'exception de Caen la Mer n'est dans le champ de plusieurs établissements de santé. Plus, 4 de ces EPCI sont pris en charge par un seul secteur ; 4 autres voient leurs populations réparties sur deux secteurs de psychiatrie et 3 sont éclatés sur trois secteurs distincts de l'EPSM. La ville de Caen est aujourd'hui prise en charge par seulement deux secteurs contre 5 avant 2019.

L'EPSM a largement contribué au fonctionnement du CLSM de Caen en mettant à la disposition de la ville un mi-temps de cadre socio-éducatif pour l'animer. Des groupes de travail se sont tenus régulièrement pour faciliter les relations entre les acteurs sociaux et médico-sociaux au sein de la ville (bailleurs sociaux, associations...etc.)

- Augmenter la prise en charge ambulatoire.

Cette orientation a été mise en œuvre notamment par un développement des ressources allouées à l'ambulatoire avec une augmentation de la part des professionnels affectés aux interventions en ville tant en psychiatrie générale qu'en pédopsychiatrie. Ainsi, les effectifs en pédopsychiatrie sont passés de 7.93% en 2014 à 8.80% de l'effectif global. Au sein de la psychiatrie générale, l'ambulatoire de secteur a légèrement progressé de 1% mais les équipes mobiles et les dispositifs spécialisés ont fortement progressé, passant d'un peu moins de 3% à près de 6.5% des effectifs de psychiatrie générale. Aujourd'hui, chaque secteur dispose d'au moins une équipe mobile. Des équipes mobiles spécialisées ont été mises en œuvre autour de la psychiatrie du sujet âgé (UMPSA) et des adultes présentant des troubles du spectre autistique sévère (EMILAA). Sur le site de l'EPSM des dispositifs comme Ariane, Sport-santé, l'éducation thérapeutique du patient participent aussi à la prise en charge de patients non hospitalisés.

D'autre part, les implantations sur l'extrahospitalier ont commencé à faire l'objet d'une attention pour leur donner un cadre de travail plus agréable et plus performant. Cela a concerné les implantations sur

Vire, Equemauville et Evrecy. Cette orientation déjà amorcée devra être renforcée pour satisfaire les besoins importants de l'EPSM.

- Fluidifier les parcours patients

Concernant les admissions, si un travail a été engagé pour mieux préciser l'association de l'EPSM au service de médecine d'urgences du CHU pour la prise en charge des patients présentant des troubles psychiatriques, il n'a pu malheureusement aboutir à cause de craintes sur la création d'une seconde ligne de garde au sein de l'EPSM pour satisfaire aux exigences légales relatives à l'isolement et à la contention. La nouvelle rédaction du code de la santé publique issue du PLFSS 2020 en allégeant les contraintes devrait permettre de relancer ce sujet. La présentation d'un dossier dans le cadre du FIOP 2021 vise aussi à développer l'ambulatoire pour réduire la pression sur l'hospitalisation pesant sur les secteurs caennais.

Des actions ont été engagées pour mieux répondre aux besoins des structures médico-sociales comme dans le champ de l'autisme avec la création d'Emergence. La place du médico-social est affirmée avec le projet de reconstruction de la MAS et le dépôt de dossiers pour l'extension du SAMSAH ou la constitution du GCS-MS « un chez-soi-d'abord ».

En revanche, la création d'une unité pour les patients au long cours n'a pas fait l'objet d'investigations nouvelles pendant les 5 dernières années.

- Développer la psychiatrie non sectorisée.

Si la création d'un centre de consultations surspécialisées n'a pu se faire, la création de l'UMPSA et d'EMILAA entre parfaitement dans cette orientation. La consolidation de l'équipe de sport-santé a aussi contribué à mieux asseoir cette orientation. La création et le développement d'Ariane s'est aussi inscrit dans cette orientation.

Dans le domaine de la pédopsychiatrie, grâce au soutien de l'ARS dans le cadre du PTSM, la création d'une unité de consultation transculturelle a été rendue possible. Le dossier dans le cadre de l'appel à projet national pour conforter les prises en charge dans le domaine de la périnatalité pourrait permettre la concrétisation de cet objectif.

- Consolider l'engagement dans l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des soins.

En premier lieu, le retour à l'équilibre budgétaire a permis de consolider l'ensemble des équipements informatiques permettant de déployer largement le DPI dans des conditions sécurisées à l'ensemble des professionnels.

Des efforts ont été consacrés à consolider l'équipe des professionnels qui concourent à la qualité et à la sécurité des soins dans le domaine de l'hygiène, de l'alimentation, de la douleur. La cellule qualité a été renforcée. L'engagement des pharmaciens en matière de prise en charge médicamenteuse est régulièrement reconnu par l'ARS dans le cadre du CAQES.

La rénovation de Jamet, malgré les contraintes de ce bâtiment a permis d'améliorer le confort de l'accueil des patients. Le déménagement d'Intermezzo dans le bâtiment Glycines-Mimosas a marqué la levée du dernier avis défavorable de la commission de sécurité incendie et d'accessibilité à l'exploitation d'un bâtiment.

Un point faible demeure en matière de droit des usagers et qui n'a pu être résolu : les conditions de respect de la liberté de circulation des patients en soins libres.

- Renforcer l'organisation des équipes de professionnels.

Si l'effectif médical a progressé sur la dernière période, sa stabilisation demeure toujours un défi. Les tensions en matière de recrutement perdurent. L'établissement a consacré de nombreux efforts pour consolider les formations des professionnels. La pluriprofessionnalité déjà mise en évidence s'est af-

firmée avec l'arrivée de neuropsychologues, d'éducateurs spécialisés. En revanche, la promotion de la recherche régulièrement évoquée n'a pu se concrétiser véritablement.

1.3. LA MODIFICATION DE LA ZONE D'INTERVENTION DE L'EPSM A INTRO-DUIT DES DESEQUILIBRES IMPORTANTS ENTRE SECTEURS.

Après que l'établissement a été appelé à soutenir le CH de Vire pour la prise en charge des patients en soins sans consentement, l'EPSM s'est vu confier la reprise en mai 2019 d'une large partie du territoire confié précédemment à ce centre hospitalier ainsi que la totalité de la ville de Caen. Cette modification s'est traduite par une progression de près de 50 000 personnes de la population prise en charge par l'EPSM. Sur la base des dernières données publiées par l'INSEE, la population de la zone d'intervention de l'EPSM est peuplée de 503 000 habitants sur les 694 000 personnes domiciliées dans le Calvados.

Cette modification a conduit l'établissement à modifier son organisation spatiale en psychiatrie adulte en répartissant cette population entre 6 secteurs de sorte à pouvoir attribuer à chacun d'entre eux une unité d'admission car la reprise de l'activité de Vire ne pouvait se faire pour des conditions matérielles et financières : l'établissement ne disposait pas d'unités adaptées et la DAF de Vire ramenée à la population desservie était une des plus faibles de la région. Aussi, il n'est guère surprenant qu'avec un même nombre de lits et une population en croissance, le taux d'occupation a augmenté de manière significative puisqu'il a dépassé les 95% en 2020 après être demeuré pendant les années précédentes entre 80 et 85%. Cependant, le niveau actuel de l'EPSM le place dans une situation proche de la moyenne régionale.

La construction des secteurs par agrégation des territoires des communautés de communes, afin de pouvoir mieux ancrer l'implantation territoriale de la psychiatrie de secteur, a débouché sur une répartition relativement déséquilibrée de la population entre secteurs puisque le secteur de Caen sud dépasse les 91 000 habitants alors que les territoires de Vire Evrecy et de Lisieux desservent moins de 80 000 habitants. Cet écart apparaît se creuser chaque année entre les territoires ruraux marqués par une déprise démographique et des communes péri-urbaines profitant de la croissance de l'agglomération caennaise.

Cependant, un autre déséquilibre a pu être rapidement observé. Le recours aux soins sur la ville de Caen, exprimé en nombre de séjours pour 1000 habitants, est deux fois supérieur à la moyenne observée pour la totalité de la zone d'intervention de l'EPSM. Cette sur-représentation de la population de la ville de Caen est encore plus forte pour les séjours en soins sans consentement (2.4) et les mises à l'isolement.

Au final, ces déséquilibres se compensent mais de manière imparfaite. De fait, les unités des deux secteurs caennais sont dans l'incapacité d'accueillir en hospitalisation les patients habitant Caen, une fraction importante (20%) est « hébergée » dans les unités d'admission d'autres secteurs de l'établissement. Les unités les plus impactées par ce transfert sont Alizé (Côte fleurie) et Hélios (Caen Sud) dont le ratio rapportant la totalité des séjours à ceux concernant des patients de leurs secteurs a été de 1.20 en 2020. Le même ratio pour l'unité de Vire Evrecy était plus faible (1.05). A contrario, ce ratio n'était que de 0.76 à Bonnafé (Caen Plaine) et de 0.91 à Neptune (Caen Est). Dans la mesure où la file active de ces deux secteurs était quasiment la même en 2020 (350 patients), le taux de ré-hospitalisation plus important sur Caen Plaine (1.66 / 1.56) et la durée moyenne de séjour pour les patients qui y étaient admis plus importante sur ce même secteur (25.92/18.41), ce phénomène de transfert de patients vers d'autres unités a été plus marqué sur Caen Plaine (0.76) que sur Caen Est (0.91).

Ces déséquilibres ne pourront perdurer sous peine de rendre l'exercice professionnel des soignants très difficile.

2. LA PRISE EN COMPTE DES ORIENTATIONS NATIONALES

Afin de mieux définir son action, l'EPSM doit prendre en compte les orientations nationales définies par les pouvoirs publics. Ceux-ci les ont d'abord définis en 2018 de manière générale dans « *ma santé 2022* » puis de manière plus précise dans la « *feuille de route psychiatrie et santé mentale, des actions à mettre en œuvre* » et enfin dans le cadre des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie en septembre 2021, dans le plan intitulé « *Une ambition refondée pour la santé mentale et la psychiatrie en France* ». Au printemps dernier, l'ordonnance du 12 mai 2021 est venue donner un fondement légal aux formes d'organisation de la psychiatrie et plus précisément celles relatives aux soins sans consentement. La modification du code de la santé publique intervenue en 2020 puis en 2021 est venue réaffirmer le droit des patients placés à l'isolement ou sous contention. Enfin dans le cadre de la définition du nouveau référentiel relatif à la certification de établissements de santé, les pouvoirs publics ont introduit de nouvelles exigences en matière de qualité et de sécurité des soins. Ces préconisations et pour certaines ces exigences ne sauraient être ignorées au moment de l'élaboration du projet médical. Elles définissent un cadre dans lequel l'établissement doit définir sa propre route.

Des exigences affirmées sur le droit des patients

Le respect des relatives aux droits des patients, inscrites dans le code de la santé publique il y a près de 20 ans fait l'objet d'une attention particulière de la part des autorités administratives indépendantes chargées du respect des droits (CGLPL, le défenseur des droits). Cette attention est aussi largement prise en compte par la Haute Autorité de Santé (HAS). Ainsi la dernière édition du manuel de certification réaffirme ces droits en matière d'information, de consentement mais aussi de liberté de circulation. La nouvelle procédure de certification des établissements de santé qui est centrée sur les pratiques des soignants et les résultats de la prise en charge pour le patient retient parmi les 7 indicateurs retenus spécifiques à la psychiatrie deux exigences concernant la garantie du respect des droits des patients : la mise en place de solutions de prévention de la violence et l'évaluation de la pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté. La politique de l'établissement prend en compte dans une très large mesure ses exigences. Toutefois, l'établissement a fait l'objet d'une recommandation de la HAS¹ portant sur la nécessité de respecter les droits d'aller et venir des patients admis en soins libres. Celle-ci implique donc une réponse précise à ce sujet dans le projet médical.

Cette exigence a aussi été rappelée en matière d'isolement et de contention avec l'introduction dans le code de la santé publique du contrôle par le Juge des libertés et de la détention des mesures d'isolement et de contention. Une plus grande exigence pèse sur les établissements dans la mise en œuvre de ces pratiques.

2.1. UNE ORGANISATION DES SOINS PLUS ENCADREE

A l'exception des obligations générales portant sur les droits des patients et celles relatives aux soins sans consentement, le cadre législatif et réglementaire portant sur la psychiatrie est relativement limité en regard des obligations nombreuses et précises portant sur les conditions d'implantation et de fonctionnement des autres équipements sanitaires. La publication récente de l'ordonnance ouvre la voie à un changement en la matière avec l'annonce d'une modification du régime des autorisations des établissements prenant en charge des pathologies psychiatriques mais aussi en posant le principe de la gradation des soins.

- Le régime des autorisations.

L'ordonnance du 12 mai 2021 en modifiant la partie législative du code de la santé publique marque une rupture puisque les établissements psychiatriques passent d'un régime de désignation à un régime d'autorisation. En entrant dans le droit commun, les établissements devront satisfaire à des obli-

¹ La décision de la HAS du 26 janvier 2021 lui accordant le bénéfice d'une certification avec recommandations

gations réglementaires qui devraient être introduites dans le code de la santé publique sur le premier semestre 2022. Ainsi, les établissements, à compter du 1er juin 2023, devront déposer un dossier auprès de l'ARS prouvant qu'ils satisfont à des conditions d'implantation mais aussi à des conditions techniques de fonctionnement. En outre, l'ARS pourra s'appuyer sur des indicateurs qualité pour obliger l'établissement à entrer dans une phase de concertation pour mettre en œuvre des actions correctives.

A ce titre, il est quasiment posé que l'organisation générale, le matériel et les locaux des établissements autorisés à exercer l'activité de soins sans consentement sont adaptés à la nature et au volume des prises en charge de l'établissement. Dans cette perspective, les très fréquents rappels de l'ARS sur le trop grand nombre de fugues des patients en soins sans consentement accueillis dans l'établissement ne peuvent être ignorés.

- La gradation des soins

Si le principe de gradation vise, comme le recommande la Cour des Comptes, à accorder une place plus importante pour le premier recours à la médecine générale et au psychologue, elle peut conduire à définir plusieurs autres niveaux de recours. Pour l'instant, la psychiatrie est une spécialité médicale à laquelle les patients peuvent accéder en première intention sans adressage par le médecin traitant.

La notion de gradation vise aussi l'objectif de mieux articuler les différentes formes de prise en charge que sont « les soins ambulatoires, y compris à domicile, de séjours à temps partiel, de séjours à temps complet ou en accueil familial thérapeutique ». En ce sens, les travaux engagés par l'ANAP sur les bonnes pratiques en matière d'hôpital de jour ou de CMP doivent être intégrés à la réflexion sur le projet médical. Ainsi, le guide de l'ANAP sur le « nouvel ambulatoire », publié en octobre 2021, invite à raisonner non plus en termes de structures mais de missions à remplir sur le territoire pour répondre aux besoins des personnes concernées et de leur entourage. Il insiste notamment sur le renforcement de dispositifs d'accès aux soins somatiques à partir de la psychiatrie, et sur le développement de solutions numériques novatrices. Il réaffirme les 4 principes fondamentaux auxquels doit répondre la psychiatrie ambulatoire : aller vers, rétablissement, prise en compte globale de la personne et responsabilité populationnelle. On peut aussi considérer que l'instruction ministérielle du 16 janvier 2019 a ainsi demandé aux ARS d'organiser et structurer une offre de soins en réhabilitation psychosociale dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre des PTSM, conformément aux objectifs de la feuille de route nationale Santé mentale et psychiatrie. Ainsi, si ce déploiement est progressif et devra encore être étoffé pour atteindre l'ensemble des patients, différents appels à projets ont été publiés afin d'accompagner cette structuration.

2.2. LA RESPONSABILITE INCLUSIVE ET POPULATIONNELLE DE LA PSYCHIATRIE

Les modifications décrites précédemment à propos de l'organisation de l'hôpital ont montré une place plus importante de l'ambulatoire au sein de l'établissement. Dans cette perspective, les évolutions de l'EPSM s'inscrivent dans les orientations nationales visant à mettre en œuvre un virage inclusif au bénéfice des personnes handicapées et donc à développer des liens avec le secteur médico-social et social comme le recommandaient les pouvoirs publics en fixant dans le code de la santé publique les développements relatifs au projet territorial de santé mentale. Cette orientation est aussi au fondement de la réforme du financement de la psychiatrie qui, en accordant un financement à la population, permet aux établissements ne pas lier leurs ressources aux seules activités thérapeutiques mais à leur permettre aussi de s'engager dans la prévention de la maladie mentale ou des rechutes. Dans la mesure où l'action territoriale apparaît comme un élément central, il apparaît dès lors évident de renforcer les liens en priorité avec les autres acteurs de psychiatrie du territoire. Un premier jalon a été posé avec le premier projet médical partagé du GHT. D'autres jalons apparaissent devoir être posés pour dessiner un chemin plus cohérent dans l'offre départementale.

- Le virage inclusif

Alors que l'orientation est affirmée de plus en plus par les pouvoirs publics et sans compter la présence dans les différents bassins de vie de sa zone d'intervention, de nombreux CMP et d'équipes mobiles, la présence au sein de l'établissement d'unités plus spécialisées contribue aussi largement au maintien des patients dans la cité. Le CAARUD, l'EMPP et le CSAPA, unités destinées à soutenir « *des personnes confrontées à des difficultés spécifiques* », s'inscrivent clairement au moins pour les deux premières à la logique de l'aller vers. La collaboration engagée avec Revivre et Addictions France autour du GCS-MS « un chez soi d'abord » participe à la même dynamique. A certains égards, la présence d'une infirmière auprès de la résidence accueil illustre aussi cette même logique. La participation des professionnels de l'EPSM aux groupes de travail organisés par le CLSM, l'action de « sport santé » en lien avec le service des sports de la Ville de Caen autour de sport sur ordonnance favorise aussi l'inclusion des patients dans la cité.

Cette orientation développée souvent de manière partielle participe en réalité d'une même logique qui doit être affirmée pour être aussi mieux reconnue. Le dépôt d'un dossier en vue de financer deux équipes mobiles participant à prévenir les hospitalisations dans le cadre de l'appel à projet du FIOP s'inscrit pleinement dans cette logique.

- La coordination avec les autres acteurs de la psychiatrie

Si le territoire de l'EPSM est d'abord sa zone d'intervention, l'établissement est situé dans un territoire de santé dans lequel interviennent d'autres acteurs de la psychiatrie publique. En outre, l'EPSM est partie au groupement hospitalier de territoire Normandie centre.

Si les actions envisagées dans le premier projet médical partagé ont donné lieu à peu de résultats, des liens existent entre les établissements. Des dossiers ont pu être construits en commun notamment dans le domaine de la pédopsychiatrie. Des liens commencent à se tisser entre les secteurs de l'EPSM et l'équipe mobile de soins intensifs de Caen Nord destinée à prendre en charge les premiers épisodes psychotiques. Des rapprochements s'opèrent déjà en matière de psychiatrie du sujet âgé et devraient même se renforcer avec l'attribution du pôle normand du centre de ressources du G4 regroupant les 4 universités des 3 régions septentrionales littorales de la France. L'association au fonctionnement de la ligne de garde de psychiatrie des urgences du CHU est aussi un point d'appui de cette coopération.

Il apparaît indispensable de renforcer ces liens sans oublier de développer des liens plus forts avec les unités de psychiatrie générale du CH Aunay-Bayeux.

- La coordination avec les acteurs du 1er recours

Le renforcement des liens entre la psychiatrie et la médecine générale est un des points forts de l'évolution de la psychiatrie, soutenu par différents textes réglementaires :

La certification HAS, qui devient plus exigeante en matière de responsabilité de la psychiatrie dans les soins somatiques, et lui consacre deux indicateurs. Sont ainsi appelés, pour l'hospitalisation en psychiatrie, la systématisation de procédures d'exams somatiques, et pour la psychiatrie ambulatoire, la mise en place de modalités de collaboration avec la médecine générale de ville, mais aussi de modalités de suivi somatique pour les patients n'ayant pas désigné de médecin traitant. La place des IPA constitue sans doute un point d'appui pour développer ces relations.

- La réforme du financement de la psychiatrie

Elle entrera en vigueur au 1er janvier 2022 et fera une part primordiale (75% de l'enveloppe nationale) à la dotation populationnelle, prenant en compte, via des comités régionaux d'allocation des ressources, différents critères populationnels : nombre d'habitants, densité médicale, taux de pauvreté et de personnes vivant seules, densité d'équipement médico-social à destination du handicap psychique.

Cette réforme doit permettre de mieux réduire les écarts constatés entre les régions dans le système d'allocation DAF, mais surtout d'entériner une évolution nationale de la psychiatrie qui, outre son

travail d'amélioration des situations individuelles, doit développer plus encore un principe de responsabilité vis-à-vis du territoire dans l'organisation de son intervention, tant en matière de prévention que de soins et d'accompagnement à l'inclusion sociale.

A cet égard, l'établissement est bien préparé à cette nouvelle modalité de financement dans la mesure où une partie significative de la DFA reconnaîtra les actions intensives et participant de l'aller vers mais aussi parce que le déploiement du DPI sur l'ensemble des structures de l'établissement favorise la déclaration des activités réalisées au sein de l'établissement.

Il importe que l'établissement fasse valoir dans le cadre de la réforme du financement sa singularité en affirmant la présence d'activités spécifiques reconnues au niveau national comme la psychiatrie en milieu pénitentiaire, le CRIAVS et la maison des adolescents. La part importante des activités en soins sans consentement (2^{ème} rang régional) liée à la présence d'espaces densément peuplés dans sa zone d'intervention devra être bien valorisée dans le cadre de la dotation populationnelle.

OBJECTIFS STRATEGIQUES, OPERATIONNELS ET PLAN D' ACTIONS

INTRODUCTION

L'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES

A l'occasion des précédentes visites de certification, les experts visiteurs ont rappelé régulièrement l'importance de respecter les droits des patients. Cette préoccupation ne va pas nécessairement de soi, plus particulièrement lorsque les patients présentent des handicaps liés à leur maladie. Des efforts importants ont été consentis pour intégrer dans le dossier patient informatisé des documents permettant de rappeler les droits des patients ou de formaliser leur information et leur consentement.

Des recommandations ont pu être faites par la HAS sur certaines thématiques comme sur l'information des droits du patients mais aussi sur l'association du patient à sa prise en charge. Les points de faiblesse énoncés par les experts visiteurs appellent à une attention et des réponses particulières d'autant plus que l'affirmation du rétablissement dans la prise en charge de la maladie mentale suppose une plus grande association du patient à sa prise en charge.

PERSPECTIVES

La publication d'un nouveau manuel de certification par la HAS va obliger à reprendre ce sujet et à systématiser sa mise en œuvre. Il est nécessaire que cette préoccupation soit le plus largement partagé par les professionnels de l'établissement et non pas seulement des professionnels participant au déploiement de la politique visant à l'amélioration de la qualité des soins au sein de l'établissement.

Il est important que l'ensemble des professionnels concoure à la définition et à la formalisation d'un projet de soins personnalisé pour le patient et invite ce dernier à exprimer son avis sur ce document comme cela a été indiqué précédemment en matière de rétablissement. Dans la mesure où certains patients peuvent dans le cours de leur vie être conduits à être hospitalisés de nouveau sans consentement, l'établissement doit inciter les patients à formaliser des directives anticipées et désigner des personnes de confiance. Cet engagement permettra ensuite de sécuriser juridiquement la gestion des périodes de crise, notamment si le recours à l'isolement s'avère indispensable. De manière plus générale, les liens avec la famille doivent être recherchés pour faciliter, dès lors qu'ils sont souhaités par le patient.

OBJECTIF STRATEGIQUE 1 – FAIRE DU RETABLISSEMENT LA COLONNE VERTEBRALE DES PRATIQUES

L'établissement s'est engagé progressivement dans le rétablissement. Cette vision a d'abord émergé dans quelques secteurs, puis s'est organisé au sein de l'unité Ariane. Elle se diffuse au sein des pôles de manière progressive avec le renforcement de compétences. Si le pôle Calvados-Sud a pu bénéficier d'un renfort en personnel grâce à des mesures allouées à l'EPSM par l'ARS dans le cadre du projet territorial de santé mentale, des actions ont pu aussi être menées de manière moins soutenue dans d'autres pôles.

Cette approche de la psychiatre, vise à accompagner les personnes vivant avec un trouble psychique dans la recherche d'une qualité de vie qui les satisfasse. Les soignants doivent travailler avec les usagers pour que ceux-ci développent leurs compétences propres, leur équilibre entre santé, bien être dans leur logement, dans leur vie professionnelle, dans leurs relations affectives et sexuelles, et dans leur sentiment d'appartenance à la société.

Il s'agit donc pour les soignants de se doter d'outils leur permettant d'évaluer de façon objective les ressources mais aussi les difficultés de chaque personne pour approfondir ou développer des compétences permettant aux usagers d'avancer de manière autonome dans leur environnement.

Pour les professionnels de santé, le but est de pouvoir apporter des soins à la personne, en mobilisant chez l'usager l'espoir, l'autodétermination et le pouvoir d'agir.

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 1.1.

DIVERSIFIER LES APPROCHES ET LES COMPETENCES

ETAT DES LIEUX

La pratique du rétablissement a émergé au sein des pôles de Caen-Est et de Caen-Sud. Afin de la conforter, l'unité Ariane s'est constituée en agrégeant les compétences de ces deux pôles et à l'occasion de la fermeture d'unités de long séjour par la création de nouveaux postes. Ariane a d'abord apporté un appui aux unités qui la sollicitaient mais a aussi pris en charge directement des patients qui lui étaient adressés par les pôles de l'EPSM, par des praticiens exerçant dans d'autres établissements mais aussi par des praticiens libéraux caennais. Les patients peuvent bénéficier de bilans de réhabilitation psycho-sociale complet incluant un bilan neuropsychologique puis de programmes de réhabilitations psycho-sociale.

Il convient aussi de souligner qu'Ariane a pu tisser des liens avec des structures médico-sociales ou sociales engagées dans la même dynamique. Ces liens se sont concrétisés par la mise à disposition de temps de praticiens hospitaliers auprès du SAMSAH l'envol, rattaché à l'EPSM mais aussi auprès de LADAPT, acteur important dans le champ de la réadaptation professionnelle. Ariane a aussi contribué à l'animation de groupes de travail émanant du Conseil local en santé mentale de la ville de Caen, notamment à l'attention des employés des bailleurs sociaux.

Avec l'approbation par l'ARS du programme territorial de santé mentale, l'unité Ariane a été conforté comme centre territorial en matière de réhabilitation psycho-sociale pour le Calvados. Elle peut s'appuyer sur le centre de ressources régional réparti entre le CHU de Caen et le CH du Rouvray. Cette reconnaissance a permis de consolider les effectifs de cette unité mais aussi d'assurer le premier recrutement de médiateurs de santé pair au sein de l'établissement. Le PTSM a permis aussi d'obtenir des financements pour diffuser la pratique du rétablissement au sein des secteurs de l'EPSM. Les premiers financements sont allés au secteur de Vire Evrecy pour la création de temps de neuropsych-

chologue et d’ergothérapeute. Une convention a été signée entre Ariane et ce secteur appartenant maintenant au pôle Calvados-Sud.

OBJECTIFS :

A partir de l’expérience accumulée depuis de quelques années, il importe de donner les moyens à chaque secteur de pouvoir disposer de compétences pour développer le rétablissement dans l’ensemble de leurs unités. Il faut sans doute aussi former l’ensemble des professionnels aux pratiques du rétablissement. Ariane doit aussi conforter sa place de centre territorial à l’attention des acteurs du médico-social comme du champ social.

La pratique du rétablissement suppose un changement dans la manière d’aborder les troubles psychiques chez les patients. Comme cela a été indiqué précédemment, il s’agit en premier lieu de former les professionnels à avoir des postures qui favorisent l’autodétermination du patient **afin de lui permettre de s’autoévaluer dans son parcours de rétablissement, dans sa connaissance et conscience des troubles, et dans son positionnement de citoyen.** Les formations devront conduire les professionnels à adopter une posture « horizontale » dans leur relation avec les patients comme avec les autres professionnels de sorte qu’ils accompagnent les patients sans induire les réponses pensées par les organisations de soins

Les premières formations engagées au sein de l’établissement ont montré des changements significatifs dans la manière d’accompagner les patients comme le révèlent notamment les pratiques observées aujourd’hui au sein du SAMSAH ou dans certaines unités déjà engagées dans le rétablissement.

La mise en œuvre des programmes de rétablissement suppose aussi de développer la pluriprofessionnalité au sein des secteurs afin d’accompagner au mieux les patients. Cela suppose de disposer de compétence en matière d’ergothérapie, de neuropsychologie, d’infirmiers, d’assistants de service social, d’éducateurs et bien évidemment de psychiatres.

Si certaines professions sont déjà présentes au sein de l’établissement, la mise en œuvre du rétablissement va contribuer à changer leur place au sein des équipes. Ainsi les assistants de service social devront être intégrés de manière plus forte au fonctionnement des équipes pour accompagner le patient dans l’élaboration de son projet de soins personnalisé et non se voir être associés uniquement pour favoriser la sortie du patient dans une structure adaptée.

| | | |
|---------|--|--|
| Actions | | Former largement les professionnels de l’établissement au rétablissement |
| | | Renforcer la pluriprofessionnalité des équipes (professionnels éducatifs, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes...) afin de favoriser les regards croisés nécessaires à l’accompagnement des projets de vie des patients |

➤ **OBJECTIF OPERATIONNEL 1.2.**
PROMOUVOIR LA PAIR-AIDANCE

ETAT DES LIEUX

Deux médiateurs de santé pairs (MSP) ont été recrutés courant 2020 au sein de l'unité Ariane. Leur intégration a été préparée avec un soutien important de la responsable du programme au CCOMS et est estimée très satisfaisante à ce jour. Un cahier des charges général a été défini, qui est précisé en fonction des compétences et projets des personnes recrutées. Il est noté un manque de communica-

tion sur l'arrivée de ces MSP et leur rôle au sein de l'établissement, en raison du contexte de crise sanitaire.

PERSPECTIVES :

Si le rôle des MSP est aujourd'hui centré sur l'unité Ariane, leurs liens avec les dispositifs de secteur pourront être structurés, et appuyer une démarche de pair-aidance au sein des secteurs.

Par ailleurs, l'EPSM souhaite encourager la création de groupes d'entraide mutuelle sur le territoire. La création récente d'un poste de CSS chargée des coordinations, du lien avec l'environnement (DAC, dispositifs médico-sociaux) pourra être un levier pour cette démarche.

| | |
|--------|---|
| Action | Communiquer au sein de l'EPSM sur l'existence et le rôle des médiateurs de santé pair au sein de l'unité Ariane, et poursuivre la démarche de pair-aidance sur les secteurs |
|--------|---|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 1.3.
**PILOTER ET DEPLOYER UNE DEMARCHE DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE
 AU SEIN DE L'EPSM**

ETAT DES LIEUX

La structuration de l'offre de réhabilitation au sein de l'EPSM est passée par la réponse à 3 appels à projets et trouve son aboutissement dans le contrat territorial de santé mentale. L'unité Ariane existe depuis avril 2018, à l'initiative de deux pôles de l'EPSM.

Unité de soin spécialisée intersectorielle, Ariane est aujourd'hui identifiée comme centre départemental, en charge du déploiement de la réhabilitation psychosociale dans le cadre du contrat territorial de santé mentale (CTSM). Le CTSM précise les missions d'appui à la diffusion et à la structuration de la réhabilitation psychosociale sur l'ensemble du département du Calvados confiées à Ariane, en lien avec le centre support régional, co-porté par le CHU et le CH du Rouvray.

Elle dispose d'une équipe de 11.4 ETP (psychologues, IDE, ergothérapeute, cadre, PH, médiateurs de santé pairs). Le recrutement d'une d'assistante sociale à mi-temps, en cours, permettra de compléter l'approche pluriprofessionnelle.

L'enjeu pour Ariane sera donc de parvenir à cumuler pendant les 5 années du PTSM ces deux missions complémentaires. Néanmoins, plus l'activité de proximité sera développée, plus ses missions d'effection de soins seront réduites.

PERSPECTIVES

Ariane formera les équipes de secteur de l'EPSM afin qu'elles soient en mesure de proposer des soins de réhabilitation de 1^{er} niveau, en proximité. Ariane, à l'issue des 5 années du PTSM, conservera un rôle de centre de 2nd niveau, dispensant des soins plus spécialisés. Le CHU formera ses propres secteurs.

L'expérience de l'équipe d'Ariane lui a montré que l'intervention ponctuelle sur l'ensemble des secteurs n'était pas efficace en termes d'impact sur les pratiques, et qu'une démarche plus progressive mais centrée sur la globalité d'un secteur serait plus efficace. Une organisation séquentielle, passant par un conventionnement d'une année environ avec chaque secteur a été retenue. Le pôle Calvados-Sud est le premier concerné, du fait de la dynamique en cours de structuration du secteur, nouvellement rattaché à l'EPSM, permettant un chantier global. D'autres bénéficieront chaque année de soutien de l'Agence.

Le principe de l'accompagnement proposé par Ariane repose sur une offre à la carte, qui doit concerner tout autant les CMP que les équipes mobiles et les hôpitaux de jour et les unités d'hospitalisation à temps plein. Dans le cadre du CTSM, un temps de neuropsychologue et un temps d'ergothérapeute seront financés dans chaque secteur. Ces professionnels seront formés dans un premier temps au sein de l'unité Ariane pour constituer l'« embryon » d'une petite équipe de secteur. Mais au-delà, l'accompagnement vise à initier une culture, en proposant des formations à destination de l'ensemble des professionnels soignants du secteur et du temps de mise à disposition de professionnels d'Ariane pour accompagner les équipes dans le diagnostic des besoins et les premières mises en œuvre d'outils.

POINT D'ATTENTION

Toutefois, la réhabilitation psychosociale nécessite un investissement de chaque professionnel pour bilancer les patients et adopter de nouvelles postures, qui ne peut reposer uniquement sur Ariane et prend du temps et des ressources humaines pour appuyer les changements. Ainsi, les secteurs attirent l'attention sur la faiblesse de leurs moyens, en dépit d'un financement de postes dans le cadre du CTSM, pour une réelle proactivité et autonomisation dans la démarche.

Pour autant, plusieurs leviers existent pour compléter le plan d'accompagnement de chaque secteur par Ariane :

- Le secteur de Lisieux dispose d'une d'unité d'hospitalisation spécialisée en réhabilitation qui peut également jouer un rôle de levier dans la diffusion, pour un territoire éloigné d'Ariane. Le déménagement à venir de l'unité va permettre de développer l'approche intersectorielle et de l'accueil de jour, proposant de l'accompagnement en lien avec le réseau territorial.
- La pluriprofessionnalité attendue dans les services (cf. objectif opérationnel 2.1) sera également un levier : le recrutement de professionnels éducatifs, neuropsychologues ou psychomotriciens, sensibilisés au rétablissement permettra de favoriser l'intégration de la réhabilitation dans les pratiques de secteurs.
- Enfin, durant les 5 années du PTSM, Ariane veillera à proposer des leviers plus transversaux, avec l'accompagnement des services dans l'appropriation et l'utilisation d'outils novateurs élaborés par son équipe et participant au socle des soins en réhabilitation. Un premier pas sera le déploiement du Plan de Crise Conjoint (PCC) et du Projet de Soins Personnalisés.
- Les programmes d'ETP (Cf ; objectif opérationnel 8.5 relatif à l'UTEP) devront également être appuyés dans l'établissement et corrélés à l'accompagnement par Ariane.
-

| | |
|--------|---|
| Action | Promouvoir les soins en réhabilitation psychosociale au sein des secteurs du département dans le cadre du Contrat territorial de Santé Mentale (renforcement et lisibilité) |
|--------|---|

➤ **OBJECTIF OPERATIONNEL 1.4. CONCOURIR A LA DIFFUSION ET A LA STRUCTURATION DE L'OFFRE EN RETABLISSEMENT.**

ETAT DES LIEUX

Dans le cadre du CTSM, Ariane s'est également vu confier la mise en place d'évaluations médico-sociales complémentaires aux évaluations psychosociales, ainsi que la mise en place d'un guichet unique territorial de réhabilitation psychosociale pour l'orientation des usagers ou des partenaires.

PERSPECTIVES

L'évaluation pluriprofessionnelle est complexe à mettre en place. En ce sens, il avait été envisagé la mise en place d'une plateforme départementale mais elle supposerait des ressources financières importantes qui ne sont pas actuellement disponibles. Toutefois dans cette perspective, Ariane va commencer modestement, par la mise en place de petites équipes d'évaluation partagées, sanitaire et médico-sociale, puis de proposer une évaluation de l'action par l'ARS pour envisager la suite.

Les relations nouées avec le SAMSAH de l'EPSM, avec LADAPT et CAP-EMPLOI dans le secteur de l'emploi, avec Revivre dans le cadre de la constitution d'un chez-soi d'abord montre que cette orientation peut progressivement se diffuser sur le territoire.

D'autre part, un accès via un numéro unique aux soins de RPS, qui serait géré par Ariane, a été évoqué. Les financements et les modalités restent à préciser en s'appuyant sur le cadre du CTSM.

| | |
|--------|--|
| Action | Structurer l'accès à la réhabilitation psychosociale sur le territoire pour le public, et organiser des modalités d'évaluation pluri professionnelle dans le cadre du CTSM |
|--------|--|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 1.5.

DEPLOYER PLEINEMENT LES ACTIVITES DE L'UNITE TRANSVERSALE POUR L'EDUCATION DES PATIENTS (UTEPT)

Ce dispositif porté par le pôle PMBO est associé à cette partie du document car il s'inscrit dans une logique complémentaire aux initiatives prises par Ariane.

ETAT DES LIEUX

L'UTEPT est chargée de développer les pratiques d'Éducation Thérapeutique du Patient au sein de l'EPSM. Ses missions s'articulent autour de 2 grands axes :

- Intégrer une démarche ETP dans le parcours de soins des patients suivis en ambulatoire. Depuis 2020, l'UTEPT travaille en coordination avec une équipe d'infirmiers référents en éducation thérapeutique du patient (ETP) qui ont bénéficié de la formation de 40h à l'ETP, et sont chargés d'organiser les entretiens de diagnostic éducatif auprès des patients préalable à leur inclusion dans un programme. Après cette première étape, la suite de la démarche ETP est coordonnée par l'infirmière UTEPT, en lien avec les infirmiers référents.
- Structurer une offre éducative pour les différentes maladies chroniques de santé mentale. En novembre 2019, l'UTEPT a obtenu l'autorisation de l'ARS pour un projet de programme éducatif « Mieux comprendre la psychose, c'est pouvoir décider et vivre mieux » avec un module « Quand la psy cause » de 28 séances, et un module « Dietastuce » de 7 séances. Après conception des outils pédagogiques requis, ces modules éducatifs ont été mis en œuvre en 2021 auprès de patients de différents secteurs. Les groupes ont été animés par les concepteurs, en coordination régulière avec des co-animateurs spécialisés (psychiatre, psychologue, addictologue, infirmier de réhabilitation psychosociale). L'intégration d'infirmiers référents ETP animateurs viendra compléter ce dispositif.

Malgré des ressources allouées importantes à ce dispositif en agent comme en formation, celui demeure encore dans une phase d'émergence. Même s'il faut relativiser les données de 2020 à cause de la crise sanitaire, le nombre de diagnostic demeure faible en regard des attendus en matière de labellisation des programmes d'ETP. Afin de mieux faire connaître ce dispositif, une communication ciblée auprès des chefs de pôles et des praticiens a été engagée en 2020.

PERSPECTIVES

En premier lieu, il importe de déployer ce dispositif de manière la plus large possible de manière à ce qu'il prenne toute sa place dans le processus de soutien au rétablissement des patients.

Il convient pour cela de s'appuyer sur le réseau constitué des infirmiers référents formés à cet effet. Ces derniers pourront ainsi coordonner les actions des personnels infirmiers ayant pu bénéficier de la formation des 40 heures. A cette fin, une attention sera portée pour donner plus de disponibilité aux infirmiers référents afin qu'ils puissent faire valoir leurs compétences et faire émerger une demande parmi les patients pour les engager dans le programme d'ETP.

D'autre part, afin de faciliter le suivi du programme, ce dernier fera l'objet d'un découpage en trois modules au lieu de deux comme actuellement afin de le rendre plus accessible. La communication sur le programme vers les médecins et les cadres de CMP sera renforcée par des réunions d'information et la mise en place d'un portail dédié sur l'intranet.

Une attention sera portée à la saisie des informations faisant état des activités engagées au titre de l'éducation thérapeutique dans Cortexte afin qu'elle puisse ressortir dans le recueil d'informations médicales en psychiatrie (RIM-P) transmis à l'ARS.

L'unité souhaite également améliorer la disponibilité de ce programme ETP, pour les patients repérés et plus particulièrement en favorisant la mise en œuvre de ce programme dans des CMP situés en dehors de l'agglomération caennaise.

Enfin l'unité souhaite concevoir et développer un programme d'ETP sur les troubles bipolaires.

POINTS D'ATTENTION

Il est noté un manque d'évaluation du niveau cognitif des patients pour entrer dans le programme faute de neuropsychologues au sein des secteurs.

| | |
|---------|--|
| Actions | Repérer les patients susceptibles d'être candidat au programme d'ETP autorisé par l'ARS sur la psychose, par les équipes ambulatoires de secteur |
| | Rendre disponible le programme ETP, pour les patients repérés comme susceptibles d'en bénéficier, dans leur processus de soins ambulatoire |
| | Déclarer l'activité de l'UTEP dans le RIM-P |
| | Concevoir et développer un programme d'ETP sur les troubles bipolaires |

OBJECTIF STRATEGIQUE 2.

AMELIORER LA PRISE EN CHARGE EN HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET

En premier lieu, les tensions observées sur les unités d'admission de l'établissement avec des taux de recours important qui rendent impossible la prise en charge des patients issues des territoires des secteurs caennais doivent trouver une solution tant pour la qualité de l'accueil des patients que du cadre d'exercice des professionnels. Souligné par la HAS, le respect des droits des patients appelle aussi des réponses tant pour la libre circulation des patients en soins libres que pour la limitation des placements à l'isolement ou sous contention des patients admis en soins sans consentement. Enfin, l'amélioration de la prise en charge des patients suppose aussi de faire évoluer le cadre bâti de l'établissement tant pour assurer un accueil des patients dans des chambres à un lit que pour pouvoir appliquer les recommandations de bonne pratique.

➤ OBJECTIFS OPERATIONNELS 2.1

REDUIRE LA PRESSION EN MATIERE D'HOSPITALISATION DE COURTE DUREE SUR LES SECTEURS CAENNAIS.

Déjà évoqué précédemment, il apparaît impératif de limiter la pression en matière d'hospitalisation sur les deux secteurs caennais. La saturation des secteurs caennais qui se manifeste par des taux d'occupation supérieurs à 100% est préjudiciable pour les professionnels exerçant dans ses unités mais aussi à ceux travaillant dans les unités hébergeant ces patients. Elle l'est aussi pour les patients qui sont dès lors accueillis dans de mauvaises conditions. Elle rompt aussi de fait le lien consubstantiel au secteur qui se tisse entre une population et une équipe de professionnels.

Les taux d'occupation élevés s'expliquent pour de multiples raisons puisque cet indicateur est en fait la résultante de plusieurs facteurs : la population desservie, le taux de recours à l'hospitalisation et la durée moyenne d'hospitalisation. Il convient donc d'agir pour minorer ces indicateurs.

- La modification des frontières du pôle caennais.

La réduction du nombre d'habitants dans les zones rurales du département mise en évidence chaque année par l'INSEE impose des ajustements sous peine de voir se répéter un déséquilibre entre les territoires urbains et les territoires ruraux, déjà observé dans le passé. Il convient aussi de prendre acte du taux de recours très différencié en matière d'hospitalisation puisque les données d'activité montrent un nombre de séjours par habitant deux fois plus important sur la commune de Caen que celui observé sur la zone d'intervention de l'EPSM mais aussi que celui observé sur les communes de la périphérie immédiate de Caen².

Dans cet esprit, rapidement la totalité de la communauté de communes Cabourg-Normandie sera attribuée au secteur de la Côte fleurie. La commune d'IFS³, partagée aujourd'hui entre Caen Est et le pôle Calvados sud, sera attribuée en totalité à ce dernier. Il apparaît aujourd'hui difficile d'aller plus loin dans cette modification sauf à perdre en cohérence dans la répartition des communes. Cepen-

² Voir les données figurant en annexe

³ Il apparaît en effet plus simple de redessiner la frontière d'un nouveau pôle caennais que d'opérer une nouvelle partition de l'espace en maintenant deux secteurs caennais.

dant, d'autres glissements pourraient intervenir en confiant une part plus importante de la CC Val es dunes au secteur de Lisieux ; ce qui allégerait la population de l'actuel secteur de Caen Plaine et conforterait la population du Pays d'Auge sud qui chaque année perd de la population. L'émergence progressive des collectivités locales en matière de santé, observée avec la mise en œuvre des CLSM mais aussi la mise en place des CPTS dans le champ de la médecine de premier recours pousse à établir des relations plus étroites entre la psychiatrie de secteur et les collectivités territoriales.

- Prévenir et limiter le recours à l'hospitalisation.

La file active en hospitalisation à temps plein est supérieure d'un tiers à celle observée sur l'ensemble de la zone d'intervention de l'EPSM. Cet écart ne peut s'expliquer pour des raisons épidémiologiques car la prévalence de la maladie mentale se distribue de manière plutôt homogène en population générale. Elle tient selon toute vraisemblance à la concentration sur Caen de dispositifs sociaux qui prennent en charge des populations fragiles ou désaffiliées. Il importe donc de chercher à prévenir l'hospitalisation de ces personnes. Le développement de dispositifs comme un chez soi d'abord devrait y contribuer mais marginalement puisque le nombre de places ouvertes sera seulement de 55 places. La mise en place d'un accès plus aisé à une prise en charge psychiatrique par des équipes spécialisées comme cela était envisagé dans le dossier déposé dans le cadre du FIOP pourrait y contribuer. La direction départementale de l'emploi, des territoires et des solidarités qui gère pour le compte de l'Etat les dispositifs sociaux indique que les acteurs sociaux expriment une forte demande d'appui de la part de la psychiatrie à ce titre.

La mise en place d'une équipe mobile d'intervention rapide, deuxième facette du dossier FIOP, envisagée dans le cadre d'intervention en population générale pourrait aussi contribuer à prévenir des hospitalisations. D'autres leviers existent comme l'accès rapide à des consultations en CMP pourrait aussi contribuer à réduire la pression sur l'hospitalisation. Enfin, la réservation de places en hospitalisation de jour pourrait aussi être une alternative à l'hospitalisation à temps complet.

- Diminuer la durée moyenne d'hospitalisation.

La réduction de la durée moyenne d'hospitalisation passe par deux actions puisque cet indicateur est le produit de la durée moyenne des séjours et le taux de ré-hospitalisation.

En premier lieu, il importe de réduire le nombre de patients hospitalisés pour des séjours très longs dans les unités d'hospitalisation de courte durée. Cette situation peut s'expliquer par un taux de rotation très faible dans les unités de moyen séjour qui étant embolisées ne peuvent accueillir de nouveaux patients. Il convient donc de travailler à construire une relation de confiance avec certains EHPAD de sorte de pouvoir y faire admettre des patients présentant des troubles psychiques.

L'autre axe d'amélioration est de s'attacher à la réduction du taux de ré-hospitalisation. En effet, on peut observer des durées de moyenne de séjour faibles mais une durée moyenne d'hospitalisation par patient importante si les patients sont réhospitalisés⁴.



Modifier les limites des secteurs caennais

⁴ Dans un premier temps, les modalités devant s'appliquer en 2022 dans le cadre de la réforme du financement intégraient une dégressivité des tarifs s'appliquant à un séjour cumulant les différentes hospitalisations observées pour chaque patient figurant dans la file active d'hospitalisation, L'incitation à réduire la durée moyenne d'hospitalisation n'étant plus retenue dans le cadre du calcul de la dotation à la file active, elle sera réintroduite dans le cadre de dotation à la qualité.

Mettre en œuvre des mesures permettant de limiter le recours à l'hospitalisation et à diminuer la DMH

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 2.2

GARANTIR LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS EN SOINS LIBRES A CIRCULER LIBREMENT DANS LE CADRE DE LEUR HOSPITALISATION

ETAT DES LIEUX

L'EPSM dispose de 6 unités d'admission dépendant de 6 secteurs. Au sein de ces unités sont accueillis des patients sous des modes légaux de soins différents. Si cette situation n'a pas posé de problèmes majeurs, elle expose de plus en plus l'établissement à des risques qui ne sauraient être négligés en matière de respect du droit des patients.

Le premier risque est la non-certification de l'établissement au motif de l'absence de libre circulation des patients en soins libres. En effet dans la mesure où les unités sont peu adaptées à la prise en charge des patients en soins sans consentement, les portes d'entrée des unités sont régulièrement fermées. Dans ces dernières conditions, les patients en soins libres qui sont majoritaires, sont de fait enfermés sans justification légale. Situation dénoncée dans les rapports des experts-visiteurs après les visites de certification de juin 2018 et juin 2019 qui a conduit la HAS à assortir la certification de l'établissement en janvier 2021 d'une recommandation sur ce sujet. Cette recommandation visant à mettre un terme « *aux restrictions de liberté de circulation des patients en soins libres* » ne peut être négligée d'autant que la HAS dans une décision récente a durci sa position en refusant la certification du CH de Saint Dizier sur le même motif.

Le second risque est la non-conformité au futur régime des autorisations qui s'appliquera à compter du 1^{er} juin 2023. En effet, l'absence d'un cadre architectural adapté pour l'accueil de patients privés de liberté de circulation conduit à constater régulièrement des fugues et donc l'établissement à signaler à l'ARS ces faits dans le cadre des dispositifs relatifs aux événements indésirables graves à l'ARS. En conséquence, l'établissement fait l'objet régulièrement de rappel du directeur général de l'ARS sur la nécessité de respecter la privation de liberté pour les patients hospitalisés en soins sans consentement et particulièrement ceux qui le sont à la demande du représentant de l'Etat. Dans ces conditions, il apparaît certain que l'établissement aura quelques difficultés à obtenir l'autorisation de soins sans consentement dans le cadre de la délivrance des autorisations qui interviendra d'ici juin 2023. Elles seront d'autant difficiles à obtenir que la publication prochaine d'un décret venant préciser dans le code de la santé publique les obligations à respecter en matière de conditions d'implantation et technique de fonctionnement pour les soins sans consentement va permettre à l'ARS de disposer de moyens juridiques pour faire respecter cette obligation. Il apparaît difficile d'échapper à cette contrainte que l'incitation pour les patients en soins sans consentement à demeurer au sein de l'unité d'hospitalisation que constitue la mise en pyjama est considérée par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté comme une mesure attentatoire à la dignité des personnes.

Il convient aussi de rappeler que le principe de séparation des espaces ouverts et des espaces fermés au sein de l'Odyssée, bâtiment ouvert en octobre 2012, qui est au fondement de l'organisation spatiale des unités de ce bâtiment n'a jamais été mis en œuvre.

PERSPECTIVES

Sur le modèle de nombreux établissements, la mise en place d'espaces ouverts et d'espaces fermés apparaît comme la seule solution raisonnable pour se conformer aux obligations légales existantes et à

venir. La faisabilité de cette organisation impose une mutualisation entre les secteurs. Compte tenu de la part des journées réalisées en soins sans consentement, une juste répartition devra être envisagée au sein de chaque pôle entre les espaces fermés et les espaces ouverts.

Ainsi dans le cadre du projet de restructuration des bâtiments Tilleuls -Patio, le pôle Calvados Sud disposera d'une unité ouverte de 30 lits et d'une unité fermée de 15 lits. Le programme de travaux déjà bien avancé prévoit que l'unité fermée disposera d'un ensemble conforme de 2 chambres d'isolement, d'espaces d'apaisement et d'activités individuelles et collectives et d'un jardin clos de qualité.

Pour les deux autres pôles, la solution passera, dans le cadre d'une bonne utilisation des ressources humaines par l'accueil dans une unité des patients en soins libres et dans la seconde unité par la création de deux espaces distincts : le premier pour l'accueil des patients en soins libres et le second des patients en soins sans consentement. Cette distinction pour être effective nécessitera la réalisation de travaux pour cloisonner chacun des espaces. Un travail de dimensionnement et d'implantation sera à entreprendre. Ces orientations qui sans aide extérieure ne pourront être engagées immédiatement devront figurer dans un plan d'action qui constituera un élément de preuve dans le cadre de la nouvelle certification de l'établissement et qui devra être intégré dans le dossier déposé auprès de l'ARS en vue de d'obtenir l'autorisation à pratiquer des hospitalisations en soins sans consentement au sein de l'EPSM.

Dans cette perspective, la communauté médicale affirme son souhait de voir les unités fermées disposer de ressources humaines adaptées afin d'éviter des situations explosives, voire un risque de maltraitance institutionnelle. Dans ce cadre les professionnels seront amenés à renforcer leurs compétences et à développer des activités de médiation afin de prévenir notamment les risques d'auto et d'hétéro agressivité.

Par ailleurs, des mesures peuvent aussi d'ores et déjà être engagées. En premier lieu, le respect de l'intimité des patients mais aussi leur sécurité pendant l'hospitalisation doit passer par la possibilité pour ces derniers de pouvoir contrôler l'entrée de leurs chambres. Des serrures doivent être installées dans l'ensemble des unités d'hospitalisation permettant aux patients de s'enfermer. Ces dispositifs doivent permettre aux professionnels d'accéder à leurs chambres à tout moment dès lors que cela serait nécessaire.

Des espaces d'apaisement doivent pouvoir être installés aussi dans toutes les unités. La transformation des anciennes chambres de mise à l'écart pourrait être envisagée sous cet angle.

| | |
|---------|---|
| Actions | Regrouper 2 à 2 les secteurs de psychiatrie générale pour constituer 3 pôles adultes. |
| | Créer dans chacun des nouveaux pôles un espace fermé pour l'accueil des patients en hospitalisation à temps plein dans le cadre de soins sans consentement et réserver l'espace ouvert à l'hospitalisation des patients en soins libres |
| | Mettre en œuvre un cadre architectural et organisationnel adapté à ces nouveaux espaces |

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 2.3

CONTRIBUER A LA REDUCTION DES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTEN-
TION

ETAT DES LIEUX

Il est constaté une réelle évolution des pratiques d'isolement et de contention, depuis quelques années, favorisée par la loi de 2016, les recommandations HAS de 2017 et la réforme de décembre 2020.

En 2019, pour se mettre en conformité avec la recommandation de la HAS, l'établissement a procédé à une nouvelle définition et classification des locaux dans lesquels les patients peuvent être placés à l'isolement. Les anciennes « chambre de soins intensifs » sont désignées sous la forme de chambre d'isolement ; certaines sont considérées comme conformes à la réglementation et d'autres notamment les anciennes chambres de mise à l'écart sont considérées comme des chambre d'isolement non conformes. Des travaux ont été récemment engagés au sein de l'unité Bonnafé pour substituer à l'ancienne chambre de soins intensifs un ensemble de deux chambres conformes à la recommandation de la HAS. Cette mise en conformité au cahier des charges des chambres d'isolement par la HAS est vécue comme un progrès très net pour l'établissement, qui auparavant avait dû déployer des chambres de mise à l'écart ne proposant pas les conditions de surveillance et de sécurité nécessaires.

Trois types d'utilisation des chambres d'isolement sont observés :

- Le recours ponctuel et court pour des patients en crise, conforme aux recommandations nationales ;
- Des usages plus longs et réguliers pour des patients difficiles des unités moyens et longs séjours pour lesquels aucune autre solution n'existe à ce jour face aux comportements auto et hétéro agressifs fréquents ;
- Le recours aux chambres d'isolement pour l'hospitalisation des détenus, du fait de leur statut carcéral en dehors de motifs cliniques, qui représente un pourcentage assez élevé de l'utilisation des chambres d'isolement sur le bassin de Caen (en 2019, 66 détenus ont été placés en isolement pour 303 patients au total), et pose un double problème organisationnel et réglementaire.

Des actions de formation ont été engagées depuis plusieurs années afin de prévenir la montée des tensions au sein des unités et prévenir les risques d'escalade dans la violence. La formation systématique des soignants présents dans le cadre du programme Oméga doit être poursuivie.

Concernant le suivi de l'évaluation, l'organisation de la permanence des soins a été récemment modifiée pour mieux répondre au cadre posé par la réforme, et il est noté des améliorations notables.

Toutefois, la surveillance des patients placés en chambres d'isolement demeure problématique en termes de ressources humaines. Une surveillance horaire est difficilement réalisable avec deux chambres d'isolement par service. Se pose un important problème de cohérence entre les injonctions des autorités de santé en termes de surveillance et les moyens alloués à la surveillance des patients

PERSPECTIVES

En premier lieu, il est important de poursuivre la formation des professionnels de santé exerçant dans les unités d'hospitalisation à la prévention et à la gestion de la violence. Le programme oméga doit continuer à figurer parmi les priorités du plan de formation.

Afin de se mettre en conformité avec les recommandations de la HAS, l'établissement engage des travaux pour disposer au moins dans trois unités d'admission d'un ensemble composé de deux chambres d'isolement satisfaisant aux recommandations de la HAS. Cet objectif est mis en œuvre au sein de l'unité Bonnafé avec l'engagement de travaux importants. Il est aussi intégré dans le programme de restructuration du bâtiment Tilleuls-Patio. Il devra donner lieu à des choix pour au moins une des unités du bâtiment Odysée.

L'établissement souhaite aussi mettre en place des espaces d'apaisement afin de privilégier les pratiques alternatives favorisant la désescalade de la violence. Des travaux en ce sens seraient prévus dans la réhabilitation des bâtiments Tilleuls et Patio. Les espaces d'apaisement sont définis par la HAS comme des espaces ouverts offrant des moyens pour apaiser les patients, tels qu'un environnement sonore, des matelas, un punchingball, de l'ergothérapie. Des espaces de même nature devront aussi être installés au sein de toutes les autres unités d'hospitalisation. Les soignants animeront les espaces en mettant des activités de médiation adaptées aux besoins et à l'état des patients afin de prévenir les situations de crise.

Il conviendra aussi qu'avec l'ARS des solutions soient recherchées pour des patients hospitalisés au long cours et qui faute d'un cadre de soins adapté au sein des unités d'admission sont maintenus à l'isolement de manière pérenne dans des chambres non dédiées, voire sous contention pour des durées tout aussi longues. Les travaux préparatoires au futur Projet régional de santé peuvent être l'occasion de faire inscrire cette nécessité dans les orientations régionales.

L'engagement dans une politique active en matière de limitation du recours à l'isolement devrait permettre de se satisfaire de l'équipement actuel en chambres d'isolement quand bien même la situation actuelle apparait d'un point de vue quantitatif insatisfaisante⁵. Cette politique sera inscrite en priorité dans la politique en matière de qualité et de sécurité des soins.

| | |
|---------|--|
| Actions | Poursuivre la formation des agents à la prévention et à la gestion de la violence. |
| | Mettre les chambres d'isolement en conformité avec les recommandations de la HAS. |
| | Installer des espaces d'apaisement dans toutes les unités et inscrire ces opérations dans le programme de travaux de l'établissement. |
| | Faire reconnaître dans le futur PRS des solutions adaptées pour les rares patients maintenus à l'isolement ou sous contention pendant de longues périodes faute de prise de dispositifs de soins adaptés |

➤ **OBJECTIF OPERATIONNEL 2.4.**
ADAPTER L'ORGANISATION DES SOINS POUR UNE PRISE EN CHARGE PLUS ADAPTEES AUX PERSONNES HOSPITALISEES EN SEJOURS PROLONGES⁶,

ETAT DES LIEUX

L'établissement dispose à ce jour de plus de 120 lits répartis dans 7 unités accueillant des patients pour des séjours de moyenne et longue durée. Ces patients peuvent être des patients qui, après une période d'hospitalisation de courte durée, ont besoin d'une prise en charge en moyen séjour au cours duquel ils bénéficieront d'un accompagnement leur permettant de se rétablir ou se stabiliser sur une longue durée. D'autres peuvent être maintenus en hospitalisation au long cours pour des raisons mé-

⁵ Cette inadéquation est rendue d'autant plus forte quand l'établissement est conduit à accueillir des détenus qui pour des raisons de sécurité y sont placés indépendamment de leurs états cliniques.

⁶ Le choix de cette expression vise à ne pas confondre ces unités avec les unités de soins de longue durée ou les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) souvent désignés sous leur ancienne appellation les moyens séjours.

dico-légales ou plus généralement car ils sont dans l’attente de solutions adaptées dans le secteur médico-social ou social.

Ces unités de séjours prolongés, après le transfert d’intermezzo et la réhab, seront au nombre de 6 : Bourneville (Caen Plaine), Intermezzo et la réhabilitation (Lisieux), Jamet 1 (Caen Est), Jamet 3 (Evrecy Vire) et Jamet 2 (Caen Sud et Côte fleurie). L’unité Emergence n’est pas retenue dans cette liste compte tenu de sa spécialisation et de sa zone d’intervention.

PERSPECTIVES

Aujourd’hui, la pertinence de regrouper les patients en très long séjours, pour lesquels les sorties se font essentiellement vers les établissements sociaux ou médico-sociaux (ESMS) et ainsi travailler de manière spécifique avec ce public, fait consensus. Ce regroupement paraît essentiel dans la réflexion sur un « parcours handicap psychique ». À terme, une activité ambulatoire de consultation spécialisée dans le handicap psychique, travaillant en lien avec des structures sociales ou médico-sociales. Ces unités seront regroupées dans un seul service. Parallèlement, chaque pôle de psychiatrie adulte se verra attribuer une unité de moyen séjour, pour des accompagnements de patients vers la sortie vers un domicile autonome.

Afin de mettre en œuvre cette nouvelle organisation, il importe dans un premier temps de répartir les patients entre ces différentes unités de sorte de pouvoir constituer ce service de longs séjours.

Parallèlement, il convient aussi d’engager une politique volontariste pour inscrire les patients dans des dispositifs de rétablissement afin de leur permettre de trouver des lieux de vie en dehors de l’hôpital dès lors qu’aucune contrainte légale ne l’interdit. La création de nombreuses places de résidence accueil, dispositif de droit commun financé par l’Etat pour l’hébergement des personnes présentant un handicap psychique, est une opportunité que l’établissement doit saisir. Des liens plus étroits avec des EHPAD devraient aussi permettre d’y faire admettre certains patients.

POINT D’ATTENTION

Ce type d’unité nécessitera des moyens adaptés en termes de formations et de taux d’encadrement. Ceci est nécessaire pour éviter de la rendre moins attractive pour les professionnels.

Cette orientation doit aussi s’appuyer sur un élargissement de la composition des équipes avec l’introduction aux côtés des soignants de personnels éducatifs et sociaux formés à la prise en charge du handicap psychique.

| | |
|---------|---|
| Actions | Affecter à chacun des 3 pôles de psychiatrie générale une unité de moyen séjour et dans une logique de rétablissement y mettre en place des prises en charge favorisant le retour à domicile. |
| | Identifier les unités de longs séjours ayant vocation à être regroupées dans un service de séjours prolongés |
| | Revoir la composition des équipes de soins afin d’y introduire des personnels éducatifs |

➤ **OBJECTIF OPERATIONNEL 2.5.**
POUR SUIVRE L’AMELIORATION DE LA QUALITE DES LOCAUX
D’HOSPITALISATION

ETAT DES LIEUX

L'établissement a amélioré son parc immobilier très progressivement et à rythme qui conduit à observer l'absence de qualité hôtelière dans de nombreuses unités. En effet, après des investissements importants réalisés, il y a maintenant 50 ans avec la construction d'un ensemble comprenant quatre bâtiments allant d'un niveau (R), Anne Leroy à un autre de 4 niveaux (R+3) en passant par un R+1 et R+3, seules trois opérations significatives ont été depuis réalisées. La construction de l'unité Bonnafé au début de la décennie 2000, du bâtiment Odysée comprenant 3 unités de 27 lits et en 2019 l'ouverture d'un bâtiment restructuré (Jamet) de 84 lits ont été les seules opérations significatives destinées à l'amélioration de l'accueil des patients. Avec le transfert récent d'Intermezzo, dernière unité installée dans un bâtiment ne bénéficiant pas d'un avis favorable de la commission de sécurité incendie, l'EPSM vient de clore une longue période qui a vu perdurer sur son site de nombreux bâtiments présentant de grands risques. Aujourd'hui l'ensemble des unités d'hospitalisation sont installées dans des locaux bénéficiant d'un avis favorable de la commission de sécurité incendie et d'accessibilité. Malgré la fermeture de nombreuses unités, le parc immobilier n'est pas encore satisfaisant : le nombre de chambres à deux lits est élevé, dans de nombreuses unités les chambres sont réparties sur deux niveaux.

Après la modernisation et la restructuration de JAMET, une opération importante est engagée avec le regroupement des deux unités du pôle Calvados sud dans un bâtiment agrandi. L'opération Tilleuls-Patio, retenu dans le cadre du Ségur de l'investissement permettra une prise en charge de qualité dans un cadre conforme aux exigences légales et réglementaires avec l'installation d'une unité ouverte et d'une unité fermée équipées de chambres à un lit. La dernière unité bénéficiera en outre d'espaces d'apaisement et d'un ensemble de deux unités fermées conforme aux recommandations de la HAS.

PERSPECTIVES :

La réalisation du programme Tilleuls-Patio qui a bénéficié d'un soutien de l'ARS dans le cadre du plan de relance doit être poursuivie.

Parallèlement, les autres bâtiments doivent bénéficier d'aménagement pour disposer d'équipements conformes aux recommandations de bonne pratique en matière de recours à l'isolement mais aussi permettant d'accéder à des espaces extérieurs de qualité pour les patients hospitalisés en soins sans consentement.

L'accueil des patients et de leurs familles exigent aussi de disposer d'une cafeteria centrale permettant notamment pendant les week-ends et les vacances d'accueillir sur un seul lieu l'ensemble des patients et les visiteurs. L'adossement d'une maison des usagers à cet espace permettra aussi de faciliter les liens entre les associations et les patients.

En matière d'autres espaces extérieurs, des projets portant sur l'utilisation du site hospitalier et portés par les unités hospitalières de manière transversale comme le jardin partagé, la médiation animale et participant à l'amélioration de la qualité de vie des patients doivent être soutenus.

Il est important d'intégrer aussi des espaces de convivialité pour le lien entre professionnels.

| | |
|--|---|
| <p>Actions</p>  | Achever le programme de restructuration du bâtiment Tilleuls Patio du pôle Calvados Sud |
| | Finaliser la mise en conformité des espaces concourant à l'isolement et à la contention |
| | Créer des espaces extérieurs de qualité attenants aux espaces fermés |
| | Créer une cafétéria centrale pour l'accueil des familles |

| |
|--|
| Développer des initiatives visant à faire vivre le site intra hospitalier de l'EPSM (jardin partagé, médiation animale, parcours santé...) |
|--|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 2.6.

CONFORTER LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE EN HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET

ETAT DES LIEUX

L'EPSM dispose d'un Service Intersectoriel de Médecine Polyvalente (SIMP) qui déploie une activité transversale en partenariat avec les services de psychiatrie, la pharmacie et le laboratoire de l'établissement. Le SIMP n'a pas de lits propres, il intervient directement dans les unités de l'EPSM de manière intersectorielle, et au sein de la MAS, faute de poste médical pourvu en interne. Le service est un atout pour l'établissement, qui lui permet d'être déjà bien avancé dans la prise en charge somatique en intra hospitalier, en dépit de ses moyens limités pour couvrir la demande exponentielle.

Le service connaît en effet inflation importante des demandes somatiques, depuis une vingtaine d'années, suscitée notamment par l'obligation réglementaire d'effectuer un examen somatique pour tout patient admis en soins sans consentement. Cette inflation est surtout en lien avec un manque de suivi en ville. De fait, en intra hospitalier, il est fréquent que la prise en charge somatique prenne clairement le pas sur la prise en charge psychiatrique. Par ailleurs, l'existence du SIMP conduit à des adressages de patients de plus en plus tôt après une hospitalisation en service somatique, entraînant une surveillance au sein de l'EPSM de plus en plus aigüe.

D'autre part, le SIMP propose également des consultations gynécologiques pour les patientes hospitalisées, ce qui constitue un réel point fort. Des vacations de kinésithérapie étaient également assurées mais ont été interrompues par vacance du poste. Pourtant, les besoins de prise en charge en kinésithérapie respiratoire sont importants dans la population hospitalisée et cette vacance de poste devra être réglée.

Par ailleurs, en dehors des activités du SIMP, l'EPSM dispose d'un centre dentaire, réservé aux patients hospitalisés.

OBJECTIFS :

Bien que l'enjeu majeur du suivi somatique des personnes suivis par la psychiatrie de secteur soit essentiellement en ville, une attention doit être toujours maintenue à la bonne qualité des soins somatiques délivrés aux patients à l'occasion de leurs hospitalisations.

L'équipe médicale du SIMP assure un service de qualité qui permet de prendre en charge de nombreux patients. Comme le montrent les données, la qualité de ce service conduit parfois les services somatiques à transférer rapidement les patients ayant bénéficié de soins somatiques au CHU vers l'EPSM lorsque les patients présentent des troubles psychiatriques. L'installation du SIMP dans les anciens locaux du laboratoire pendant la période couverte par le précédent projet médical a permis de donner aux praticiens des conditions de travail de bonne qualité.

Ce plateau pourrait en premier lieu permettre de réaliser sur le site de l'hôpital des consultations pour les patients hospitalisés requérant des avis spécialisés. La venue de praticiens dans un cadre coordonné avec le CHU permettrait d'éviter des transferts de patients pour de simples consultations. L'équipement de quelques équipements biomédicaux pourrait permettre de réaliser quelques investigations. Ce plateau pourrait permettre aussi la réalisation de quelques actes techniques comme la rTMS dès lors que des praticiens souhaiteraient la pratiquer. Il pourrait aussi permettre de réaliser des

actes de kinésithérapies. Il serait aussi possible de développer des consultations à destination des populations dyscommunicantes.

La santé somatique des patients hospitalisés au long cours comme celle de ceux qui sont admis dans les unités de courte durée exigent souvent des investigations et des avis médicaux. Cette situation conduit très souvent les équipes de l'EPSM à devoir accompagner les patients. Sans remettre en cause ces transferts, la mise en place d'un dispositif de coordination voire de prise en charge centralisée des accompagnements pourrait améliorer la qualité et le suivi de ces prises en charge.

| | |
|---------|---|
| Actions | Conforter l'effectif médical du SIMP, |
| | Etablir un plateau de consultations et des soins médico-techniques en lieu et place du laboratoire de biologie. |
| | Mieux organiser les consultations à l'extérieur de l'hôpital en tissant des liens plus étroits avec des services de spécialités |

OBJECTIF STRATEGIQUE 3. ORGANISER DES PRATIQUES DE SOINS EN EXTRA-HOSPITALIER PROACTIVES ET PLUS LISIBLES

Si les pouvoirs publics pour l'instant n'envisagent pas de définir un régime particulier d'autorisation pour chacune des activités relevant de l'hospitalisation à temps partiel ou de l'ambulatoire, la Cour des Comptes, l'IGAS voire l'ANAP produisent régulièrement des rapports ou recommandations visant à une meilleure définition de ces activités, voire à leur dynamisation.

La volonté affirmée par les pouvoirs publics de prévenir l'hospitalisation, comme le recommandent le haut conseil en santé publique ou à l'avenir de l'assurance maladie, obligent à mieux articuler l'ensemble des dispositifs du secteur. Ces derniers ne peuvent plus se penser seuls mais en articulation les uns aux autres. Ils doivent aussi envisager leurs actions avec l'ensemble des acteurs sanitaires mais aussi sociaux qui peuvent prendre en charge des personnes présentant des troubles psychiques.

Cette plus grande cohérence et cette meilleure articulation s'inscrit dans une logique de responsabilité populationnelle.

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 3.1. REDUIRE LES DELAIS D'ATTENTE EN CMP

ETAT DES LIEUX

Un travail a été fait par l'établissement pour améliorer le traitement des premières demandes de soins en CMP, par la mise en place d'un document permettant de tracer les prises de contact.

Toutefois, les délais d'attente restent très importants y compris après un passage aux urgences. Des délais de trois mois en moyenne sont constatés pour consulter un médecin en CMP, et de six mois à un an, voire un an et demi, pour consulter un psychologue.

Les CMP ont globalement mis en place une première ligne de consultations infirmières accessible en une semaine ou deux. Mais la réponse apportée ne peut être qu'une attente pour un entretien médical, ou la réorientation vers les urgences si nécessaire. Les urgences voient en effet de plus en plus de patients directement adressés par les CMP.

PERSPECTIVES

La mise en place d'un accueil sans rendez-vous (ASR) en CMP est une priorité pour l'établissement, mais reste tributaire d'un renforcement des moyens médicaux sur les secteurs. Les secteurs du département, hors EPSM, qui gèrent des ASR disposent d'effectifs médicaux supérieurs à ceux de l'EPSM.

Par ailleurs, les équipes devront travailler sur une définition commune de l'ASR : si l'accueil après un passage aux urgences doit être renforcé (un seul CMP a mis en place une consultation post urgence) et si la réactivité à l'adressage par le médecin traitant doit être renforcé, les professionnels ne sont pas favorables à un ASR « tout venant » qui entrainerait un débordement et des recours inadéquats. Si l'accueil sans condition reste louable, il s'avère aujourd'hui contradictoire avec les orientations nationales qui recommandent de positionner les CMP en second recours.

Dans ce cadre l'arrivée d'une première IPA, positionnée sur l'agglomération caennaise est une première action. Ainsi la collaboration entre les CMP et les médecins de ville, avec lesquels l'IPA a déjà établi des liens étroits permettra de prévenir des sollicitations inadéquates et facilitera le maintien des prises en charge en ville. Par exemple, des médecins de ville adressent au CMP lorsqu'ils s'interrogent sur la pertinence de leurs prescriptions à l'attention de certains de leurs patients.

En outre, l'IPA ne participant au suivi des patients pourra compléter l'offre médicale et ainsi concourir à la réduction des temps d'attente, accompagner le patient vers une prise en charge par le médecin de ville. En collaboration avec le psychiatre référent du cmp, Il lui appartiendra aussi de coordonner les actions de l'équipe pluriprofessionnelle.

| | |
|--------|--|
| Action | Déployer un accueil sans rendez-vous au sein de chaque CMP |
|--------|--|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 3.2. RENFORCER L'INTERVENTION PRECOCE POUR PREVENIR LE RECOURS A L'HOSPITALISATION

ETAT DES LIEUX

L'établissement constate de trop nombreuses ré-hospitalisations faute d'interventions précoces et une hospitalisation par les urgences trop systématique. Un certain nombre d'hospitalisations pourraient être évitées par un soutien accru aux professionnels de ville qui repèrent les situations de crise.

PERSPECTIVES

L'établissement, a déposé un projet de plateforme d'évaluation et d'orientation assortie d'une équipe mobile d'intervention rapide, afin de favoriser les alternatives à l'hospitalisation, portée par les deux secteurs caennais, dans le cadre du Fond d'Innovation Organisationnelle en Psychiatrie 2021. Il s'agit d'un dispositif d'appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, visant à réduire le recours aux hospitalisations et les entrées par les urgences, en complétant les dispositifs de coordination par une plateforme spécifique à la santé mentale.

Il aura pour missions :

- D'évaluer, analyser et centraliser les demandes des différents partenaires relatives aux situations de crise ;
- De proposer, si pertinent, une réponse par l'aller vers, via une intervention sur le lieu de vie ;
- De coordonner les réponses au domicile entre les différents intervenants en privilégiant les réponses ambulatoires ;
- D'accompagner vers l'hospitalisation si celle-ci s'avère nécessaire.

Le projet rassemble de nombreux partenaires (ARS, ville de Caen, CLSM, CHU, SOS médecins, SAMU, UNAFAM, URML, bailleurs sociaux) et devra être corrélé aux DAC du département pour pouvoir articuler son action avec leurs missions d'orientation des professionnels.

Le dossier déposé dans le cadre du FIOP cible aussi dans le même état d'esprit des populations fragiles prises en charge dans le cadre de structures hébergeant des populations fragiles allant des Centres d'hébergement d'urgence jusqu'au dispositif d'intermédiation locative et l'habitat social. Il correspond à une attente exprimée par ces dispositifs auprès de la Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités qui assure le financement de ces nombreux dispositifs.

POINTS D'ATTENTION

Ce projet est toutefois suspendu au rapprochement des deux secteurs caennais, pour un pilotage transversal. La mise en œuvre de ce dispositif sera centrée sur la ville de Caen.

| | |
|--------|--|
| Action | Mettre en place la plateforme d'évaluation et d'orientation assortie d'une équipe mobile d'intervention rapide sur les secteurs caennais et d'une équipe centrée sur les dispositifs sociaux d'hébergement |
|--------|--|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 3.3.

MIEUX ARTICULER L'OFFRE EN EXTRAHOSPITALIER ET HARMONISER LES PRISES EN CHARGE

Comme cela a été évoqué précédemment, l'articulation entre les dispositifs relevant de l'hospitalisation à temps complet, de l'hospitalisation à temps partiel et l'ambulatoire est un enjeu fort pour l'établissement dans une logique de parcours pour les patients. Ces unités doivent être pensées de manière autonome tout en s'inscrivant dans une organisation générale permettant d'apporter la meilleure réponse aux patients

a) Les équipes mobiles généralistes

ETAT DES LIEUX

Le précédent projet médical voulait réaffirmer la liaison CMP – unités d'admission, notamment dans le cadre des relais en sortie d'hospitalisation. À cet effet des équipes mobiles de secteur avaient été mises en place pour la gestion des états post aigus en sortie d'hospitalisation, avec un redéploiement de moyens importants de l'intra hospitalier vers ces équipes.

Les équipes mobiles sont toutes effectives, avec des ETP dédiés. Il est cependant noté que l'équipe mobile de Caen Est, dont 1 ETP n'est pas pourvu, est moins active qu'attendu.

Si toutes ne prennent en charge que des patients déjà connus des secteurs, il est constaté que leurs missions varient d'un secteur à l'autre, selon le projet du pôle et les caractéristiques du territoire. Certaines sont davantage positionnées sur le soutien à l'hébergement pour des patients connus afin d'éviter des ré-hospitalisations ; d'autres sur l'intervention en cas de crise pour éviter l'hospitalisation. Dans les zones rurales, elles permettent le suivi ambulatoire de patients éloignés du soin, et sont amenées à gérer des suivis plus longs et complexes, et gagneraient à être renforcées en moyens humains.

PERSPECTIVES

Le manque d'harmonisation entre les territoires entraîne un manque de lisibilité pour le public et les partenaires. Il convient tout au moins de viser plus de cohérence entre ces équipes. Il est donc important de réaliser aujourd'hui un bilan du déploiement de ces équipes, en les amenant à échanger davantage et à partager des outils.

POINT D'ATTENTION

Il sera nécessaire de conserver des spécificités, pour s'adapter aux besoins de chaque territoire, notamment en termes de taille.

| | |
|--------|--|
| Action | Préciser dans une logique transversale les missions des équipes mobiles de secteur, les besoins de renforcement et le lien avec les structures de secteur. |
|--------|--|

b) LES LIENS AVEC LES EQUIPES MOBILES SPECIALISEES.

Si des liens doivent être tissés avec les équipes spécialisées prenant en charge des populations particulières comme l'UMPSA et EMILAA, il convient de nouer des liens étroits avec l'équipe mobile de soins intensifs portée par le CHU de Caen à destination des jeunes connaissant un premier épisode psychotique.

En effet, le CHU, via son équipe mobile spécialisée sur la prise en charge des premiers épisodes psychotiques (PEP) propose une modalité d'intervention dont l'EPSM ne dispose pas : programmes spécifiques pour les PEP, soutien aux familles dans le cadre de ces premiers épisodes, et suivi très personnalisé par un case manager. Cette équipe mobile a été confiée au CHU dans le cadre du CTSM, avec des missions départementales. L'EPSM est contributeur de cette action, et doit favoriser l'articulation de l'équipe avec ses secteurs, selon des modalités à définir, par exemple un IDE référent des PEP par secteur. Toutefois, un tel projet paraît aujourd'hui très ambitieux au vu de la taille du département. Une formation des professionnels des secteurs de l'EPSM au case management par cette équipe pourra être envisagée. L'orientation de patients par cette équipe pour des soins de réhabilitation est également à penser.

| | |
|--------|---|
| Action | Structurer, dans le cadre du CTSM, l'articulation des secteurs de l'EPSM avec l'équipe mobile d'évaluation et d'intervention relative aux premiers épisodes psychotiques (PEP) du CHU |
|--------|---|

c) Hôpitaux de jour et CATTP

ETAT DES LIEUX

Une hétérogénéité de l'activité des CATTP et des hôpitaux de jour d'un secteur à un autre est constatée. Selon la taille du territoire, il n'existe pas de CATTP, les secteurs ne disposant pas toujours du personnel pour deux structures, ce qui conduit à un certain glissement des hôpitaux de jour vers des profils et activités plus proches des CATTP. Il est ainsi observé une tendance à aller vers un modèle plus allégé de l'hospitalisation de jour (temps partiels) qui se rapproche du modèle CATTP. Des pratiques différentes en termes d'activité de médiation sont également rapportées d'un secteur à un autre concernant les hôpitaux de jour.

Il s'avère qu'au sein même des hôpitaux de jour les temps de prise en charge peuvent être extrêmement diverses. Elles peuvent durer de quelques semaines à quelques années. Si pour certains patients, des motifs cliniques peuvent justifier quelques situations de ce type, des évolutions sont attendues par les pouvoirs publics puisque les prises en charge doivent être plus intensives et favoriser le retour à domicile.

PERSPECTIVES

Il conviendra d'objectiver ce que propose chacun et de mener une réflexion commune, portant sur les prestations, leurs spécificités et leur complémentarité.

Plus globalement, il est nécessaire que l'ensemble des hôpitaux de jour de l'établissement portent un projet commun en lien avec les autres dispositifs de secteurs, selon un principe de parcours global : en principe, les HDJ portent une mission d'alternative à l'hospitalisation à temps complet (qui doit conduire à leur réduction, conformément aux orientations nationales) et les CATTP une mission plus occupationnelle, de stabilisation. Actuellement, les missions sont entremêlées, au détriment de la lisibilité de l'offre et peut-être de son efficacité. Ce travail d'harmonisation doit laisser une certaine souplesse aux équipes, en fonction de leurs projets et de leur territoire.

POINTS D'ATTENTION

La conception de l’hospitalisation de jour comme alternative à l’hospitalisation se heurte à un manque de structures d’aval, qui amène aujourd’hui à poser l’hospitalisation de jour davantage comme une alternative à l’hospitalisation chronique que complète.

| | |
|--------|--|
| Action | Harmoniser le périmètre des activités et les pratiques entre les hôpitaux de jour et les CATTP |
|--------|--|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 3.4.

POURUIVRE LA COORDINATION EN PSYCHIATRIE DE LIAISON AVEC LES UR-
GENCES

ETAT DES LIEUX

L’EPSM met à disposition des personnels médicaux et/ou paramédicaux dans les services d’urgences du CHU (DATU), des CH de Lisieux, Vire, Falaise et Côte Fleurie. Il n’est *a priori* pas noté de besoin de renforcer la présence de la psychiatrie de liaison générale au sein des centres hospitaliers de proximité, mais des disparités d’activité peuvent exister.

Le précédent projet médical, comme l’axe santé mentale du PMP du GHT, comportait des axes de travail visant à mieux réguler les admissions en hospitalisation, pour réduire les hospitalisations évitables et renforcer la gestion du flux non programmé, en lien avec les urgences somatiques d’une part, et avec les CMP d’autre part.

Face aux délais d’accès aux soins, la psychiatrie d’urgence du CHU a développé des consultations post urgence, destinées aux patients les plus instables (crise suicidaire notamment), de l’ensemble des secteurs (y compris parfois hors département), 72h après le passage aux urgences, ce qui a eu un effet de réduction des hospitalisations, notamment sous contrainte.

Sont aussi notées des consultations post urgence dans les SAU des hôpitaux de proximité, par l’antenne médico-psychologique intervenant au CH de Lisieux et l’équipe intervenant aux urgences du CH de Vire. Au niveau des CMP, seul le CMP de Caen Est organise une consultation post urgence.

PERSPECTIVES

Il est nécessaire de réaliser un bilan objectivé de l’activité de la psychiatrie de liaison et au besoin proposer des leviers d’harmonisation. Le travail doit également concerner l’articulation de la psychiatrie de liaison avec les dispositifs de secteur.

Il est aussi nécessaire de finaliser la convention associant les professionnels de l’EPSM à la ligne de garde de psychiatrie adossée au service des urgences du CHU. Les dernières orientations nationales relatives à l’isolement et à la contention devant éviter la mise en place d’une garde sur place pour les professionnels de l’EPSM devraient faciliter la conclusion de la négociation. Pour autant, la mise en œuvre des évaluations requises en matière d’isolement et de contention, particulièrement lourdes sur l’EPSM doivent aussi être prises en compte dans la charge de travail des psychiatres de l’EPSM.

| | |
|---------|--|
| Actions | Réaliser un bilan de la présence de la psychiatrie au sein des CH de proximité (Vire, Falaise, Lisieux et Côte Fleurie) afin d’envisager des ajustements éventuels, et de travailler sur le lien avec les dispositifs de secteur |
| | Finaliser la convention précisant les modalités de participation des professionnels de l’EPSM à la garde de psychiatrie du service des urgences médicales du CHU |

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 3.5.

DEVELOPPER DES CONSULTATIONS SOMATIQUES SPECIALISEES AMBULATOIRES POUR DES PRISES EN CHARGE PARTICULIERES

ETAT DES LIEUX

Dans la mesure où pour certaines prises en charge, il apparaît difficile de trouver des compétences en dehors de l’EPSM pour accéder à des soins particuliers comme pour les soins dentaires pour lesquels les patients peinent à trouver un suivi dentaire extérieur, l’extension du dispositif existant au sein de l’hôpital pourrait être ouvert à ces derniers. Il en va aussi pour l’accès à des soins à des personnes dyscommunicantes.

PERSPECTIVES

Deux types de consultations spécialisées, ouvertes sur le territoire, sont envisagées dans le cadre du projet médico-soignant.

L’ouverture de la consultation dentaire aux patients suivis en ambulatoire. Un dentiste vacataire a été recruté, et serait prêt à augmenter son temps pour développer ce projet. L’ouverture de la consultation à des partenaires médico-sociaux (secteur handicap ou addictologie) serait également un plus. Il est prévu de la situer dans un premier temps au sein de l’EPSM, et d’étudier dans un second temps la faisabilité de sa mobilité, certains patients n’ayant pas toujours propension à revenir dans les locaux une fois l’hospitalisation terminée. L’extension de la consultation aux patients hospitalisés en psychiatrie au CHU pourra être étudiée. Afin d’envisager un accès le plus large possible, une étude sera faite pour monter un dispositif permettant de rendre accessible ce plateau technique à des patients dont le handicap ne leur permet pas d’accéder à des soins de ville. La possibilité d’ouvrir ce centre à des enfants sera aussi envisagée.

La mise en place par le SIMP d’une consultation somatique spécialisée pour les dys-communicants, qui correspond à un besoin partagé au sein de l’établissement, et pourrait être ouverte sur le territoire (ce type de dispositif n’existant pas sur l’ancienne Basse-Normandie) et les partenaires (notamment le CRA au CHU). Toutefois, le service estime que ses moyens sont insuffisants aujourd’hui pour développer ce projet.

De la même manière, des consultations gynécologiques doivent pouvoir être organisées dans cet espace.

| | |
|---------|--|
| Actions | Développer l’accès au centre dentaire pour les patients de l’EPSM suivis en ambulatoire, adultes comme enfants, voire par les structures médico-sociales |
| | Mettre en place une consultation somatique dys-communicants à l’EPSM, ouverte sur le territoire et en lien avec les partenaires |

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 3.6.

RENFORCER LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

ETAT DES LIEUX

Le déploiement de la conciliation des traitements médicamenteux de sortie d’hospitalisation faisait partie des actions Projet Médical 2016-2020 et a pu être réalisé pour les patients à risque. Il convient

aujourd’hui de consolider et pérenniser le dispositif de pharmacie clinique en intra-hospitalier à travers 2 objectifs :

- Optimiser la conciliation de traitements médicamenteux de sortie par une meilleure connaissance de la date prévisionnelle de sortie et la coordination avec la lettre de liaison ;
- Développer des entretiens pharmaceutiques pour le patient dans un objectif d’évaluation du besoin d’information, des difficultés du patient avec son traitement, et un objectif de transmission d’informations sur les médicaments, ou leurs modifications pendant l’hospitalisation.

La Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) de l’EPSM participe à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient, en déployant des activités de pharmacie clinique au fil du parcours du patient dès l’admission en hospitalisation, notamment par la conciliation des traitements médicamenteux, et par la mise à disposition d’une expertise pharmaceutique régulièrement sollicitée par les médecins en amont d’une prescription, en vue d’une optimisation médicamenteuse. Toutefois, ces activités sont aujourd’hui davantage centrées sur les unités d’hospitalisation que sur l’ambulatoire.

PERSPECTIVES

La Pharmacie à Usage Intérieur de l’EPSM souhaite proposer un soutien du patient en ambulatoire pour son traitement (conciliation médicamenteuse, observance), en lien avec les équipes de secteur.

Il est ainsi proposé de développer des activités de pharmacie clinique en ambulatoire et de renforcer le lien ville-hôpital en :

- Ajoutant une expertise pharmaceutique dans le cadre de la prise en charge de l’Unité Mobile de Psychiatrie du Sujet Âgé (bilans de médication et optimisation thérapeutique) ;
- Proposant des bilans de médication pour les patients suivis en hôpitaux de Jour (une thèse de DES est déjà cours pour évaluer la faisabilité du dispositif) ;

Articulant les protocoles de prévention de l’iatrogénie médicamenteuse des psychotropes avec l’activité de futures Infirmières de Pratiques Avancées en extra hospitalier, en lien avec les médecins de ville.

| | |
|--------|---|
| Action | Développer des activités de pharmacie clinique en extrahospitalier et renforcer le lien ville-hôpital |
|--------|---|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 3.7.

DEVELOPPER DES SOLUTIONS ALTERNATIVES A L’HOSPITALISATION

Déjà évoqués précédemment, à propos de la nécessaire réduction du taux de recours à l’hospitalisation dans les unités de courte durée, la nécessité de construire des alternatives à l’hospitalisation dans le champ ambulatoire apparaît indispensable.

Cela passe par une relation plus étroite avec de nombreux acteurs sociaux. Il est à ce titre noté un manque de recensement des conventions établies par les équipes de secteurs, et le besoin de travailler à une harmonisation institutionnelle des initiatives. La mise en place récente au niveau transversal à l’établissement d’un cadre supérieur de santé en charge des relations partenariales sur le territoire, permettra d’aller en ce sens. Sa transversalité et le temps dégagé permettront de prendre de la hauteur, de remonter les points qui doivent être traités sur un plan institutionnel, qui ne peuvent pas être gérés que par du face à face.

Des relations plus étroites avec la DDETS qui porte de nombreux projets dans le champ social permettront d'engager des dialogues plus étroits avec les acteurs du champ social engagés dans l'habitat qu'ils prennent en charge la population générale comme les bailleurs sociaux ou des populations plus spécifiques comme les résidences accueil. Une première pierre avait été posée avec Les foyers de Cluny autour de sa résidence accueil, la création d'un GCS-MS avec Revivre et Addictions France pour porter le programme un chez soi d'abord en constitue un second élément. La création de nouvelles places de résidences accueil dans le département, faisant l'objet de financement de l'Etat doit permettre de compléter cette orientation. Un accompagnement de ces dispositifs doit être pensé avant même leur lancement pour garantir le succès de leur déploiement. Un travail plus étroit avec les organismes sociaux pratiquant l'intermédiation locative peut aussi permettre de faciliter l'inclusion de personnes présentant un handicap psychique dans le cadre de logement de droit commun.

La création d'un pôle Caennais pourrait permettre aussi de renforcer les actions menées dans le cadre du CLSM de Caen auprès des bailleurs sociaux pour favoriser l'accès à l'habitat de patients suivis par la psychiatrie. Il est entendu que le développement de CLSM dans d'autres communes serait un levier de taille, mais ces initiatives relèvent principalement des élus et secondairement de l'ARS qui peut dans le cadre des contrats locaux de santé aider à leur financement.

Par ailleurs, Ariane a établi des liens privilégiés avec les acteurs de l'emploi via l'association LADAPT ou encore Cap emploi, et travaille à formaliser de nouvelles conventions, qui permettent de faciliter l'accès de ses patients aux dispositifs, et en contrepartie d'améliorer le dépistage précoce si les partenaires repèrent des difficultés chez leurs usagers.

D'une part le programme d'accompagnement des secteurs prévu par Ariane (cf. objectif opérationnel 2.2), mais aussi le renforcement de la pluri professionnalité des équipes (cf. objectif opérationnel 2.2), devraient concourir à renforcer les liens avec les partenaires sociaux et médico-sociaux. Les équipes mobiles de secteur ont également joué un rôle important depuis leur déploiement sur la consolidation des partenariats de proximité.

La place des assistantes de service social (ASS) au sein de l'EPSM, comme fer de lance des partenariats dans le cadre des parcours handicap psychique, est également à travailler et à renforcer. Certains dispositifs, comme ceux émanant de la démarche Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) pourraient ne pas être sollicités faute d'être suffisamment connues et ancrées dans les habitudes professionnelles. Un travail est à mener avec les ASS pour objectiver leurs pratiques. Par ailleurs, il est essentiel d'inscrire l'accompagnement social comme un axe fondamental de la prise en charge : les démarches d'inclusion soient assurées de manière plus prospective. L'évaluation des besoins doit être plus systématique, et les dossiers MDPH doivent être anticipés bien en amont de la libération d'une place en ESMS.

Des liens plus étroits sont aussi à nouer avec le Conseil Départemental notamment pour qu'il soutienne plus activement le déploiement du SAMSAH. Un accès à la prestation de compensation du handicap, pour l'instant refusé par le Conseil départemental favoriserait les projets de logement inclusif.

La psychiatrie doit participer à la mise en place de ces projets innovants de manière pro-active.

Enfin, un projet est en cours concernant la conversion de 7 à 8 places de longs séjours en places médico-sociales fléchées TSA, dans le cadre de la fongibilité asymétrique des enveloppes budgétaires sanitaires et médico-sociales.

Ce projet permettra une extension de la MAS, qui passera de 48 à 56 places : 42 places polyhandicap et déficience intellectuelle et 14 places TSA. Si le public est déjà mixte, avec des personnes qui ont un long passé d'institutionnalisation au sein de l'EPSM, la MAS sera amenée à renforcer sa spécialisation TSA.

| | |
|---------|--|
| Actions | Déployer le dispositif « Un chez soi d’abord » en lien avec les partenaires sociaux et de l’addictologie |
| | Soutenir de façon pro-active les partenaires sociaux et médico-sociaux pour la création de solutions alternatives |
| | Reconvertir des lits de longs séjours en places à la Maison d’accueil spécialisé de Boulon dans le cadre de sa reconstruction. |

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 3.8

DEVELOPPER LE LIEN VILLE-HOPITAL NOTAMMENT POUR L’ACCES AUX SOINS SOMATIQUES

Cet objectif correspond à la nécessité de mieux suivre une population présentant des troubles somatiques importants en ville et marquée des indicateurs de morbi-mortalité péjoratifs. Elle correspond en outre à une exigence de la HAS fondée sur cette exigence. Objectif opérationnel 4.1 Renforcer les liens avec les professionnels de santé

Ce renforcement des liens entre les pôles et les acteurs de ville doit reposer en priorité sur les CMP et les hôpitaux de jour. Ces dispositifs ont la file active la plus importante et souvent les patients hospitalisés sont connus des unités ambulatoires.

La crise sanitaire a permis de démontrer qu’une collaboration entre les structures d’extrahospitaliers et la médecine de premier recours pouvait être efficace car la plupart des patients suivis en psychiatrie ont souvent été accompagnés vers les dispositifs de droit commun pour être vaccinés.

L’importance de cette activité pourrait être confiée en priorité aux IPA d’autant que leur formation les conduit à connaître les structures de ville.

a) Pôles de santé libéraux ambulatoires (PSLA)

ETAT DES LIEUX

Le précédent projet médical comportait un axe de travail sur le renforcement des relations avec les équipes de soins primaires et la mise en place des consultations avancée de psychiatrie dans les PSLA.

La nouvelle certification HAS incluant des indicateurs de soins somatiques implique de renforcer plus encore les liens des structures ambulatoires avec la médecine générale.

Les structures ambulatoires ont encore peu de relations avec les médecins traitants, en dehors d’une communication formalisée à l’entrée du patient. Les praticiens manquent de temps pour approfondir la coordination, et le patient ne donne pas toujours son accord. Les médecins traitants sont également, pour la majorité d’entre eux, rarement demandeurs d’un partenariat actif et formalisé. Par ailleurs, sur certaines zones (Pays d’Auge, Caen) l’absence récurrente de médecins traitants est problématique pour envisager le moindre relais, alors même que des suivis de personnes stabilisées pourraient être transférés en médecine de ville, de manière à fluidifier la file active des CMP. Dans ce contexte, il n’est pas rare que les psychiatres doivent gérer des prescriptions de traitements somatiques. Il arrive également que l’équipe mobile de secteur soit sollicitée pour accompagner le patient dans la (re)mise en place d’un suivi somatique extérieur, ainsi que les HDJ et CATTP pour les patients concernés

PERSPECTIVES

Des travaux intéressants de rapprochement avec les médecins généralistes, largement facilités par les projets de relocalisation immobilière, **SONT** réalisés sur le secteur de Vire-Evrecy :

- Un projet vient d’aboutir avec le PSLA de Thury-Harcourt, en lien avec la Communauté de communes Cingal Suisse Normande. Le secteur loue depuis janvier 2021 des bureaux au sein du PSLA. Ce projet est pertinent en terme économique, il permet de ne louer que l’espace réellement nécessaire, bien qu’il pose des difficultés de logistique informatique pour le raccordement avec le logiciel Cortexte utilisé par l’EPSM. Cette organisation simplifie les interpellations réciproques entre les professionnels de la psychiatrie et ceux du soin primaire. À ce stade, il est noté que ce sont plutôt les médecins généralistes qui sollicitent les psychiatres pour un suivi de leurs patients, que l’inverse. Toutefois, il est encore trop tôt pour un bilan.
- Un projet de rapprochement géographique du centre de santé mentale d’Evrecy avec le PSLA d’Evrecy est en cours, dans le cadre du déménagement à venir.
- À Vire, un projet est également engagé pour améliorer la communication avec les médecins généralistes du bassin.

Des initiatives plus informelles sont également notées sur le secteur de la Côte Fleurie : à Honfleur, une proximité existe entre le CMP et les médecins de ville notamment via la participation de l’équipe aux journées annuelles sont organisées par les médecins généralistes ; à Dives-sur-Mer, des liens sont établis entre une maison de santé et le secteur.

Le partenariat avec les PSLA peut permettre de déployer une démarche de télémédecine (téléconsultations, télé expertise) qui n’est pas aujourd’hui engagée, mais se justifierait dans les zones les plus rurales et/ou à faible densité médicale. Il conviendra donc d’identifier des leviers pour rapprocher les structures de secteur des PSLA, en dépit du contexte de tension des ressources humaines.

Afin de consolider ces relations, l’affectation d’infirmier de pratiques avancées sur les CMP permettra d’initier une collaboration avec les médecins traitants en vue d’améliorer la prise en charge somatique des patients suivis en psychiatrie. Cette présence permettra aussi de nouer des liens avec les infirmières libérales dans la prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques.

| | |
|--------|--|
| Action | Rapprocher les structures ambulatoires des secteurs et les PSLA, pour améliorer le repérage des troubles, le suivi somatique, et le relais vers un suivi en médecine générale pour les patients stabilisés |
|--------|--|

b) Dispositifs d’appui à la coordination

Deux Dispositifs d’Appui à la Coordination (DAC) sont en cours de structuration au sein du département. L’un reprend le territoire de la PTA Synapse, soit les secteurs de psychiatrie générale de l’EPSM et du CHU, l’autre porte sur le territoire du Bessin, correspondant aux secteurs de psychiatrie générale du CH de Bayeux, territoire couvert par certains dispositifs non sectorisés de l’EPSM. Les DAC répondent à une triple mission : mieux informer et orienter les professionnels, appuyer la coordination des parcours complexes et renforcer l’animation territoriale des acteurs en santé.

L’EPSM a été intégré aux travaux des DAC, notamment par le biais le CLSM de Caen, mais surtout de son Unité Mobile de Psychiatrie du Sujet Âgé (UMPSA), du fait du positionnement initial des structures intégrées dans le DAC dans le champ des personnes âgées et de l’ancrage territorial de l’UMPSA.

L’EPSM devra se positionner comme « composante » du DAC, tant pour ses dispositifs spécialisés que pour ses soins de secteurs, afin de concourir à améliorer les modalités d’adressage et de relais avec les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux du territoire.

| | |
|--------|---|
| Action | Positionner l'EPSM comme « composante », offreur de soins et d'accompagnement, des DAC du département pour le soutien à l'information et à l'orientation en santé mentale des professionnels de santé du territoire |
|--------|---|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 3.9

POURSUIVRE L'AMELIORATION DE LA QUALITE DES LOCAUX EN EXTRAHOSPITALIER

ETAT DES LIEUX

Malgré la crise budgétaire subie par l'EPSM depuis le début de la décennie, l'établissement a engagé quelques opérations d'amélioration de son parc en extrahospitalier. Cela a concerné principalement l'implantation sur le site du CH de la côte fleurie à Equemauville avec l'installation dans les anciens locaux de l'IFAS de cet établissement d'un CMP et d'un hôpital de jour. La reprise des activités du CH de Vire a permis aussi de disposer d'un local relativement récent qui avec quelques adaptations donnent satisfaction. La construction programmée d'un centre de santé mentale sur la commune d'Evrecy permettra de disposer d'un bâtiment permettant de regrouper à côté d'un pôle de santé dans un centre de santé mentale un CMP, un hôpital de jour et une équipe mobile.

En revanche, la quasi-totalité des bâtiments accueillant les unités extrahospitalières sont implantées dans des locaux peu satisfaisants car trop étroits comme pour le CMP de la rue des Carmélites à Caen ou non conformes à la réglementation relative à l'accessibilité des locaux pour les personnes à mobilité réduite dans la plupart d'entre eux.

PERSPECTIVES

La rénovation du parc immobilier de l'EPSM doit être une priorité après la réalisation de deux importantes opérations de travaux que constituent la rénovation du bâtiment destiné à recevoir les lits d'hospitalisation à temps plein du pôle Calvados Sud et la reconstruction de la MAS.

| | |
|---------|--|
| Actions | Inscrire dans le schéma directeur immobilier la modernisation d'une large partie des locaux accueillant les unités extrahospitalières de psychiatrie générale. |
|---------|--|

OBJECTIF STRATEGIQUE 4 – MIEUX INTEGRER LES SOINS EN ADDICTOLOGIE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

La fréquence élevée de l'association de troubles liés à l'usage de substances psychoactives et de pathologies mentales implique un repérage et une préoccupation de prise en soin conjointe de ces associations particulières. La présence « comorbide » d'un ou plusieurs troubles psychiatriques et d'une ou plusieurs addictions, chez un même patient, amène à une modification des symptômes, une diminution de l'efficacité des traitements et à l'aggravation et chronicisation de leur évolution. Le terme de pathologie duelle décrit cette nouvelle entité nosographique résultant de l'interaction synergique entre les maladies mentales et les addictions.

De manière générale, en France, le décloisonnement reste à accompagner entre la psychiatrie et l'addictologie car la prise en charge ou l'accompagnement des personnes présentant des troubles addictifs relèvent de structures multiples. Une partie appartient au champ sanitaire comme la psychiatrie ou l'addictologie, activité intégrée dans le champ de la médecine et donc financée en T2A. Des prises en charge importantes peuvent aussi être réalisées dans les services de médecine des centres hospitaliers. Dans le champ médico-social, l'accompagnement peut être réalisé par des CSAPA et des CAARUD. Le Calvados n'échappe pas à cette diversité avec un service d'addictologie au CHU mais aussi des séjours effectués dans les services de médecine des différents centres hospitaliers présents sur la zone d'intervention de l'EPSM. Ce dernier porte aussi lui-même un CSAPA et un CAARUD. Addictions France, entre autres est présent sur le territoire caennais par un autre CSAPA.

Il apparaît que ce grand nombre de structures, qu'il ne s'agit pas de remettre en cause, ne conduit pas à des prises en charge coordonnées psychiatriques et addictologiques. Elles restent rares. Afin d'améliorer le suivi des patients, un projet avait émergé au sein de l'EPSM en vue de créer un poste de psychiatre addictologue permettant de mieux coordonner les interventions et de constituer une ressource pour la psychiatrie de secteur en vue de lever les freins et réduire le délai d'une bonne prise en charge dans les parcours de soin des patients. Ce projet n'a pu aboutir. La présence d'un CSAPA et d'un CAARUD portés par l'hôpital peut cependant favoriser ce décloisonnement. De plus, la création du dispositif un « chez-soi-d'abord » porté pour partie par l'EPSM peut permettre aussi de développer ces accompagnements conjoints entre la psychiatrie et l'addictologie pour ce public en grande précarité.

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 4.1.

ORGANISER LA MONTEE EN COMPETENCES DES PROFESSIONNELS

Aussi une sensibilisation des professionnels, visant à diffuser de bonnes pratiques, à mieux faire connaître les enjeux de la consommation de substances psycho actives pour les patients en psychiatrie, à repérer les troubles de l'usage et les pathologies duelles, est à mettre en place.

Il sera pertinent de travailler prioritairement avec les unités d'hospitalisation, même si la sensibilisation hors contexte de crise est plus simple.

Le tabagisme sera le premier sujet mis au travail. La prévalence du tabagisme parmi les personnes suivies en psychiatrie est beaucoup plus élevée qu'en population générale et les conséquences sont importantes : impact sur la mortalité, diminution de l'efficacité des traitements psychotropes, augmentation des troubles anxieux et dépressifs, ...

Le tabagisme, plus facile à aborder avec les équipes et à repérer, sera un levier à la sensibilisation de l'impact de l'usage des substances psychoactives sur l'évolution et le pronostic des maladies mentales. La formation sera poursuivie sur le repérage et les prises en soins des pathologies duelles.

Il conviendra d'étudier les leviers existants dans le cadre de la formation continue.

| | |
|---------|---|
| Actions | Sensibiliser / former le personnel de la psychiatrie de l'EPSM aux problématiques addictologiques et aux pathologies duelles. |
|---------|---|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 4.2.

INTEGRER LES SOINS EN ADDICTOLOGIE DANS LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

a) Liaison addictologie - psychiatrie

ETAT DES LIEUX

Actuellement, les patients sont le plus souvent pris en charge de manière parallèle par la psychiatrie d'un côté et l'addictologie de l'autre. Ces patients sont considérés comme « difficiles » et leur parcours de soin est complexe. Les soins en psychiatrie de patients déjà suivis en addictologie sont relativement rares.

La sensibilisation et le soutien des équipes d'hospitalisation par des professionnels de l'addictologie doit être un enjeu prioritaire du projet médical. Les équipes du CSAPA et du CAARUD peuvent être ressources et des consultations ou avis addictologiques ponctuels sont organisés dans les unités d'hospitalisation. Cependant la prise en charge en addictologie des patients en hospitalisation psychiatrique ne rentre pas dans le champ des missions du CSAPA et du CAARUD, tournés vers le soin en ville. Ces consultations ne font pas l'objet d'une organisation pérenne et restent donc ponctuelles et peu structurées, sans favoriser la montée en compétences des équipes de psychiatrie.

PERSPECTIVES

Les soins et accompagnements en addictologie s'appuient sur des compétences pluriprofessionnelles et la pair-aidance depuis très longtemps. Les soins axés sur le rétablissement, se sont développés en addictologie, au regard de l'évolution des soins en réhabilitation psychosociale. Ces approches correspondent aux changements de paradigme dans les soins et accompagnements, intégrant la réduction des risques et des dommages, le travail sur l'autonomisation et le renforcement de la capacité d'agir des personnes. La volonté de développement de ces compétences en psychiatrie portée par l'EPSM (Cf Objectif stratégique 1) facilitera la compréhension des enjeux et l'intégration des soins en addictologie dont les approches, techniques et outils sont proches et les objectifs pour la personne sont communs.

Un levier pertinent pour favoriser l'intégration des soins et la montée en compétences des professionnels de la psychiatrie est celui des équipes de liaison en addictologie (ELSA), dont les missions et interventions sont entre autres de former et assister les soignants et d'intervenir auprès des patients en appui des équipes soignantes.

Comme la mise en place d'une ELSA est inenvisageable à l'EPSM puisque ce dernier ne dispose pas d'unité d'addictologie, il semble important de disposer d'une compétence médicale en addictologie venant en appui à la psychiatrie de secteur. Pour être pleinement efficace, la présence d'un IPA serait la bienvenue. Des liens plus étroits pourraient alors être créés avec les dispositifs en addictologie présents dans le champ sanitaire comme médico-social et notamment sous la forme de temps partagé

avec le CAARUD et le CSAPA de l'EPSM. Des liens seraient aussi noués avec l'Equipe de liaison et de soins en addictologie rattachée l'unité d'addictologie du CHU.

| | |
|--------|--|
| Action | Améliorer la prise en charge en addictologie au sein des secteurs en disposant d'une compétence intersectorielle reposant sur des temps de psychiatre et d'IPA permettant aussi un lien plus étroit avec les unités d'addictologie, sanitaires et médico-sociales et en coordination avec l'ELSA du CHU. |
|--------|--|

b) ETP

ETAT DES LIEUX

Un groupe de psychoéducation sur la comorbidité addictologique et psychiatrique a été récemment mis en place par l'unité Ariane. Il s'agit du premier programme de ce type au sein de l'EPSM.

Ce programme a l'objectif d'amener des patients atteints de troubles psychiques à une prise de conscience de leur conduite addictive associée, de les aider à passer d'un état passif à une mise en action. Un travail est réalisé sur les fausses croyances, les idées reçues. Le programme n'a été testé à ce jour que sur deux personnes volontaires. Il comprend 9 séances d'1h30 chacune. Le format pour la poursuite est encore en discussion entre un programme long organisé par thématiques destiné à des patients en cours de rétablissement, ou un programme plus court et plus ouvert pour amener davantage de patients à initier une réflexion sur leur conduite addictive.

La labellisation de ce programme en ETP est en discussion.

PERSPECTIVES

L'EPSM souhaite développer un programme de psychoéducation en addictologie ouvert aux patients accueillis en hospitalisation, dans la continuité du programme développé par Ariane. Il pourrait porter sur la réduction des risques, sur les usages de substances et leur lien avec les pathologies psychiatrique et la santé mentale. La sensibilisation par des pairs qui ont évolué dans leur consommation, accompagnés ou connus du CSAPA ou du CAARUD, pourrait être envisagée.

| | |
|--------|---|
| Action | Développer un programme de psychoéducation ou d'ETP en addictologie à destination des patients de l'EPSM en ambulatoire et en hospitalisation |
|--------|---|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 4.3.

POSITIONNER L'EPSM EN MATIERE DE PREVENTION DES ADDICTIONS

En amont des soins et du repérage des troubles de l'usage de substances psychoactives, l'EPSM souhaite promouvoir la santé et prévenir les risques associés à celles-ci.

La prévention du tabagisme et la promotion de son arrêt est déjà abordé lors d'actions dans le cadre du « Mois sans tabac » au sein de l'EPSM.

Ces actions devront être poursuivies dans le cadre de la stratégie Lieu de santé sans tabac coordonnée par le RESPADD (Réseau des Établissements de Santé pour la Prévention des Addictions), dans laquelle l'EPSM souhaite s'engager.

Deux professionnels du CSAPA et du CAARUD ont participé à un guide national sur la vape, diffusé par la Fédération Addictions. Il pourra être utilisé pour la sensibilisation en interne. Le CSAPA et le CAA-

RUD travaillent avec l'association d'auto-support « La vape du cœur », pour l'intervention auprès des usagers et l'accès gratuit à du matériel.

| | |
|---------|---|
| Actions | Intégrer l'établissement dans la stratégie Lieu de santé sans tabac coordonnée par le RESPAD (Réseau des Établissements de Santé pour la Prévention des Addictions) |
|---------|---|

OBJECTIF STRATEGIQUE 5 – POURSUIVRE LE DEVELOPPEMENT DE DISPOSITIFS SPECIALISES NON SECTORISES.

Depuis 2015, la place des dispositifs spécialisés s’est accrue au sein de l’établissement. Il existait déjà un socle constitué principalement de la psychiatrie en milieu pénitentiaire et du centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violence sexuelle. Aujourd’hui, se sont ajoutés les dispositifs en faveur de la prise en charge des personnes présentant des troubles du spectre autistique sévères, l’Unité mobile de psychiatrie du sujet âgé, la cellule régionale d’urgences médico-psychologiques.

Ces dispositifs doivent être consolidés mais aussi clairement identifiés et mieux reconnus par les pouvoirs publics. La mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie peut être l’occasion de faire ressortir les spécificités dans la mesure où nombre d’entre elles prennent en charge des patients ou interviennent en appui de dispositifs sur des territoires plus larges que la zone d’intervention de l’EPSM. Certains ont une vocation régionale comme la CRUMP, hémis-régionale comme le CRIAVS ou les dispositifs TSA, territoriale ou départementale comme l’UMPSA, Ariane, les thérapies familiales, inter-établissement comme Sport-santé. La reconnaissance de ces territoires d’intervention sera importante dans le cadre de la répartition de la dotation populationnelle qui sera attribuée à chacun des établissements de la région.

Il est tout autant nécessaire d’affirmer de manière plus forte des dispositifs intersectoriels dans le domaine des médiations thérapeutiques. Ces activités peuvent être anciennes comme l’art-thérapie, culture à l’hôpital ou en émergence comme les médiations familiales ou l’hortithérapie.

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 5.1. CONSOLIDER LES ACTIVITES DU CRVS

ETAT DES LIEUX

Le CRVS Normandie Ouest est le centre de référence concernant les problématiques de violences sexuelles pour la Normandie occidentale. Il inclut plusieurs composantes, avec des missions complémentaires :

- Le CRIAVS (Centre Ressources pour Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles) qui a des missions de formation des professionnels du territoire et de l’EPSM, d’animation territoriale, de centre documentaire, d’appui aux professionnels, de recherche ;
- L’UNEVAS (unité d’évaluation spécialisée), qui propose un soutien aux équipes psychiatriques pour des co-consultations, et l’animation de groupes thérapeutiques ;
- Le CEOCVS (centre d’évaluation d’orientation et de consultation violences sexuelles) qui propose l’accueil anonymisé des victimes de violences sexuelles, quel que soit le contexte dans lequel elles ont lieu (intra-familiale, conjugale, ou autres) avec un enjeu d’orientation et d’accompagnement vers des prises en charge sanitaires psychiatriques et d’accompagnement des démarches de plainte.

Aujourd’hui, le CEOCVS n’a pas de locaux dédiés, les personnes sont reçues dans les locaux du CRVS, non adaptés au public. Le projet dans le cadre du projet territorial de santé mentale, en partenariat avec l’ARS et la ville de Caen, est de renforcer le lien ville-hôpital en développant ces consultations au

sein du PSLA St Laurent à Caen, ce qui nécessite de créer une association à laquelle adhèreraient les partenaires associés à la démarche.

PERSPECTIVES

Le point principal est de finaliser l’obtention de locaux pour les consultations du CEOCVS. Un besoin de renforcement des RH est à anticiper, et sera à préciser au regard de la montée en charge.

Par ailleurs, la Préfecture a sollicité le CRVS sur deux sujets, qui vont concourir à augmenter la file active : la prévention des violences dans le sport et le soutien aux médecins traitants, par la mise en place de capsules vidéo de formation sur les violences conjugales. Le CRVS est également en lien avec l’URML pour la prévention des violences familiales. La participation à un colloque fin 2021 est prévue.

Enfin, la réflexion sur le rapprochement avec le centre régional sur le psycho traumatisme en création au CHU, dans le cadre du contrat territorial de santé mentale, devra être poursuivie. Cela pourrait passer par la mise en place d’un pôle commun CHU – EPSM psycho traumatisme, qui intégrerait le CRVS, l’UMJ. La création du centre régional implique de repenser la filière.

| | |
|---|--|
|  | Finaliser l’obtention de locaux pour les consultations du CEOCVS et déterminer les moyens nécessaires en ressources humaines |
| | Déployer un soutien aux médecins traitants pour la prévention des violences familiales et conjugales, en lien avec la Préfecture et l’URML, et travailler avec la Préfecture sur la prévention des violences dans le sport |
| | Poursuivre les travaux de rapprochement avec le centre régional sur le psycho traumatisme (CHU) en associant la CUMP |

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 5.2.

PARTICIPER A LA FILIERE TERRITORIALE PSYCHO TRAUMATISME

La CUMP est accueillie depuis 2006 par l’EPSM. Formellement, cette activité est portée par le CHU au titre de la médecine d’urgences. Elle est une des composantes du SAMU et en conséquence financée dans le cadre de MIGAC. Le CHU et l’EPSM ont passé une convention pour rétrocéder ces financements à l’EPSM pour la rémunération des professionnels qui en sont membres.

Le rôle de la CUMP a été renforcé pendant la pandémie. Le plan Ségur de la santé a prévu dès novembre 2020 un renforcement des missions et des moyens humains alloués aux équipes des CUMP (1 ETP de psychologue et un ETP infirmier). L’équipe compte aujourd’hui 4 salariés et forme de nombreux volontaires (IDE, psychiatres, psychologues) de l’EPSM ou d’autres CH. La CUMP n’est sollicitée que pour des évènements collectifs (noyades, attentats...) et dans le cadre de la pandémie pour l’accompagnement psychologique des soignants, des familles et des patients hébergés en ESMS. L’EPSM entend continuer à accueillir les professionnels dans les locaux qui leur sont réservés.

L’équipe a profité de cette augmentation de moyens pour développer des consultations spécialisées individuelles dans l’EPSM avec une indication de psycho traumatismes récents (moins de trois mois) pour conserver la spécificité CUMP.

Ce dispositif, non sectorisé, s’inscrit dans le projet de centre régional du psycho traumatisme, porté par le CHU, qui assurera des consultations pour des indications plus chroniques, plus complexes, sur une plus longue durée. L’activité de ce centre est attendue pour la fin d’année (budget perçus, locaux et recrutements en cours). Un rapprochement a été évoqué, en lien avec le centre national de résilience.

| | |
|---------|---|
| Actions | Mettre en place une coordination avec le centre régional de psycho traumatisme porté par le CHU, en lien avec le CRVS |
|---------|---|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 5.3.

DIVERSIFIER L’OFFRE POUR LES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE

ETAT DES LIEUX

Le précédent projet médical avait un objectif de mise en place d’une unité dédiée aux patients autistes avec troubles sévères du comportement, qui pourrait prendre la forme d’une unité d’hospitalisation dédiée, éventuellement complétée d’une équipe mobile. L’objectif était d’apporter une réponse de qualité à une population certes peu nombreuse mais qui était accueillie dans de mauvaises conditions au sein de l’établissement.

Ce projet s’est concrétisé en mai 2019 avec la création de l’équipe mobile d’intervention et liaison pour adulte autiste (Emilaa) et en septembre 2019 avec la création de l’unité d’hospitalisation de 6 lits, Emergence, au rez-de-chaussée du bâtiment JAMET. Cette dernière unité est aujourd’hui la seule unité d’hospitalisation dédiée à l’accueil de ces usagers. Elle est en lien avec le CRA, les associations d’usagers, le RSVA et la MDPH. Des relations étroites ont été développées avec les structures médico-sociales comme le SAMSAH de l’APAEI de Falaise et du pays d’Auge. Elle travaille en commun avec EMILAA mais aussi avec son équivalent dans la Manche (l’EMATSA)

Ces créations ont été permises dans le cadre des réorganisations intervenues depuis 2015 et notamment par la réduction du nombre de lits de moyen et longs séjours.

Alors que le projet initial était départemental, il s’avère que le recrutement des patients est aujourd’hui héli-régional et que l’équipe mobile intervient sur l’ensemble des trois départements bas-normands. Cette couverture géographique tend à se réduire sur le nord de la Manche avec le développement progressif d’une unité mobile au sein de la Fondation du Bon Sauveur de la Manche.

Les équipes sont pluriprofessionnelles, avec la présence d’un médecin dont le temps est partagé avec le CRA, d’infirmiers, d’éducateurs, de psychologues. La compétence acquise depuis l’ouverture de ces unités est aujourd’hui reconnue par les partenaires de la région mais aussi par les associations comme Autisme-Basse-Normandie.

Le projet de l’unité Émergence repose sur des temps courts d’hospitalisation, dans le cadre d’un séjour de répit avec le domicile ou le centre d’hébergement médico-social dans le but d’éviter des ruptures de parcours. Or, aujourd’hui, 3 de ses 6 places sont occupées par des patients provenant d’unités de longs séjours de l’EPSM, pour lesquels aucune solution d’aval n’a été trouvée.

PERSPECTIVES

Pour compléter l’offre de soin proposée par le dispositif en faveur des personnes adultes avec TSA, la création de places d’hospitalisation de jour au sein même de l’unité de soin reste d’actualité. Cette offre complémentaire permettra d’offrir une alternative à l’hospitalisation temps plein et de graduer davantage les soins proposés.

Dans une logique de participer à un « écosystème » TSA, le dispositif de l’EPSM s’inscrit dans une collaboration avec le CRA d’une part, le praticien en charge du dispositif partageant son temps pour moitié au CRA ; et d’autre part, par un travail de concertation avec les structures médico-sociales et les associations de famille pour répondre au plus près des besoins spécifiques de ce public.

L'un des enjeux majeurs concerne la fluidification du parcours du patient notamment pour identifier des solutions d'aval pour les patients accueillis sur des séjours longs. Le travail engagé avec les structures médico-sociales, les offres associatives et la MDPH doit être renforcé. Les profils les plus complexes ne trouvent cependant aujourd'hui pas d'orientation appropriée sur le territoire et peuvent rester durablement hospitalisés faute d'alternative adaptée.

L'ouverture de places spécifiques TSA à la MAS de Boulon est d'ores et déjà favorable à cette logique de parcours patient. La signature prochaine du CPOM médico-social de l'établissement devrait permettre de compléter ce dispositif puisque la MAS de l'EPSM aurait une orientation à accueillir des personnes présentant des TSA sévères.

En complément, un travail conjoint MAS-EMILAA visera à structurer une réponse à l'instruction interministérielle du 24 juin 2021 relative au « déploiement d'unités de vie résidentielles pour adultes autistes en situation très complexe adossées à des établissements médico-sociaux dans le cadre de la stratégie Nationale autisme au sein des troubles du neurodéveloppement 2018-2022. » La création d'une unité de ce type articulée au dispositif EMILAA Emergence et inscrits dans notre réseau de partenariat offrirait une réponse à ces situations.

Enfin, d'un point de vue institutionnel, il convient de faire reconnaître par l'ARS la dimension hémirégionale de ces unités dans le cadre des activités spécifiques prévues par le code de la sécurité sociale.

| | |
|---------|---|
| Actions | Faire reconnaître ces unités comme des activités spécifiques à vocation territoriale dans le cadre de la réforme du financement de la psychiatrie |
| | Mettre en place une hospitalisation de jour afin de compléter l'offre du dispositif TSA de l'EPSM |

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 5.4.

AFFIRMER LA PLACE DE L'EPSM DANS LE CHAMP DE LA PSYCHIATRIE DU SUJET AGE.

ETAT DES LIEUX

Dans la mesure où la demande de soins en psychiatrie pour le sujet âgé est très importante, le choix a été fait en 2018 de créer une unité mobile de psychiatrie du sujet âgé (UMPSA) pour répondre aux demandes des professionnels du champ de la gériatrie plutôt que de créer une unité d'hospitalisation au sein de l'EPSM. Créée en septembre 2018 par redéploiement de ressources internes à l'EPSM, l'UMPSA est une offre de soins intersectorielle et départementale spécialisée dans l'évaluation des troubles psychiatriques de la personne âgée de 70 ans et plus (troubles psychiatriques vieillissants, de novo, et troubles psycho comportementaux associées à la maladie d'Alzheimer et apparentée). Cette volonté d'aller vers les professionnels de la gériatrie s'est aussi concrétiser avec un temps mis à disposition des hôpitaux de jour de gériatrie de la fondation de la Miséricorde et du CH de Lisieux.

De fait, l'UMPSA est un recours pour les situations complexes et un outil de soins complémentaires au carrefour de 2 disciplines, la psychiatrie générale et la gériatrie. Ses missions se situent sur trois axes : l'évaluation spécialisée pluridisciplinaire sur les lieux de vie (domicile ou tout domicile substitutif, foyer résidence, EHPAD) et les unités de soins de l'EPSM, la formation et la sensibilisation sur la prise en soins, le travail de réseau avec les partenaires. C'est à ce titre que l'UMPSA a tissé des liens étroits

avec la plateforme territoriale d'appui (PTA) et de la Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), qui se regrouperont dans les futurs dispositifs d'appui à la coordination 5DAC), visant à mieux coordonner les prises en charge des situations complexes. Ainsi, elle intervient le plus souvent à la demande des professionnels de ville ou de la gériatrie. Cette place particulière a pu susciter des interrogations quant à l'articulation avec la psychiatrie de secteurs d'autant que l'UMPSA n'a pas vocation à prendre en charge des situations d'urgence car ses interventions font l'objet d'une programmation. Elles sont aussi nourries par l'accueil en hospitalisation au sein des services d'admissions de patients âgées présentant des pathologies neurodégénératives. L'ouverture au CHU, ces dernières années, de l'UTAC (unité gériatrique de 10 lits pour la prise en soins de troubles psycho comportementaux aigus dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer et apparentée), comme la présence au CH de Lisieux d'une unité cognitivo- comportementale a permis d'améliorer la situation mais de manière insuffisante.

Il faut aussi souligner que depuis peu, la psychiatrie du sujet âgé est devenue au même titre que la pédopsychiatrie une discipline médicale. Ainsi, l'unité est un terrain de stage privilégié pour les étudiants qui choisissent cette option. Ainsi, il apparaît que l'EPSM représente avec l'existence de l'UMPSA un acteur important sur le territoire calvadosien en matière de psychiatrie du sujet âgé.

PERSPECTIVES

En premier lieu, la place de l'équipe de psychiatrie du sujet âgé de l'EPSM dans l'organisation du territoire doit être reconnue pleinement. D'un dispositif initialement intersectoriel, l'équipe de psychiatrie du sujet âgé est devenue une unité intervenant sur l'ensemble du Calvados. Elle constitue à cet égard le socle d'un déploiement plus complet de cette nouvelle discipline sur ce territoire.

Afin de renforcer son activité, des ressources nouvelles lui sont nécessaires tant pour conforter son activité actuelle que pour déployer de nouveaux services comme un hôpital de jour de réhabilitation. Ce développement nécessite aussi une attention au renforcement des liens avec la psychiatrie de secteur.

L'équipe insiste sur le besoin de maintenir et renforcer ses moyens pour les interventions d'évaluation, mais aussi pour le travail de réseau et la formation, sensibilisation. L'équipe souhaite développer des formations sous forme de modules pour les différents professionnels de la filière du sujet âgé et en particulier les professionnels des EHPAD. Elle a comme objectif de continuer à participer aux actions de sensibilisation avec les partenaires.

L'équipe souhaite renforcer le lien et faciliter l'accès à des demandes d'avis spécialisées sous la modalité de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire ouvertes aux services extra et intra hospitaliers de l'EPSM, qui pourraient être organisées une fois par mois de façon stable. Le développement et le renforcement de ces propositions pour l'EPSM mais aussi les partenaires extérieurs (sanitaire et médico-social) est une volonté de l'UMPSA, mais qui reste conditionnée aux moyens humains, car elle implique de dégager un temps conséquent. Le corollaire du temps dédié à des RCP est également un risque d'augmentation de la file active pour des demandes d'évaluation spécialisée sur le lieu de vie.

Une piste, outre le renforcement des moyens humains, serait le développement de télé staff avec les partenaires comme par exemple, les équipes des EHPAD pour les RCP systématiques proposées à l'issue de l'évaluation d'un résident, qui pourrait être un gain de temps au vu du territoire départemental d'intervention. En revanche, l'équipe est réservée sur la pertinence de la téléconsultation car la dimension environnementale, le lieu de vie est au cœur de l'évaluation.

Des liens réguliers avec le psychiatre référent pour la géronto psychiatrie sur le Centre Esquirol sont réalisés. Des réflexions sont en cours pour un rapprochement entre les dispositifs du Centre Esquirol (CHU) et de l'EPSM de psychiatrie de la personne âgée. Ce rapprochement pourrait s'organiser notamment autour de la création d'un hôpital de jour de réhabilitation spécialisé, porté par l'EPSM, dans la prise en soins des dépressions de la personne âgée. D'autre part, l'équipe de psychiatrie du sujet âgé participe de manière active aux travaux du centre ressource interrégional de psychogériatrie et de

psychiatrie de la personne âgée (CRPG) porté par le G4. Enfin, l'UMPSA souhaite continuer à être un terrain de stage pour les internes de psychiatrie et singulièrement pour ceux optant pour cette nouvelle discipline. La formation à la spécificité des pathologies psychiatriques du sujet âgé apparaissant particulièrement important compte tenu des évolutions démographiques.

Il faut enfin faire reconnaître l'activité comme une activité à vocation territoriale couvrant l'ensemble du département du Calvados au titre des activités spécifiques.

| | |
|---------|--|
| Actions | Structurer les échanges cliniques au sein de l'EPSM en organisant des RCP régulières avec les structures du secteur hospitalier comme de l'ambulatoire |
| | Faire reconnaître l'UMPSA comme une activité spécifique à vocation héli-régionale dans le cadre de la réforme du financement de la psychiatrie |
| | Conforter la place de l'UMPSA comme acteur de formation pour les étudiants et les professionnels |
| | Développer la pratique des télé staffs avec les partenaires |
| | Poursuivre les travaux de mise en place d'un HDJ en lien avec la psychiatrie et la gériatrie du CHU |

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 5.5.

VALORISER LES ACTIVITES DE SOINS DE L'UNITE SPORT-SANTE

ETAT DES LIEUX

L'unité sport-santé a été ouverte en janvier 2017. Il s'agit d'un projet innovant, aujourd'hui unique en France du fait de sa structuration et son offre de soin.

Sa mission est de promouvoir la santé globale d'adultes souffrant de troubles psychiques et de handicap psychique par la mise en œuvre d'activités à médiation sportive intergénérationnelle sur l'ensemble des pôles de l'EPSM et du pôle Caen Nord. Les patients accueillis sont suivis en intra ou extra hospitalier. Le PMP a formalisé l'accueil des patients du CAMP d'Hérouville St Clair aux activités proposées, ainsi que des patients hospitalisés au CHU.

L'offre de soin est proposée sous la forme de créneaux d'activité physique d'1h à 1h30 en individuel ou en groupe sur l'ensemble de l'année, encadrés par des soignants et des éducateurs sportifs de structures partenaires, selon une approche pluridisciplinaire autour du sport et de la santé.

L'unité a noué de nombreux partenariats institutionnels (ARS, ville de Caen, IRESP Normandie...), associatifs et sportifs. La PH du service travaille avec l'HAS au positionnement de l'activité physique dans les recommandations nationales concernant les prescriptions de soins en psychiatrie.

Le service est terrain de stage pour des étudiants en médecine, en STAPS, et accueille plus ponctuellement des internes en psychiatrie.

Il est toutefois noté une méconnaissance des missions du service au sein de l'EPSM, et des prescriptions encore courantes des activités sport-santé en tant qu'activités occupationnelles.

PERSPECTIVES

Le service souhaite travailler sur la communication interne des missions du service sport-santé, dans le cadre d'une clarification des missions de l'ensemble des structures et de leur spécificité. La sortie prochaine des recommandations HAS seront un levier pour faire évoluer les pratiques et les motifs de prescription des médecins psychiatres.

Il souhaite également développer l'information et la formation des internes sur l'intégration de l'activité physique dans le soin.

Enfin, à des fins de valorisations, il sera nécessaire d'améliorer l'évaluation quantitative de l'activité du service. L'équipe saisit l'ensemble des actes réalisés dans le dossier du patient informatisé Cortexte. Cependant, le recensement de l'information médicale en psychiatrie, à la base du recueil de données ne prévoit pas d'actes spécifiques pour la pratique sportive, engendrant ainsi une absence de quantification d'une partie de l'activité. Les indicateurs de suivi validé dans le cadre d'un programme de prévention, validé par l'ARS ne peuvent ainsi être produits par le département d'information médicale.

| | |
|---------|---|
| Actions | Travailler sur la communication des missions du service sport-santé, notamment à partir des recommandations HAS à venir, pour faire évoluer la prescription d'activité physique dans le cadre de programme de soins |
| | Informier et former les internes sur l'intégration de l'activité physique dans le soin |
| | Evaluer de l'impact de l'activité physique dans le parcours de soins |

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 5.6. RENFORCER L'UNITE DE THERAPIE FAMILIALE

ETAT DES LIEUX

L'unité de thérapie familiale existe depuis la fin des années 1980, à l'initiative du secteur Caen Est auquel elle est restée longtemps rattachée. Depuis peu, elle repose sur une implication majeure de professionnel de la pédopsychiatrie.

Jusqu'à présent elle ne faisait pas l'objet de financements dédiés, mais de mises à disposition par les secteurs, convenues avec les chefs de pôle. L'équipe a été récemment renforcée mais reste modeste (0.9 ETP).

L'unité propose des séances de thérapies pour les situations complexes, les problématiques parentales, les enfants en danger. La consultation n'est pas sectorisée et possède une liste d'attente alimentée par l'ensemble des secteurs.

Ses locaux sont en ville, partagés avec l'EMPP, ce qui n'est pas le plus adapté au niveau de la mixité des publics.

PERSPECTIVES

Aussi, l'unité a-t-elle besoin aujourd'hui de voir son activité reconnue par l'attribution de locaux fixes et adaptés. Le projet de pôle unique « *dispositifs spécialisés non sectorisés* » serait une opportunité pour la visibilité de cette unité. Cette valorisation doit également passer par le renforcement des moyens de l'unité, afin qu'elle puisse aller davantage vers les services, afin de présenter le dispositif et renforcer l'inclusion.

| | |
|---------|---|
| Actions | Identifier des locaux propres à l'unité de thérapie familiale et consolider ses moyens pour renforcer son intégration dans le parcours de soins |
|---------|---|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 5.7.

RECONNAITRE, RENFORCER LES MEDIATIONS ET MIEUX LES COORDONNER

ETAT DES LIEUX

De nombreuses médiations sont pratiquées au sein de l'établissement. Certaines sont relativement anciennes comme l'ergothérapie, l'animation intersectorielle avec le GAI, mais aussi l'art-thérapie, les activités de théâtre. D'autres projets émergent comme la médiation animale ou l'ortho-thérapie avec un projet de jardin. Si elles se tiennent pour la plupart au sein de l'établissement, elles bénéficient le plus souvent à des patients suivis en ambulatoire.

Ces activités sont souvent portées par des professionnels disposant de compétences particulières du fait de leur profession (ergothérapie, art-thérapie) ou de leur formation spécialisée (théâtre). Certaines font l'objet d'une supervision par un praticien hospitalier comme l'art-thérapie, d'autres ne bénéficient pas nécessairement d'un suivi par un praticien.

Certaines d'entre elle comme l'art-thérapie sont insérées dans un réseau régional de professionnels et bénéficient de soutien de la part des pouvoirs publics (ARS, DRAC) et ont noué des partenariats avec des acteurs culturels qui ont donné lieu parfois à des manifestations publiques (exposition à la chapelle Saint Sauveur de la production des patients participant aux activités d'art-thérapie).

PERSPECTIVES

Ces activités doivent faire l'objet d'une reconnaissance institutionnelle plus forte en reconnaissant les temps des professionnels affectés à ces activités mais aussi en mettant à leur disposition des locaux adaptés et fonctionnels.

Ces médiations dont la liste n'est pas exhaustive doivent être plus lisibles tant par la nature des activités que par l'organisation proposée. Elles ont toute leur place pour favoriser le développement des capacités des personnes notamment pour favoriser le bien-être et réduire l'anxiété. Elles peuvent être développés dès lors que des professionnels ont des compétences ou mènent de manière isolée certaines pratiques comme le yoga, la pleine conscience. Dans cette perspective, une activité de musicothérapie pourrait s'ajouter à celles existantes et conforter la dimension culturelle déjà présente au sein de l'établissement.

Celles-ci doivent s'inscrire de manière plus claire dans le projet de soins personnalisés. Les professionnels portant ses activités doivent se coordonner de manière plus étroite avec les référents des patients. De manière plus générale, leurs activités doivent être mieux articulées avec les projets portés par les pôles. A ce titre, elles doivent faire l'objet d'un meilleur enregistrement dans le dossier patient informatisé en vue d'enregistrer tous les actes dans le cadre des ateliers thérapeutiques.

Compte tenu de l'éclatement de ces activités, il importe d'envisager une coordination entre celles-ci dans des formes à définir. Cette organisation pourrait intégrer un temps de médecin.

Culture à l'hôpital

Par ailleurs, il est intéressant de faire un focus sur un dispositif particulier « Culture et santé » qui fait l'objet d'un soutien national. En effet, l'EPSM figure parmi les premiers établissements à avoir bénéficié du programme lancé en 1999 « Culture à l'hôpital ». Ce dispositif contribue à proposer des activités culturelles qui ne s'inscrivent pas nécessairement dans des démarches thérapeutiques.

S'agissant des activités culturelles, elles doivent continuer à faire l'objet d'un soutien afin de mainte-

nir une dynamique culturelle.

| | |
|---------|---|
| Actions | Identifier toutes les médiations avec la reconnaissance des temps professionnels consacrés à ces activités |
| | Déclarer toutes ces activités dans le RIM-P et les faire ressortir dans les ateliers thérapeutiques lorsqu'elles ne relèvent pas de l'hospitalisation à temps complet ou des hôpitaux de jour |
| | Inscrire ces activités favorisant les capacités d'adaptation dans le projet de soins personnalisé des patients |
| | Coordonner ses activités dans une forme organisationnelle à préciser et qui intégrerait un temps de médecin |
| | Parallèlement aux activités de médiation, maintenir et développer les actions relevant de Culture à l'hôpital |

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 5.8.

MIEUX POSITIONNER LES DISPOSITIFS SPECIALISES NON SECTORISES

ETAT DES LIEUX

L'EPSM porte un certain nombre de dispositifs spécialisés non sectorisés, qui se sont développés ces dernières années. Dans le cadre de l'élaboration du précédent projet médical, le rattachement à un pôle avait été demandé par la majorité de ces dispositifs, l'intégration dans un pôle s'avérant soutenable pour la création. Ainsi, les dispositifs sont rattachés au pôle de leur fondateur et/ou de leur médecin responsable, seul le CRVS est indépendant des pôles.

Aujourd'hui, ces dispositifs sont consolidés, et ce rattachement aux secteurs est questionné, pour différentes raisons :

- L'intégration dans un pôle sectorisé n'est pas cohérente avec leur envergure intersectorielle, et même territoriale. Les dispositifs spécialisés sont très ouverts sur leur environnement, leurs missions étant territoriales.
- Un manque de visibilité de ces dispositifs est constaté, particulièrement au sein de l'établissement malgré des démarches de communication interne régulières.
- L'organisation actuelle entraîne un manque de visibilité au niveau des moyens alloués aux dispositifs spécialisés au sein des secteurs. Certains ont été déployés avec des créations de postes, d'autres à partir des moyens des secteurs. Un sentiment de menace pour les secteurs lors de la création de dispositifs spécialisés est exprimé, pouvant conduire à supposer que la mise en place d'une offre de psychiatrie surspécialisée se fait au détriment de la psychiatrie de secteur, moins attractive. Le besoin de travailler à un équilibre entre les moyens des secteurs et les dispositifs spécialisés est donc réel et stratégique.
- Certains dispositifs s'avèrent lourds à gérer pour les secteurs : Émergence, portée par le secteur Côte Fleurie, par exemple, est une unité de 10 lits, dont la création s'est par ailleurs accompagnée de la fermeture de l'unité moyens et longs séjours du secteur.

Toutefois, il convient de reconnaître la nature des liens actuels existants et qui peuvent pour certaines unités concourir à la solidarité entre pôles.

PERSPECTIVES

Si une indépendance de chaque dispositif a été évoquée, la recherche de cohésion institutionnelle justifie la recherche d’une organisation commune. Ces difficultés pourraient être dépassées par un regroupement des dispositifs spécialisés en une entité commune, hors pôles sectorisés.

Le précédent projet médical avait évoqué la mise en place d’un centre de consultations surspécialisées, mais ce projet s’est heurté à la disparité thématique et de modalités d’intervention (consultations sur site dédié, intervention à domicile, intervention au sein des services) des dispositifs.

Aujourd’hui, une partie de ces acteurs appellent à la reconnaissance de leur autonomie. Si dans le cadre de l’ouverture offerte par la loi RIST, il sera possible de reconnaître pleinement l’autonomie de certains d’entre eux sous la forme de service, il semble plus difficile de la conférer à d’autres, comme les unités ne disposant pas de médecins dans leurs effectifs. Pour celles-ci un rattachement à un pôle devra être envisagé que cela soit un pôle médical ou le pôle médico-technique (le PMBO).

In fine, et afin de donner plus de souplesse au fonctionnement médical, ces modifications pourront intervenir dans le cadre des futures dispositions réglementaires venant préciser les dispositions législatives introduites par la loi Rist.

POINTS D’ATTENTION

Les parcours des soignants ne doivent pas être cloisonnés entre soins de secteur et soins spécialisés, mais la mobilité doit être favorisée. Certains praticiens choisissent des postes mixtes entre soins de secteur et dispositifs experts.

| | |
|--------|--|
| Action | Les dispositifs spécialisés verront leur rattachement précisé ultérieurement dans le cadre des nouvelles dispositions relatives à la gouvernance de l’hôpital. La modification dans l’organisation médicale pourra être à l’initiative du président de la CME et du directeur. |
|--------|--|

OBJECTIF STRATEGIQUE 6 – RENFORCER L'ORGANISATION DES SOINS EN PEDOPSYCHIATRIE

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 6.1.

REDUIRE LES DELAIS D'ACCUEIL

ETAT DES LIEUX

Les délais d'accès à une consultation en CMPEA sont de 4 à 8 mois, avec une moyenne à 5 mois. Le pôle a choisi de fixer un premier rendez-vous dans des délais relativement rapides, quand bien même un programme de soins individualisé ne peut pas être proposé avant plusieurs mois. Ceci permet d'enclencher une première évaluation et la constitution d'un dossier MDPH. Le pendant de cette organisation est qu'il conduit à une charge mentale importante pour les praticiens confrontés à une file active d'enfants importante avec des besoins de soins non couverts.

L'accueil sans rendez-vous (ASR) départemental des plus de 12 ans est assuré par l'espace accueil de la MDA socle (ACSEA) de façon permanente, en coordination avec un médecin du pôle. Cet accueil est à l'origine de 60% des consultations sanitaires réalisées au sein de la MDA.

Depuis 2011, un ASR départemental a été déployé pour les 0-6 ans, à moyens constants aux dépens de l'équipe de secteur Caen Falaise. Il propose aux familles et aux professionnels, un accueil physique et téléphonique. Un important travail de communication auprès de la médecine libérale, des PMI et des écoles est fait et entretenu chaque année. Le service d'urgences pédiatriques du CHU l'utilise également en post-urgences. Il s'est étendu jusqu'aux 11 ans depuis janvier 2018. L'expérience montre qu'il permet de ne pas engorger les listes d'attente des CMP et CMPP, permettant la résolution des troubles réactionnels ou une réorientation vers les secteurs sociaux ou éducatifs.

PERSPECTIVES

Fort de cette expérience, le Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PPEA) de l'EPSM a été soutenu par l'ARS dans le cadre du Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM) pour étendre l'accueil sans rendez-vous pour les familles et professionnels à l'ensemble du territoire de santé. Ce soutien va permettre de renforcer l'effectif des psychologues pour des prises en charge de courte durée.

Cependant, il ne paraît pas réaliste de mettre en place des modalités d'accueil sans rendez-vous dans tous les CMP (9 dans le PPEA et 3 au CHAB), au vu des tensions en ressources humaines : la pédopsychiatrie de secteur ne peut s'organiser en service d'urgence.

Une option, plus réaliste, est d'étendre l'ASR en priorité à Lisieux puis Falaise et Vire :

- à Lisieux, l'ACSEA, dans le cadre de la MDA, a obtenu un financement pour l'ASR des plus de 12 ans. Concernant les 0-12 ans, l'ASR devra être organisé par le PPEA en lien avec le CMPP et le CAMSP qui souhaitent se positionner également. Un COPIL a été mis en place à cet effet, avec coordination moins de 12 ans et plus de 12 ans. Un lieu a été identifié : le Centre de santé Paul Dubois pour une ouverture fin 2021.
- à Falaise, un ASR au sein du CMPEA pour les 3-16 ans est à l'étude, reposant sur l'équipe. Les liens avec le CAMSP (< 3 ans) sont déjà formalisés pour les relais.
- à Vire, les liens du PPEA avec la MDA ont permis de créer un poste de psychologue partagé entre le CMPEA et la permanence hebdomadaire pour les plus de 12 ans de l'ACSEA. Ceci permet un relai rapide vers des soins, si nécessaire. Concernant les moins de 12 ans, il semble que le PPEA associant en guichet unique d'entrée CAMSP, CMPP et CMPEA permette un bon

repérage, avec des liens étroits avec les partenaires et qu'un ASR ne soit pas forcément pertinent.

POINTS D'ATTENTION

Il conviendra ce faisant de mieux définir les attendus d'un ASR. S'il répond à un enjeu de premier accueil, il ne pourra guère améliorer les délais pour une première consultation. Toutefois, le pôle reconnaît l'intérêt de filtrage pour l'orientation des ASR : à titre d'exemple, à la MDA, sur 1200 personnes vues en ASR, 700 seulement sont finalement orientées vers des soins.

| | |
|--------|---|
| Action | Évaluer la pertinence et les modalités d'organisation d'un accueil sans rendez-vous pour les familles et les professionnels à Lisieux et à Falaise dans le cadre du CTSM. Ouverture effective début 2022. Prévoir le bilan à 1 an de fonctionnement pour ces 2 localités. |
|--------|---|

OBJECTIF OPERATIONNEL 6.2.

RENFORCER L'OFFRE DE SOINS POUR ADOLESCENTS

ETAT DES LIEUX

La Maison des Adolescents (MDA), portée par l'association PASSADO, soutenu par l'EPSM et l'ACSEA est un dispositif départemental a pour mission d'être « un espace d'accueil pour les adolescents leur permettant d'accéder à une prise en charge médico-psychologique et somatique mais aussi juridique, éducative et sociale. Elle est installée au centre de Caen dans des locaux mis à disposition par la Ville de Caen. A côté de cette partie socle, l'EPSM a installé dans les mêmes locaux un CMP et un hôpital de jour. Parallèlement est associé à cet ensemble une unité à caractère expérimental, l'hébergement thérapeutique installé à CAIRON et qui est porté par l'ACSEA avec le soutien de professionnels de l'EPSM. Récemment dans le cadre du contrat territorial de santé mentale, Passado a vu ses moyens renforcés avec l'attribution de ressources pour la création d'une équipe mobile éducative et l'EPSM a bénéficié d'un soutien de l'ARS pour installer un CATTP au côté de ses autres dispositifs.

Après une clarification récente conduite par les directions de l'EPSM et de l'ACSEA, l'articulation entre ces dispositifs ne pose aucun problème. Le pilotage de l'association est assuré par un cadre détaché de l'ACSEA en lien avec un coordonnateur médical, qui est membre du pôle enfant et adolescent de l'EPSM. L'association est sous le contrôle d'un conseil d'administration dans lequel siègent des représentants de l'ACSEA et de l'EPSM. Parallèlement les deux structures porteuses gèrent leurs propres dispositifs de manière tout aussi articulée.

Au-delà de la qualité des prises en charge qui sont pleinement reconnues par les différents financeurs, pour l'EPSM l'activité du CMP et de l'hôpital de jour est satisfaisant en termes de volume. Les données sont depuis peu bien saisies dans le DPI puis transmises à l'ATIH dans le cadre du RIM-P. Le CMP a une file active de près de 900 jeunes chaque année avec des activités importantes en termes d'entretien, de démarche et réunions de groupe. L'hôpital de jour a une file active de 30 patients, ce qui est en deçà des besoins. Il fonctionne déjà sur des modalités d'accueil séquentiel (deux demi-journées par semaine), se rapprochant d'une activité CATTP. Le CATTP commence à être déployé. Les deux dispositifs partageant un même espace (l'extension se fait sans nouveaux locaux), des glissements sont attendus.

PERSPECTIVES

L'activité de l'ensemble constitué de la MDA socle et des unités de l'EPSM est satisfaisante. Toutefois, il semble nécessaire de mettre en place à partir du CATTP une équipe mobile sanitaire, avec pour débiter un ETP. Un travail conjoint sera envisagé entre les équipes mobiles sanitaire et médico-sociale. Dans ce cadre, le CATTP aura à la fois une fonction d'accroche, en travaillant le lien avec les jeunes hospitalisés pour les amener vers les soins en hôpital de jour, et une fonction d'accueil des jeunes isolés à leur domicile, repérés par l'équipe mobile médico-sociale qui proposera des visites à domicile, à la demande des parents et des professionnels.

L'enjeu pour l'équipe de l'EPSM intervenant à la MDA sera donc de :

- Étoffer l'équipe mobile sanitaire d'intervention et travailler le lien avec l'unité mobile médico-sociale pour mettre en place une co-évaluation ;
- **Permettre l'intervention de cette équipe mobile sanitaire auprès des mineurs hospitalisés en psychiatrie adulte à l'EPSM avec un local in situ alloué**
- Structurer la graduation des soins entre le CATTP et l'hôpital de jour
- À moyen terme, obtenir des locaux pour le CATTP, d'autant que la MDA a récemment externalisé son accueil auprès des mineurs hospitalisés au sein de ses propres locaux, ce qui complexifie déjà l'organisation de son fonctionnement.

| | |
|--------|--|
| Action | Mettre en place le CATTP adolescents au sein de la MDA, dans le cadre du Contrat Territorial de Santé Mentale, et une équipe mobile d'accès aux soins associée |
|--------|--|

OBJECTIF OPERATIONNEL 6.3.

VALORISER L'ACTIVITE DE LIAISON EN PEDIATRIE

ETAT DES LIEUX

À Caen, l'activité de pédopsychiatrie de liaison en pédiatrie est assurée par l'équipe du CHU.

Au sein des services de pédiatrie des Centre hospitaliers de Lisieux et de Falaise, une activité de liaison est assurée par les professionnels du PPEA. Faute de capacités suffisantes en hospitalisation pédopsychiatrique dans le département, ces services d'hospitalisation sont largement occupés par des enfants et surtout des adolescents relevant de la pédopsychiatrie. Comme déjà évoqué lors d'une réunion avec l'ARS concernant les hospitalisations de pédopsychiatrie, l'accompagnement de la pédiatrie est primordial et joue un véritable rôle d'alternative à l'hospitalisation en pédopsychiatrie. A titre d'exemple, au CH de Falaise, le nombre de patients hospitalisés pris en charge in situ par l'équipe de liaison du CMPEA a presque été multiplié par deux en 2021 / 2020 avec 51 patients (âge moyen de 14 ans, 70% de filles, 50% sans suivi antérieur, 15% relevant de la DEF). Il en va de même au CH de Lisieux qui ne bénéficie que peu de la présence d'interne, alors que la ville qui est très éloignée des lieux d'hospitalisation en pédopsychiatrie.

L'absence de codification correcte de ces actes, à Falaise comme à Lisieux, n'a pas permis leur prise en compte correcte.

PERSPECTIVES

L'activité de la pédopsychiatrie de liaison de l'EPSM est exponentielle, avec des moyens pris sur les CMPEA, et s'est accentuée dans le contexte de crise sanitaire. Les internes peuvent constituer un renfort, qui se heurte à la baisse attendue de postes d'internes dans le département. Il apparaît donc

primordial de renforcer les effectifs de la pédopsychiatrie de liaison à Falaise et à Lisieux, a minima par un temps d’IDE dédié et fléché sur chaque service.

Par ailleurs, la coordination est à travailler concernant les enfants et adolescents suivis à Vire, qui sont hospitalisés en pédiatrie au Centre hospitalier de Flers, avec lequel le PPEA n’a pas de liens effectifs, la pédopsychiatrie de liaison y étant assurée par le CPO d’Alençon.

| | |
|--------|---|
| Action | Renforcer les effectifs de la pédopsychiatrie de liaison au sein des services de pédiatrie de Falaise et à Lisieux, et renforcer les liens avec la pédiatrie du Centre hospitalier de Flers pour les adolescents pris en charge par le PPEAF de Vire. |
|--------|---|

OBJECTIF OPERATIONNEL 6.4

STRUCTURER L’OFFRE TERRITORIALE POUR LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE (TCA)

ETAT DES LIEUX

Les troubles du comportement alimentaires (TCA) sont historiquement pris en charge sur le territoire par la pédiatrie, avec des prises en charge associées dans le service universitaire de pédopsychiatrie et à la MDA sanitaire. Aujourd’hui, à la consultation de la MDA du PPEA, les TCA représentent 7% de la file active, soit 30 patients en 2020. La MDA propose, outre le suivi psychothérapeutique individuel, des prises en charges familiales systémiques ou des groupes de parents voire si nécessaire l’hébergement thérapeutique ou l’hôpital de jour.

Il est noté cependant un manque de lisibilité des différentes offres de soins pour le public et les partenaires. Sur quels critères et pour quels besoins un médecin traitant va davantage adresser à la MDA, à la pédopsychiatrie du CHU ou à la pédiatrie du CHU ?

La MDA a longtemps animé un réseau TCA qui a été relancé et transféré depuis peu à la pédiatrie du CHU avec la participation de professionnels de la pédopsychiatrie du CHU et de la MDA.

PERSPECTIVES

Le PPEA est favorable à la demande du CHU de mieux formaliser cette filière de soins spécifiques.

La MDA dispose depuis sa création d’un temps de pédiatre, avec un investissement ancien sur les TCA, mais sans lien formalisé avec le service universitaire de pédopsychiatrie. Le recrutement récent d’un jeune pédiatre (0,2 ETP) doit permettre de relancer une dynamique. L’enjeu est de donner une cohérence à l’offre, dont la diversité est par ailleurs riche, et de définir des niveaux d’intervention. Cet axe n’a pas été inscrit dans le PMP du GHT, mais repose sur des initiatives personnelles et dépend du pilotage par le CHU. La relance du réseau TCA pourra être un levier important. L’EPSM devra préparer l’intégration de ses actions à ce réseau, dont il sera nécessaire de déterminer des moyens, notamment de coordination, pour aller plus loin.

| | |
|--------|---|
| Action | Mieux formaliser la filière de soins spécifiques pour les TCA sur le territoire, en favorisant les liens de la MDA avec les services universitaires de pédopsychiatrie et de pédiatrie du CHU dans le cadre du réseau dédié. |
|--------|---|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 6.5.

FLUIDIFIER LES PARCOURS LORS DU PASSAGE A L'AGE ADULTE

ETAT DES LIEUX

Initialement prévus jusqu'à 16 ans, la plupart des CMPEA du PPEA de l'EPSM suivent en pratique les jeunes jusqu'à leurs 18 ans. La file active de la MDA comprend 61% de jeunes de 15 à 18 ans, et 3% de jeunes de plus 19 ans.

Les difficultés de coordination entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie générale se situent surtout sur les différences d'approche clinique. La pédopsychiatrie est plus axée santé mentale, alors que la psychiatrie générale se recentre vers les troubles psychiatriques plus aigus, ce qui complexifie les adresses. Aussi le relais se fait plus facilement vers le libéral, les BAPU, certains CMPP ou le secteur médico-social. Notons qu'une psychologue de la MDA partage son temps avec le SUMPS, facilitant les liens.

Il demeure une réelle difficulté d'accès aux soins pour les 18-25 ans en santé mentale. L'équipe PEP du CHU répondra très partiellement à ce public car elle ne couvrira pas tous les profils.

Un certain nombre de mineurs sont hospitalisés en psychiatrie générale, notamment à l'EPSM, faute de place dans l'unique service pour adolescents du département (UCHA du CHU, à vocation régionale). Une activité de liaison pédopsychiatrique au sein des unités d'hospitalisation adultes avait été mise en place en 2004, mais elle était peu sollicitée du fait de DMS très courtes. Elle a été réduite à l'accueil au sein de la MDA14 de certains mineurs hospitalisés au long cours.

PERSPECTIVES

Les pratiques de mise en lien entre les unités d'hospitalisation de psychiatrie générale et les services ambulatoires adolescents, notamment la MDA, doivent être explorées. Un groupe de travail a été récemment mis en place au sein de l'EPSM sur ce sujet, afin d'identifier des leviers pour mieux répondre aux exigences de la nouvelle certification HAS. Ce groupe de travail pourrait être une base pour un travail plus large, à poursuivre à l'échelle territoriale.

L'équipe mobile sanitaire, si validée, pourrait se mobiliser en faveur des mineurs hospitalisés à l'EPSM. Un petit local dédié d'accueil sur le site de l'EPSM pour les mineurs hospitalisés faciliterait en pratique ce travail.

| | |
|--------|--|
| Action | Renforcer la coordination entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie générale pour les 16-25 ans ; Favoriser la constitution de l'équipe mobile sanitaire de la MDA et son intervention sur le site de l'EPSM. |
|--------|--|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 6.6.

PROPOSER UNE OFFRE AMBULATOIRE PLUS REACTIVE ET PLUS ADAPTEE

ETAT DES LIEUX

Les hôpitaux de jour et en CATTP du Pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent sont généralistes, mais accueillent un nombre important d'enfants présentant des TSA et des TND, aucun dispositif n'existant pour ce public. Les enfants pris en charge sont très déficitaires avec comportements problème, parfois avec des pathologies organiques associées. Une part importante cumule une double vulnérabilité car ce sont souvent des enfants présentant un handicap qui de surcroît sont placés en dehors du domicile parental. **Une fois admis en hôpital de jour et malgré la stabilisation des comportements problèmes ou des désorganisations anxieuses, le délai d'orientation vers un IME est très long, entravant la possibilité de nouveaux accueils vers ce mode de soins intensif.** Le recours au Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées pour un accompagnement à domicile dans l'attente d'une réponse dans un établissement adapté est encore peu sollicité par les équipes du PPEA car un tuilage bien organisé avec une institution comme un IME apparaissant plus porteur dans ces situations que des prestations externalisées d'attente. Il convient aussi de souligner que ces tensions dans l'accueil des enfants est particulièrement difficile pour le territoire Lisieux Pays d'Auge puisque le nombre limité de 5 places d'hôpital de jour n'est pas congruent à la population.

D'autre part, pour la prise en charge des enfants présentant des TND, un partenariat avec la Plateforme de coordination et d'orientation du département est engagé depuis peu. Un lien direct est prévu avec un médecin de chaque CMPEA, afin d'anticiper (sans priorisation / liste d'attente) l'inscription dans un parcours de soins au sein du PPEA, qu'il soit en ambulatoire – associant plusieurs modalités de soins hebdomadaires, individuelles et/ou groupales – ou plus intensif sous la forme d'un accueil en hôpital de jour.

Une surreprésentation récente des enfants atteints de TSA au sein des familles migrantes est notée, plus spécifique au sein de l'agglomération caennaise où sont concentrés les lieux d'accueil et d'hébergement. Les conséquences sont importantes : d'une part la situation instable de ces familles complexifie les projets de soins et d'autre part l'arrivée de ces enfants vient alourdir la problématique capacitaire.

Des difficultés d'équipement immobilier sont pointées au sein des hôpitaux de jour :

- Dans l'agglomération caennaise, les locaux de l'accueil de jour et de la maison de jour sont des maisons des années 1970, l'une en location et l'autre dont l'EPSM est propriétaire. Si elles correspondent à une mouvance de la psychiatrie « hors les murs », intégrée au sein de la ville, elles présentent des désavantages considérables : bâtiments très bruyants, à étages, espaces extérieurs en pente et ne permettent pas de proposer un espace adapté à l'accueil des familles.
- À Lisieux, l'hôpital de jour, dont l'EPSM est propriétaire, est une grande maison bien située sur un grand terrain avec dépendances. Le CATTP en revanche est excentré dans une maison de lotissement inappropriée et au coût locatif conséquent.

L'embolisation des hôpitaux de jour ne permet pas une rapidité de réponse aux familles ce qui a poussé les équipes à réfléchir à une proposition de soins plus réactive et plus graduée. Le manque de CATTP sur tous les territoires ne permet pas de proposer des accueils à temps partiel, et conduit à devoir « bricoler » des solutions par une intervention renforcée à partir du CMP.

Un besoin de mieux coordonner l'offre CATTP et HDJ est noté, pour pouvoir faire des propositions de soins adaptées aux besoins de chacun, notamment aux enfants présentant des TSA.

Par ailleurs, le manque de reconnaissance de l'activité de la pédopsychiatrie pour les TSA, plus fléchés vers le secteur médico-social, conduit à un déficit en formation et d'outillage spécifique important au sein des équipes.

PERSPECTIVES

Un projet alternatif, reposant sur des systèmes modulaires, avec des activités différenciées a été imaginé par le PPEA depuis 2018, et répond à plusieurs objectifs :

- Proposer des modalités de soins glissantes de soin intensif et semi intensif, avec un HDJ articulé à un CATTP-TSA sur un site unique ;
- Mutualiser les compétences des équipes aujourd’hui trop cloisonnées ;
- Ancrer le soin dans la ville, en proposant comme aujourd’hui des liens avec ses équipements culturels et de loisirs.

Ce projet implique un changement de locaux. Il pourrait s’intégrer au sein du site principal de l’EPSM, ce qui permettrait de bénéficier des structures internes à l’EPSM. D’autres pistes sont à envisager du côté d’anciennes écoles fermées. En tous les cas, le PPEA attend qu’une perspective soit intégrée au plus vite dans les projets immobiliers, à ce jour centrés sur la rénovation des unités d’hospitalisation adulte.

| | |
|--------|---|
| Action | Réorganiser l’offre en HDJ et CATTP en proposant des modalités de soins graduées et glissantes, et améliorer l’accueil des enfants présentant des TSA |
|--------|---|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 6.7.

STRUCTURER L’OFFRE TRANSCULTURALITE ET PSYCHO TRAUMATISMES

a) Transculturalité

ETAT DES LIEUX

Depuis 2012, à l’initiative du PPEA, la question de l’aspect transculturel des soins en psychiatrie se pense à l’EPSM de Caen par une formation annuelle de sensibilisation in situ envers l’ensemble des soignants de l’établissement.

Face aux besoins croissants de soins psychiques au sein de la population migrante et une surreprésentation des enfants de migrants dans la file active du CMP de Caen, une démarche de formation au DU « Psychiatrie et Compétences Transculturelles » a été faite, désormais acquis par 4 professionnels de ce CMP. Le lien est permanent avec les équipes parisiennes de référence (Hôpital d’Avicenne, consultations trauma et MNA de Bobigny et de la Maison de Solenn) et les autres consultations de l’Ouest.

Ainsi, depuis 2016, un dispositif régional spécifique de consultations transculturelles (2ème intention) pour les familles est en place au sein du pôle de pédopsychiatrie. Depuis fin 2019, elle s’est ouverte à une population particulièrement nombreuse et vulnérable sur le territoire : les Mineurs Non Accompagnés (MNA), avec plusieurs rencontres des partenaires impliqués. Compte tenu des demandes de différents services hospitaliers du territoire, elle répond aussi aux adultes.

Basée au CMP de Caen, cette consultation d’envergure hémirégionale se déploie à moyens constants. Aussi, afin de valoriser et renforcer cette activité, un projet de Plate-forme Ressource et Expertise Normandie Occidentale a été déposé par l’EPSM dans le cadre de l’appel à projet national MNPEA 2020, mais n’a pas été retenu. Ce projet a toutefois été intégré au Contrat Territorial de Santé Mentale.

Un dispositif de formation des acteurs du territoire s’est organisé, débutée par la tenue d’un colloque en 2019 puis la mise en place de séminaires annuels de formation au sein de l’EPSM depuis 2020. Ils réunissent à chaque séance plus de 150 personnes avec pour 2022 la même fréquentation (mixte présentiel et distanciel) d’acteurs de différents champs professionnels de la région Normandie.

Le versant « Ressource et Expertise » pour les professionnels, très attendu, reste à formaliser : Une expertise transculturelle pour évaluation et orientation, un accompagnement des professionnels, des interventions selon les besoins dans les structures hospitalières et extrahospitalières. Cet aspect de médiation transculturelle est déjà sollicité au sein de différents services hospitaliers et médico-sociaux. Un nouvel axe déployé se tourne vers la périnatalité avec rencontre avec le COS-MPS de la maternité du CHU de Caen.

La consultation est également un lieu de stage identifié par les professionnels de la région souhaitant se former. Ainsi, un dispositif à partir des professionnels formés devrait voir le jour dans la Manche.

PERSPECTIVES

L'ambition du projet est de faire reconnaître ce dispositif comme centre de ressource et d'expertise régional, alors même que le dispositif est déjà identifié comme tel en grande partie sur le territoire et nationalement avec la mise en place de nombreux partenariats, séminaires et colloques. Les difficultés actuelles tiennent au fait que cette consultation fonctionne sur du bénévolat (praticiens retraités, personnes extérieures, supervision par un centre référent) et la mise à disposition de psychologues qualifiés des secteurs, au détriment d'une intervention sur les dispositifs classiques.

Aussi, les enjeux principaux à ce jour concernent la mise en place de moyens dédiés, afin de ne pas affecter le fonctionnement des structures de secteur et de stabiliser la consultation, au-delà des moyens fluctuants de bénévolat.

| | |
|--------|---|
| Action | Poursuivre le déploiement et la stabilisation du dispositif de consultations transculturelles et sa reconnaissance comme centre ressource hémi-régional |
|--------|---|

b) Psycho traumatismes

ETAT DES LIEUX

La consultation transculturelle ne répond pas aux besoins de prise en charge spécifique pour les psycho traumatismes. Les problématiques ne sont pas symétriques mais peuvent être liées, des repérages de besoins de prise en charge de psycho traumatismes, que ce soit chez les enfants ou les parents, sont ainsi fréquents via la consultation transculturelle. Il est donc nécessaire d'organiser l'orientation de ces personnes vers des ressources complémentaires en prise en charge des psycho traumatismes :

- Le PPEA a créé des liens avec le Centre Ressource en Psycho traumatismes pour la Normandie (CRPN), implanté depuis 2021 au sein du service de psychiatrie adulte du CHU. D'une part, par la présentation de la consultation transculturelle avec son repérage de psycho traumatismes et d'autre part par le partage de temps d'un praticien hospitalier du PPEA avec le CRPN.
- Le PPEA a des liens avec la CUMP de l'EPSM.
- Concernant le traumatisme lié à des violences sexuelles, le PPEA est en lien avec le CRVS vers lequel les secrétariats adressent d'emblée, en parallèle de leur demande de soins, les familles demandeuses d'éclairage concernant les démarches à suivre à la suite des révélations.

PERSPECTIVES

La création du CRPN, avec une référence pour les mineurs, va poser la question de la formalisation d'un réseau en pédopsychiatrie pour repérer, développer et consolider les ressources sur le territoire.

La prise en charge du psycho traumatisme en pédopsychiatrie nécessite une approche spécialisée, différente de celle des adultes (troubles liés à la naissance, à l'attachement, traumatismes complexes...).

D'ores et déjà, le PPEA a entrepris de recenser les outils et ressources à sa disposition (EMDR, TCC, hypnose) parmi ses praticiens et psychologues. Un groupe de travail les réunissant s'est déjà tenu

La modalité de déploiement la plus appropriée est encore en discussion et devra être précisée : consultation spécialisée ou offre disséminée sur les territoires ? Si un dispositif transversal, avec des référents en lien étroit avec le CHU, serait plus équitable, le PPEA sera attentif à ce que ce déploiement ne se fasse au détriment des structures de secteur.

Il conviendra d'organiser les relais pour les prises en charge des parents, que la pédopsychiatrie ne peut prendre en charge, vers l'offre existante au CHU.

| | |
|--------|--|
| Action | Travailler en lien avec les acteurs du territoire, la CUMP, le CRVS et le centre ressources en psycho traumatismes régional du CHU (CRPN), à la formalisation d'un réseau psycho traumatismes en pédopsychiatrie pour repérer, développer et consolider les ressources sur le territoire |
|--------|--|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 6.8. AMELIORER LA COORDINATION AVEC L'ASE

ETAT DES LIEUX

De façon connue sur l'ensemble du territoire national, les enfants pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) connaissent une surreprésentation de troubles psychiques. L'accès aux soins leur est complexe dans un contexte où les structures de l'ASE disposent de peu de ressources médicales. Pour exemple : 21% de la file active du CMP de la maison des adolescent (MDA) relève de l'ASE.

Face à ces besoins, depuis 4 ans, le PPEA a cherché à renforcer le soutien psychiatrique aux professionnels de l'ASE, en organisant une « cellule enfants placés » au sein de l'agglomération caennaise. Cette cellule a créé un lien de travail privilégié avec 3 foyers d'accueil d'urgence de la MDEF 0-12 ans (Pouponnière, La Marelle, Les Dauphins). Un médecin référent et une IDE sont mobilisés pour répondre aux demandes de soins rapportées par les psychologues de l'ASE. Cette cellule facilite les échanges, et permet de désengorger les listes d'attente en proposant une réponse rapide, mais surtout en fournissant un appui, une expertise, des conseils pour aider l'ASE à mieux utiliser ses propres moyens et ressources en amont, plutôt que d'attendre un suivi en CMPEA souvent trop tardif. Cette cellule permet de tisser d'autres liens que ceux d'une réponse par la consultation en urgence « classique ».

Cependant, ces moyens fléchés attribués en redéployant des moyens du CMP enfants de Caen et sur la base d'une politique volontariste répondant à un intérêt d'un praticien pour le sujet, ils sont très limités. Peu de communication a été faite sur cette cellule, qui fonctionne essentiellement via des liens informels.

PERSPECTIVES

Aujourd'hui, un projet de renforcement du lien entre la pédopsychiatrie et les structures de la protection de l'enfance est en cours de discussion à l'échelle du département par la Direction Enfance Famille du Conseil départemental, l'ARS, les trois responsables de la pédopsychiatrie du Calvados (EPSM, Centre hospitalier de Bayeux et CHU) et un CMPP caennais (ACSEA).

Le Centre hospitalier de Bayeux, tout particulièrement confronté à cette problématique du fait de l'engorgement de ses lits d'hospitalisation par des enfants de l'ASE sans solution d'aval, est pressenti comme porteur du projet. Initialement, le CHAB avait proposé la mise en place d'une équipe mobile sur son secteur d'intervention, mais l'envergure départementale du projet attendu par l'ARS remet en cause cette solution, une équipe mobile basée à Bayeux pouvant difficilement se rendre dans tout le département sans déperdition de temps et de moyens. Parallèlement, la MDEF semble vouloir proposer séparément un poste de pédopsychiatre. Une contractualisation pourrait être pensée.

L'enjeu pour l'EPSM est donc de renforcer les moyens spontanément octroyés pour ce public au sein du pôle, en insérant la réponse apportée dans l'organisation départementale en cours de discussion, qui dépend essentiellement du pilotage par le CHAB.

| | |
|--------|---|
| Action | Renforcer la « cellule enfants placés » du PPEA, en lien avec l'organisation départementale en cours d'élaboration avec le Centre hospitalier de Bayeux |
|--------|---|

OBJECTIF OPERATIONNEL 6.9.

AMELIORER LA COORDINATION AVEC LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

ETAT DES LIEUX

La plupart des ITEP et IME du territoire ne sont pas pourvus en personnel médical, souvent le temps médical alloué a été transformé en temps de psychologue, dont le travail est le plus souvent institutionnel. Les SESSAD en sont diversement pourvus. Aucun des praticiens du PPEA n'exercent de vacations dans le secteur médico-social dans le cadre de leurs missions d'intérêt général, faute de temps, et par priorité donnée au maintien d'un délai raisonnable d'accès à une première consultation médicale au sein des CMPEA.

Or, certains enfants nécessitent des soins pédopsychiatriques après leur admission en ESMS, soit pour des prescriptions médicamenteuses, soit pour établir un certificat médical ou enfin revoir le projet. Par ailleurs, beaucoup de situations stabilisées souffrent d'une recrudescence des troubles à l'adolescence, la MDA recevant ainsi beaucoup d'adolescents d'ITEP. Notons également une proportion importante d'enfants relevant de la protection de l'enfance au sein de ces établissements.

Les enfants des établissements médico-sociaux sont ainsi reçus au sein des CMPEA, avec une durée conséquente de la consultation afin d'échanger avec l'équipe éducative.

A Vire, les pédopsychiatres du CMPEA sont ainsi sollicités pour 2 IME, 2 ITEP et 4 SESSAD, y compris hors département (IME/ SESSAD de Vire ; IME St Rémy ; SESSAD de Thury ; IME/SESSAD de Flers ; IME/SESSAD de Mortain). Il en est de même pour les CMPEA de Falaise et de Lisieux.

PERSPECTIVES

Une convention a été établie entre le PPEA et l'IME de Lisieux afin de formaliser un travail partenarial en amont de l'adressage en IME par l'hôpital de jour avec l'engagement d'une poursuite des soins, si nécessaire, en aval de l'admission. Cette convention facilite la période d'adressage en IME qui, sinon, est souvent retardée par crainte des établissements de la gravité des troubles associés. Dans le cadre de cette convention, l'EPSM fournit un petit temps médical de supervision pour les équipes de l'IME, mais l'IME n'a pas souhaité céder ses 10% restants de temps médical au PPEA.

Le SESSAD et l'IME de Pont L'Évêque (territoire excentré et également fort démuné) souhaitent se rapprocher du PPEA pour une convention similaire.

Cependant, dans ces 2 cas de figure, l'investissement en temps médical engagé supposerait, pour une pérennité, que ces établissements cèdent leur temps médical non pourvu au PPEA, afin qu'il soit intégré dans ses effectifs. Il conviendra d'explorer les modalités envisageables pour ce faire.

| | |
|--------|---|
| Action | Organiser, en lien avec les tutelles et les organismes gestionnaires, une réflexion départementale sur la possibilité pour les ESMS de céder leur temps médical non pourvu au PPEA, dans le cadre de conventions organisant un accès au soin pour leurs usagers en contrepartie |
|--------|---|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 6.10.

AMELIORER LA COORDINATION AVEC L'ÉDUCATION NATIONALE

ETAT DES LIEUX

La MDA, dans le cadre de ses missions, propose des formations destinées aux professionnels de l'Éducation nationale, et un enseignant est intégré au dispositif. Les structures du secteur enfants travaillent au renforcement de leur lien avec les établissements scolaires dans le cadre de leurs suivis. Ce travail est d'autant plus important qu'est constatée une nette augmentation des retraits scolaires anxieux chez les adolescents depuis la Covid.

Dans le cadre du suivi individuel des enfants, les structures de secteur travaillent de façon ancienne avec les établissements scolaires (participation active aux équipes éducatives et aux ESS).

Le PPEA et le CHAB travaillent conjointement à un rapprochement institutionnel avec l'Éducation nationale, mais la démarche a été retardée par la crise sanitaire. Le PEA souhaite en parallèle avoir une démarche plus pragmatique pour travailler le lien avec le milieu scolaire.

PERSPECTIVES

Le PPEA souhaite travailler à la mise à disposition d'enseignants détachés au sein des services de secteurs, en particulier pour les enfants des hôpitaux de jour et CATTP pour lesquels le temps de scolarisation accepté est souvent très réduit compte tenu de la mise à mal de l'école. Ce lien humain entre la pédopsychiatrie et l'Éducation Nationale permettrait de mieux travailler la pédagogie adaptée pour les enfants suivis ou ceux qui mettent à mal l'institution scolaire. Il est constaté une très nette augmentation de saisine MDPH depuis 10 ans pour aide humaine dès la maternelle dans le cadre de troubles attentionnels ou troubles des conduites.

| | |
|--------|--|
| Action | Travailler à la mise à disposition d'un enseignant spécialisé au sein des hôpitaux de jour du PPEA |
|--------|--|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 6.11.

AMELIORER LA COORDINATION AVEC LES URGENCES DE PEDIATRIE DU CHU

ETAT DES LIEUX

Les urgences pédopsychiatriques sont assurées dans le département par les urgences de pédiatrie du CHU de Caen. La permanence des soins au sein de ces urgences pédiatriques est assurée par une astreinte des praticiens du service universitaire de pédopsychiatrie. La transversalité de la mission de trois praticiens entre le CHU et l'EPSM, qui y participent, concourt à faciliter les liens et les parcours.

Des consultations post-urgence au sein du service de pédopsychiatrie du CHU permettent de faire le lien avec le lieu de soin si un suivi est déjà en cours, ou permettent de soutenir le jeune dans l'attente d'une consultation vers un lieu de soins de proximité.

PERSPECTIVES

L'intégration à l'astreinte pédopsychiatrique aux urgences pédiatriques des praticiens de la MDA a été soulevée, car elle permettrait de renforcer les liens et de mieux coordonner les parcours des adolescents en grande difficulté. Son extension dans un second temps à l'ensemble des praticiens du PPEA a été évoquée, permettant une meilleure connaissance des acteurs locaux (pédiatrie/ pédopsychiatrie)

Cependant, la mise en œuvre de cette proposition dépend en partie de l'engagement des institutions à ne pas demander à ces praticiens d'être sur trois lignes de permanence obligatoire (interne à l'EPSM, urgences générales et urgences pédiatriques du CHU), ce qui nuirait considérablement à l'attractivité de la MDA. La question d'une ligne distincte de permanence pédopsychiatrie versus psychiatrie adulte a été interrogée, tenant compte de la distinction croissante de leur formation.

| | |
|--------|--|
| Action | Poursuivre la réflexion sur l'intégration à l'astreinte aux urgences pédiatriques du CHU des praticiens de la MDA, afin de renforcer les liens et de mieux coordonner les parcours des adolescents en grande difficulté |
|--------|--|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 6.12.

RENFORCER LES LIENS AVEC LES SOINS PRIMAIRES

ETAT DES LIEUX

L'offre en pédiatres libéraux est concentrée sur l'agglomération caennaise. Les médecins généralistes doivent être soutenus dans leur montée en compétences sur le repérage des troubles psychiques chez l'enfant, qui s'avère plus complexe que chez l'adulte, mais aussi sur le suivi somatique des enfants pris en charge en pédopsychiatrie. Le développement d'un axe « santé de l'enfant » au sein des CPTS est ainsi préconisé, en intégrant la PMI et la santé scolaire.

Il n'existe pas aujourd'hui à proprement parler de dispositifs de coordination (consultations avancées, dispositifs de soins partagés) avec les professionnels du soin primaire. Cependant, à Lisieux, l'accueil sans rendez-vous (ASR) associant le CMPEA de l'EPSM, le CMPP et l'ACSEA, a pu obtenir un son bureau au sein du Centre de santé municipal ouvert en 2021. Un temps de coordination effective avec les médecins généralistes y exerçant est à l'étude.

Pour les moins de 6 ans, les liens avec les médecins de PMI, mais surtout avec les puéricultrices, sont anciens. Leur adressage via le dépistage des troubles à la maternelle fait l'objet d'une attention particulière. L'annuaire actualisé des CMPEA du PPEA avec les coordonnées des différents praticiens leur est régulièrement adressé. Pour les plus âgés, les liens avec les médecins de l'Education Nationale ne se font que pour des situations déjà problématiques ou pour la constitution d'un dossier MDPH.

Les CPTS seront bientôt un levier pour travailler ces liens. Le PPEA pourra envisager de flécher un temps de cadre ou d'IPA sur cette mission.

PERSPECTIVES

La coordination est plus facile avec les structures d'exercice collectif qu'avec des médecins isolés. Ainsi, des initiatives récentes sont notées concernant la coordination de la pédopsychiatrie avec les professionnels du soin primaire :

à Lisieux, le travail de lien pour la mise en place d'un accueil sans rendez-vous a permis de l'installer au sein du Centre de santé municipal ouvert en 2021, où exercent désormais 5 médecins généralistes. Une assistante de service social du CCAS y intervient également. Démarrage en novembre 2021.

à Falaise, un projet avait été évoqué à l'occasion du déménagement du CMPEA, mais il s'est heurté à la difficulté d'intégrer la totalité des locaux du CMPEA au sein du site prévu du PSLA.

à Dives-sur-Mer, la pédopsychiatrie participe à la réflexion de la psychiatrie adulte concernant un projet de rapprochement avec le PSLA.

| | |
|--------|--|
| Action | Flécher un temps de cadre ou d'IPA pour développer les relations avec les PSLA et demain avec les CPTS. |
|--------|--|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 6.13.

DEVELOPPER UNE ACTIVITE DE PSY-PERINATALITE A PARTIR DES CMPEA

ETAT DES LIEUX

L'unité de périnatalité du service universitaire de pédopsychiatrie développe depuis de nombreuses années des soins ambulatoires de périnatalité de la grossesse aux 3 ans de l'enfant (consultations et soins à domicile) ainsi que l'activité de liaison au sein de la maternité du CHU de Caen. Cette unité est reconnue également quant à sa référence, notamment pour la formation spécifique au bénéfice des internes, l'enseignement aux écoles et sa participation au Réseau Périnatal Normand.

Pour autant, cette seule unité caennaise ne saurait répondre aux besoins des territoires éloignés en matière de périnatalité. A Lisieux, un temps d'intervention de pédopsychiatre du CMPEA au sein de la maternité, en coordination avec la psychologue de la maternité et des sages-femmes, n'a pu se pérenniser au départ d'un praticien. A Falaise, les liens avec le CPP sont établis. A Vire, un CPP est connu. Pour autant, et malgré une formation adéquate et une volonté, les praticiens des CMPEA ne peuvent à ce jour s'engager vis-à-vis des partenaires pour développer une véritable pratique de soins de périnatalité, tenant compte de leurs listes d'attente pour les enfants en CMP.

PERSPECTIVES

Le service universitaire a déposé en 2021, dans le cadre de l'appel à projet périnatalité, un projet associant les 3 établissements du Calvados (CHU, EPSM, CHAB) afin de renforcer l'activité mobile de l'unité caennaise en lien avec 4 autres petites équipes mobiles du territoire, déployées à partir des CMPEA de Lisieux, Falaise, Vire et Bayeux. Ce projet n'a pas été retenu. Dans le cadre de ces appels à projet, le CH du Havre (Pr Apter) s'est vu reconnaître Centre de référence de périnatalité et une équipe mobile dans le département de La Manche a été retenu.

Retravailler avec le service universitaire (Pr Guérolé) et les praticiens du PPEA partageant cette activité pour un nouveau dépôt de dossier en 2022.

| | |
|--------|---|
| Action | Travailler à resoumettre le projet périnatalité en association avec le CHU et le CHAB. |
|--------|---|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 6.14.

AMELIORER LA QUALITE DES LOCAUX DES UNITES DE PEDOPSYCHIATRIE

ETAT DES LIEUX

Dans la mesure où la capacité d'investissement était relativement faible et que le nombre de lits d'hospitalisation à temps plein sur le site de la rue Saint Ouen installé dans des locaux non conforme au règlement de sécurité incendie, la pédopsychiatrie n'a fait l'objet d'aucun investissement immobilier depuis plusieurs décennies. Les seuls locaux satisfaisants sont aujourd'hui ceux du boulevard Du-nois installés dans des locaux neufs mais onéreux, ceux de la maison des adolescents et ceux loués auprès du CH de Vire pour l'accueil au sein du pôle enfant adolescent et famille de cette ville pour un CMP et un hôpital de jour.

PERSPECTIVES

Comme pour celles de psychiatrie générale, les activités extrahospitalières de l'EPSM doivent être largement modernisées. Cela concerne sur la périphérie du département principalement les implanta-tions à Falaise et à Lisieux. Sur l'agglomération caennaise, cela concerne l'hôpital de jour du chemin vert mais aussi l'accueil de jour de la rue de Trouville à Caen.

| | |
|--------|---|
| Action | Moderniser le parc immobilier de la pédopsychiatrie |
|--------|---|

OBJECTIF STRATEGIQUE 7 – CONSOLIDER LES DISPOSITIFS EN FAVEUR DES PERSONNES PLACEES SOUS MAIN DE JUSTICE.

L'EPSM intervient depuis 2002, via le SMPR au moyen d'une activité de consultation et d'hôpital de jour au sein de la maison d'arrêt et du centre pénitentiaire de Caen, spécialisé dans les peines pour infractions à caractère sexuel. Le SMPR a par ailleurs une mission de coordination régionale des soins en détention, avec des actions de formation, de régulation, de sensibilisation des équipes d'établissements pénitentiaires de la région.

L'administration pénitentiaire a engagé simultanément plusieurs opérations qui vont accroître le nombre de personnes placées sous main de justice. En premier lieu, le transfert de la maison d'arrêt sur la commune d'IFS qui interviendra en décembre 2022 va se traduire par une multiplication du nombre de places. Sa capacité d'accueil va être portée à 551 places. Parallèlement, la création d'une structure d'accompagnement vers la sortie sur le site de la Maladrerie à côté du Quartier de semi-liberté va donner lieu à 90 nouvelles places. Au total, l'augmentation de places pour personnes détenues sera de plus de 372 supplémentaires. A cette fin, l'administration pénitentiaire a prévu de recruter plus de 150 agents pour encadrer ses nouveaux dispositifs.

Cette augmentation va exiger un renforcement des effectifs des dispositifs de l'EPSM extra et intra hospitaliers pour répondre aux besoins de la population carcérale. En effet, des ressources humaines complémentaires seront nécessaires au SMPR pour faire face à une augmentation considérable de la file active. Mais aussi, un impact indirect est à prévoir sur la prise en charge des patients détenus à l'hôpital pour lesquels la seule solution actuellement est un placement en chambre d'isolement.

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 7.1.

MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES PERSONNES DETENUES EN MILIEU PENITENTIAIRE

Il apparait indispensable de renforcer l'effectif des professionnels intervenant auprès des personnes détenues dans la perspective d'une augmentation de 50% de la population pénitentiaire. Cette modalité doit se faire en priorité autour des organisations actuelles comme le SMPR. Il faudra aussi envisager la multiplication des sites d'intervention des équipes de l'EPSM puisque de 3 sites proches, les professionnels de la psychiatrie devront intervenir sur 4 sites éloignés géographiquement.

Par ailleurs, l'exercice en lien avec l'administration pénitentiaire, le service pénitentiaire d'insertion et de probation, le dispositif de soins somatiques dépendant du CHU demande du temps, de l'organisation, des aménagements dans le respect du secret médical pour une meilleure coordination.

Aussi l'activité sur le Centre pénitentiaire doit se maintenir avec consultations, thérapies groupales, dispensation infirmière de traitements médicamenteux. Et l'activité de l'hôpital de jour sur le site du Centre pénitentiaire sera à valoriser sachant que la plupart des admissions provient de la maison d'arrêt. De plus, développer nos missions régionales par un travail en réseau apparait plus qu'indispensable au regard du manque de médecins psychiatres intervenant en détention sur le territoire.

| | |
|--|---|
| <p>Actions</p>  | <p>Augmenter les effectifs de la psychiatrie en milieu pénitentiaire afin de pouvoir prendre en charge une population des personnes sous main de justice, en forte croissance sur Caen.</p> |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | Affirmer la dimension héli-régionale du SMPR |
|--|--|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 7.2.

MIEUX ACCUEILLIR EN HOSPITALISATION LES PATIENTS DETENUS

L’EPSM est aujourd’hui le seul établissement autorisé en psychiatrie à accueillir en hospitalisation les personnes détenues des établissements pénitentiaires du département. Ces patients sont aujourd’hui systématiquement hospitalisés en chambres d’isolement, qui seules offrent les conditions de sécurité nécessaires, selon une procédure validée en CME en 2014 et conforme aux pratiques nationales. Toutefois, cette modalité ne s’avère pas satisfaisante, n’étant pas toujours en adéquation avec l’état clinique du patient et imposant des durées moyennes de séjours courtes (6.6 jours en 2019) afin, entre autres, de ne pas emboliser les chambres d’isolement.

Le renforcement du nombre de places dans les différents dispositifs pénitentiaires menace de faire exploser l’équilibre actuel. L’établissement risque potentiellement de devoir faire face à des demandes d’hospitalisation en plus grand nombre dès le début 2023 alors que les perspectives de l’ouverture de l’UHSA du Rouvray sont reportées à un horizon lointain. A certains moments, il ne sera pas possible d’admettre des patients détenus quand bien même une obligation pèse sur l’établissement sauf à refuser l’admission des patients en soins sans consentement nécessitant pour des raisons cliniques une mise à l’isolement. Début décembre 2021 l’établissement a enregistré la présence de 6 patients détenus mobilisant ainsi près de 50% des chambres d’isolement disponibles à ce moment. Aussi, la mise en place d’une unité d’hospitalisation spécifique pour les patients détenus au sein de l’EPSM qui fait consensus au sein de l’établissement, qui avait fait l’objet d’une proposition auprès de l’ARS et qui avait été inscrite dans le CPOM de l’établissement doit de nouveau être envisagée. Cette unité pourrait admettre à l’image de l’unité Badinter du Rouvray, les patients détenus de toute la Basse-Normandie qui nécessitent une hospitalisation en psychiatrie en urgence.

D’autre part, il faut continuer à former les équipes des unités d’hospitalisation à temps complet afin de déstigmatiser la prise en charge des patients détenus car des représentations négatives sont associées à ces patients. Par ailleurs, le SMPR, principal prescripteur de ces hospitalisations et qui peut apporter un soutien et une expertise, est parfois mal identifié par les soignants les plus récemment recrutés. Il n’y a pas aujourd’hui de formation spécifique à destination du personnel de l’EPSM hors SMPR pour l’accueil des patients détenus. Cette proposition recueillerait un certain succès, sous condition de ressources humaines plus stabilisées. Elle permettrait de favoriser la montée en compétences des professionnels et l’identification du SMPR au sein de l’EPSM.

| | |
|---------|--|
| Actions | Ouvrir à l’EPSM une unité pour personnes détenues quand bien même l’ouverture de l’UHSA serait programmée. |
| | Former les équipes des unités d’hospitalisation sur la prise en charge des patients détenus, avec le soutien du SMPR |

OBJECTIF STRATEGIQUE 8 – RECONNAITRE PLEINEMENT LA PLACE DES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES

L'EPSM dispose de plusieurs unités médico-sociales et est associé en qualité de membres ou de financeurs de dispositifs médico-sociaux. Ces premières unités ont pu dans le passé fonctionner de manière très autonome au point même qu'elles ont pu donner l'impression à des acteurs extérieurs qu'elles pouvaient être délaissées. Le développement des collaborations avec les secteurs médico-social et social préconisé par les pouvoirs publics dans la logique des démarches associées à la définition du projet territorial de santé mentale va venir renforcer cette logique. De plus, dans certaines activités, comme l'addictologie les acteurs médico-sociaux intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques sont incontournables.

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 8.1.

CONFORTER LA PLACE DES UNITES MEDICO-SOCIALES AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

ETAT DES LIEUX

L'EPSM dispose de quatre unités médico-sociales. Elles sont de fait regroupées autour de 3 pôles d'activité : l'addictologie avec le CAARUD et le CSAPA, l'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiques avec le SAMSAH et la prise en charge de personnes lourdement handicapées avec la MAS de Boulon.

Ces unités ont fait l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics, mais aussi de l'établissement. Elles bénéficient toutes d'une évaluation externe favorable dans le cadre des procédures régies par le code de l'action sociale et des familles. Elles ont aussi su nouer des relations plus étroites avec d'autres acteurs de leur territoire ou de structures similaires. Ces évolutions positives sont reconnues dans le CPOM médico-social que viennent de signer l'ARS et l'EPSM.

- Le CAARUD

Cette unité a fait l'objet, dans un passé récent, d'un soutien de l'ARS pour augmenter ses ressources afin de renforcer son équipe pluriprofessionnelle mais aussi d'une aide ponctuelle lui permettant de disposer de locaux adaptés et confortables. Il a bénéficié aussi d'un soutien pour l'acquisition d'un véhicule permettant à son équipe de participer à la réduction des risques sur les manifestations festives.

- Le CSAPA

Ce centre n'a pas vu son fonctionnement évoluer pendant la dernière période. Des petits travaux d'aménagement ont été réalisés pour favoriser l'accueil des usagers et l'exercice des professionnels. Il souffre de ne pas voir ses ressources totalement être regroupés dans un seul et même budget, puisqu'une partie de ses financements relèvent du budget principal de l'établissement.

- Le SAMSAH

Cette unité a connu récemment de grands changements. En premier lieu, elle a quitté la résidence Aquarelle afin de s'aligner sur le fonctionnement standard d'un SAMSAH. L'équipe intervient plus régulièrement au domicile des patients quel que soit leur lieu d'habitation. Ensuite, cette unité a modifié ses pratiques en adoptant comme principe d'action le rétablissement. Pour cela elle bénéficie d'un temps médical partagé avec Ariane.

- La MAS

Cette unité qui est installée à Boulon à 20 kms au sud de Caen accueille 48 résidents dans des locaux totalement inadaptés. Malgré cela, la prise en charge des personnes accueillies a fait l'objet d'une évaluation externe positive. Cependant cette unité a rencontré des difficultés en matière de suivi médical après le départ en retraite du médecin de ville attachée à cette institution. Faute de solutions satisfaisantes, le suivi somatique doit être réalisé par les médecins du SIMP.

PERSPECTIVES

Il convient dans les années à venir de reconnaître pleinement la place de ces unités au sein de l'établissement. A certains égards, elles peuvent servir de modèle : elles ont depuis un moment mis en place des équipes pluriprofessionnels avec la présence de personnels éducatifs à côté de personnels soignants. Elles se sont engagées sans doute plus rapidement et de manière plus organisée dans la définition de projet de vie ou de prise en charge personnalisée ; pratiques qui seront exigibles aussi dans le champ sanitaire dans le cadre des évaluations.

La présence d'un cadre supérieur sur cet ensemble d'activité a permis d'initier des démarches dans une logique de synergie. Pour autant chacune de ces unités a des spécificités :

- Addictologie

En matière d'addictologie, il apparaît indispensable de profiter de l'émergence d'une activité d'addictologie sur l'hôpital pour renforcer les liens entre le CAARUD et le CSAPA d'un côté avec les services hospitaliers de l'autre. Des temps partagés peuvent ainsi être envisagés.

- SAMSAH.

Cette unité doit affirmer sa place sur le territoire caennais pour le développement des accompagnements auprès des personnes présentant des troubles psychiques. Les travaux conduits au moment de l'appel à projet pour l'extension de places doivent permettre d'envisager favorablement cette évolution. Le SAMSAH peut alors développer en lien avec Ariane des compétences qui pourront lui permettre d'être un référent en matière de rétablissement.

- la MAS

La reconstruction de la MAS soutenue par l'ARS va permettre de donner un cadre de vie plus confortable pour les résidents qui y demeurent. La spécialisation de la MAS dans l'accueil de personnes présentant des TSA confortera la place de l'EPSM dans la prise en charge de celles-ci. En outre, on peut espérer que l'attribution de places pour des personnes présentant des troubles très sévères à la MAS permettra de libérer de quelques places l'unité Emergence. L'augmentation du nombre de places permettra aussi d'envisager un transfert de patients présents dans les unités de long séjour de l'établissement. Les liens avec les unités TSA de l'établissement en seront renforcés

| | |
|---------|---|
| Actions | En addictologie, coordonner les activités du CAARUD et du CSAPA avec les soins de secteur, en ville comme en hospitalisation |
| | Affirmer le SAMSAH de l'EPSM comme un acteur central dans la mise en œuvre du rétablissement au sein de l'agglomération caennaise et en faire un centre de ressources pour les autres SAMSAH du département |
| | Dans le cadre de sa reconstruction, affirmer l'accompagnement des patients présentant des TSA sévères comme un axe majeur pour la Maison d'accueil spécialisée |

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 8.2.

RENFORCER DES LIENS AVEC LES ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

Depuis une dizaine d’années, l’établissement a noué des relations étroites avec des acteurs médico-sociaux. Ces relations n’ont pas toujours été simples. Cependant, elles se sont améliorées dès lors que l’établissement a su faire reconnaître sa place mais aussi accepter pleinement celles de ces partenaires.

ETAT DES LIEUX :

L’établissement est engagé de diverses manières dans des relations avec des partenaires. L’EPSM est associé avec l’ACSEA dans le dispositif de la Maison des adolescents en premier lieu en ayant installé un CMP, un hôpital de jour et un CAATP au sein de l’espace commun et en étant à côté de l’ACSEA un des membres de l’association PASSADO porteuse de la partie socle de la maison des adolescents. L’EPSM assure aussi dans le cadre d’un partenariat avec l’ACSEA le financement d’une partie d’un dispositif de l’ACSEA l’hébergement thérapeutique. Sa contribution est la mise à disposition de professionnels du PEA au fonctionnement de cette unité expérimentale agréée par l’ARS.

Très récemment, l’EPSM à côté de Revivre et de Addictions France a participé à la constitution d’un GCS-MS « un chez soi d’abord ».

De manière moins forte, l’EPSM va dans le cadre de la redéfinition du pôle Enfance Adolescence Famille de Vire mutualisé des locaux et un accueil commun à son CMPEA et à son CATTP et au CAMPS et au CMPP de Gaston Mialaret.

PERSPECTIVES :

Des pistes doivent être explorées sous des formes parfois légères, voire plus formalisées pour la mise en commun de professionnels ou dans un partage de compétences. La question du soutien au logement inclusif tant dans les résidences accueil que dans le cadre de l’intermédiation locative devront être explorées. Des liens plus étroits pourraient être noués avec des GEM.

La participation aux CLSM mais aussi aux travaux de la commission santé mentale de la conférence territoriale de santé permettront de tisser des liens au bénéfice d’une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques.

| | |
|---------|---|
| Actions | Favoriser le partage des compétences avec les autres acteurs sociaux et médico-sociaux dans le cadre de dispositifs formalisés (Groupements) ou non formalisés. |
| | Accompagner les résidences accueil dans l’accompagnement des personnes présentant un handicap psychique |
| | Participer de manière active aux instances territoriales ou locales favorisant la coordination des acteurs au bénéfice des personnes présentant un handicap psychique (Comité territorial de santé, Conseils locaux en santé mentale) |

OBJECTIF STRATEGIQUE 9 - OPTIMISER ET STABILISER L'ORGANISATION FONCTIONNELLE DE L'EPSM POUR MIEUX L'INSCRIRE DANS SON TERRITOIRE

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 9.1.

METTRE EN ŒUVRE UNE NOUVELLE ORGANISATION DES POLES TOUT EN DECLINANT LEURS ACTIVITES A UN NIVEAU DE PROXIMITE.

ETAT DES LIEUX

L'organisation fonctionnelle de l'EPSM doit évoluer pour répondre aux enjeux de demain. Cette évolution a déjà été amorcée en pédopsychiatrie puisqu'aujourd'hui elle est organisée en un seul pôle qui couvre la totalité du territoire de la zone d'intervention de l'EPSM correspondant aux anciens inter-secteurs de pédopsychiatrie de Caen-Falaise, Lisieux - Pays d'Auge et Vire. Une étape nouvelle a été franchie avec le regroupement en février 2021 des secteurs de Vire-Evrecy et Caen Sud en un seul pôle Calvados Sud. La contrainte énoncée précédemment en matière du respect du droit des patients conduit à un regroupement des secteurs dans des pôles de plus grande taille. Cette évolution a déjà été engagée avec la constitution du pôle Calvados Sud. D'autre part, le développement de nombreuses activités spécialisées a pour une large part distendu les liens entre celles-ci et les pôles dont elles étaient parfois issues. Des interrogations se sont ainsi faites jour lors de la révision du fichier commun de structures, Certaines unités s'interrogeant sur la pertinence de leurs rattachements à certains pôles. Enfin, il apparait aussi que la montée en puissance des dispositifs de coordination dans la prise en charge des patients illustrée par le regroupement des MAIA et des PTA dans les futurs Dispositif d'appui à la coordination, la création de CPTS dans le champ ambulatoire et l'affirmation des Conseils locaux en santé mentale pousse à ajuster l'organisation de la psychiatrie de secteur à ces nouvelles organisations qui toutes se développent sur des territoires précis.

PERSPECTIVES

Le rapprochement des secteurs dans des ensembles plus importants va se faire autour de 6 grands pôles.

Le pôle de pédopsychiatrie est affirmé comme un pôle important de l'établissement quand bien même il ne dispose pas de lits d'hospitalisation. Il a su nouer des relations étroites avec d'autres acteurs sur son territoire comme avec l'ACSEA autour de la maison des adolescents du Calvados. Ce pôle s'organise autour d'implantations géographiques clairement marquées sur les territoires de Vire, de Falaise, de Lisieux et de Caen. Sur la ville de Caen, ses implantations sont différenciées selon l'âge des jeunes pris en charge. Sur la base de ces données, le pôle sera organisé en services.

En psychiatrie générale, trois pôles développent les activités de psychiatrie de secteur sur des territoires disposant en moyenne de 170 000 habitants. Chacun des pôles de psychiatrie générale disposera de deux unités d'admission, d'une unité de moyen séjour et d'une unité de long séjour. Il appartiendra à chacun de ces pôles de définir son organisation interne en services. Ces services pourront décliner une organisation matricielle par territoire de proximité et par type de prises en charge. Les organisations retenues seront nécessairement marquées par la géographie de leurs territoires. Le pôle caennais sera nécessairement plus centralisé car marquée par le poids de la ville de Caen dans son territoire alors que le territoire de Calvados Sud sera nécessairement éclaté entre Vire, Falaise, et la partie sud de Caen la mer.

Un pôle regroupera les activités de psychiatrie pénitentiaire. Si dans un premier temps son pôle sera centré sur les activités en milieu pénitentiaires, il a vocation à prendre en charge la population pénitentiaire lors de son hospitalisation dans une unité dédiée.

Les unités spécialisées dont le rattachement à un pôle de psychiatrie générale ne va pas de soi pourrait venir s’adjoindre au PMBO. Toutefois l’organisation interne du pôle laisserait une grande autonomie aux services le constituant.

| | |
|--------|--|
| Action | A partir des nouveaux pôles, mettre en place une gouvernance interne aux pôles permettant le déploiement des initiatives et la dynamique de projet sur l’ensemble du territoire. |
|--------|--|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 9.2. RENOUVELER LA GOUVERNANCE DES POLES

ETAT DES LIEUX

Aujourd’hui, le management des pôles repose principalement sous la responsabilité d’un chef de pôle assisté d’un cadre supérieur de santé. Certains de ces pôles organisent des conseils de pôle ouverts à l’ensemble des professionnels. D’autres pôles organisent des réunions médico-cadres de manière plus ou moins régulières pour régler des problèmes ponctuels.

Pour autant, il n’existe pas ou quasiment pas de projets de pôle validés. Aucun contrat de pôle n’est signé entre la direction et les chefs de pôle.

Le directoire de l’EPSM a intégré dans sa composition quelques chefs de pôle mais tous ne sont pas membres du directoire. Il est parfois nécessaire lorsque des sujets importants appellent des réponses organisées à convoquer un directoire élargi à l’ensemble des chefs de pôle.

La réforme de la gouvernance initiée à la suite du rapport CLARIS appelle à un renouvellement du management de l’hôpital. Cette injonction des pouvoirs publics prend son sens au sein de l’EPSM d’autant plus que le regroupement des anciens secteurs en trois nouveaux pôles va modifier l’organisation de l’établissement.

PERSPECTIVES

Le pilotage des pôles sera assuré par un chef de pôle et un cadre supérieur de santé. Ceux-ci bénéficieront d’un temps de secrétariat qui pourra évoluer selon la taille et les effectifs des pôles.

Chaque pôle définira un projet de pôle. Ce document définira l’organisation interne du pôle, les modalités de concertation retenues comme les conseils de pôle, les projets qu’il entend porter, les axes de formation retenus. Sur la base de ce document, un contrat de pôle sera établi entre la direction et le pôle. Ce document sera revu chaque année. Chaque pôle présentera un rapport d’activité établi qui s’appuiera sur tableaux d’activité établi par le logiciel de pilotage des pôles. Dans le cadre du contrat de pôle des délégations de gestion pourront être accordées au pôle.

Le chef de pôle en lien avec le cadre supérieur de santé proposera une organisation de son pôle en services. A la tête de chacun des services sera désigné un chef de service. Celui-ci sera assisté par un cadre de santé. Ils pourront pour en assurer le bon fonctionnement s’appuyer sur le secrétariat de leur pôle. Le chef de service et le cadre de santé en lien avec les équipes de soins établiront un projet de service sur la base des informations médicales qui leur sont spécifiques.

| | |
|--|---|
| Actions  | Elaborer et mettre en œuvre dans des délais rapprochés le projet de management et de gouvernance. |
|--|---|

Elaborer et mettre en place des contrats de pôle dans des délais rapprochés.

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 9.3.

AJUSTER LES MOYENS DES SECTEURS A LEURS CARACTERISTIQUES.

ETAT DES LIEUX

Un travail de redéfinition des secteurs a été mené en 2019, dans le contexte de la reprise par l'EPSM du secteur de Vire. La nouvelle répartition de l'espace attribué à l'EPSM s'est fondée essentiellement sur l'utilité de caler les secteurs sur la nouvelle carte des EPCI intervenue à la suite de la publication de la Loi NOTRe et de réduire le nombre de secteurs présents sur la ville de Caen. En partant de la périphérie du département, une agrégation s'est faite afin de constituer des ensembles constitués d'un même nombre d'habitants. Si la population des secteurs est en moyenne de 84 000 habitants, certains secteurs sont passés sous la barre des 80 000 personnes tandis qu'un secteur dessert aujourd'hui plus de 90 000 habitants.

Toutefois, cette répartition encore inégalitaire a ignoré certaines caractéristiques socio-démographiques car avec un peu de recul comme cela a été évoqué précédemment le taux de recours à l'hospitalisation est inégalement réparti au sein de la zone d'intervention de l'EPSM. Ainsi la ville de Caen qui représente un peu plus de 20% de la population desservie par l'EPSM représente 40% des séjours en hospitalisation à temps complet et même plus de 50% des soins sans consentement.

Il en résulte aujourd'hui de fortes tensions en matière d'hospitalisation sur les unités d'admission des deux secteurs caennais. Leurs files actives sont largement supérieures à celles observées sur les autres secteurs de l'établissement. Même si la DMS et le taux de ré-hospitalisation sont quelque peu différents entre ces deux secteurs, ces derniers sont conduits à devoir « sous-traiter » « l'hébergement » de leurs patients par les autres secteurs de l'EPSM et principalement par les secteurs de Caen Sud et de la Côte fleurie.

PERSPECTIVES

Sans pour autant « déconstruire » et « reconstruire » les organisations en permanence, il est attendu que l'offre de secteur puisse s'ajuster, sur la base d'une évaluation régulière des besoins en hospitalisation et en autres modalités de soin. Cela passe sans aucun doute par une correction des territoires d'intervention de chacun des secteurs mais aussi par un renforcement des capacités d'intervention de ces secteurs en ambulatoire.

En complément des mesures énoncées dans la partie relative à la prise en charge en hospitalisation à temps plein, il apparaît nécessaire de redresser les effectifs du futur pôle Caennais pour lui permettre de disposer de ressources humaines plus conséquentes. Dans cette perspective, ce rééquilibrage devrait se concentrer sur le financement des dispositifs envisagés dans le cadre du projet déposé dans le cadre du fond d'innovation opérationnel en psychiatrie. Il intégrerait aussi un renforcement de l'effectif médical qui passerait sur ce nouveau pôle à 14 médecins (2*7).

Ac-
tions



Modifier les zones d'intervention des pôles afin de se conformer de manière plus complète aux territoires des EPCI.

Prendre en compte dans l'allocation de nouvelles ressources les spécificités des territoires et plus particulièrement le recours aux soins sans consentement

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 9.4.

PILOTER UNE PSYCHIATRIE TERRITORIALE UNIFIEE

ETAT DES LIEUX

La sectorisation psychiatrique du département du Calvados est répartie entre trois établissements : le CHU de Caen, le Centre hospitalier de Bayeux et l'EPSM. En matière de psychiatrie générale, l'EPSM couvre 6 secteurs sur les 8 existants, en matière de psychiatrie infanto-juvénile, les 3/4 du département. Les 3 établissements sont intégrés dans le GHT Normandie Centre, mais le Projet Médical Partagé n'a pas encore abouti à la structuration de véritables filières transversales.

Des rapprochements entre le CHU et l'EPSM sont régulièrement évoqués, alors même que ces deux établissements se partagent la population de l'agglomération caennaise et développent des activités non sectorisées complémentaires et déjà en partie articulés :

- Concernant la prise en charge des psycho traumatismes, un projet est en cours entre la CUMP, le CRVS et le centre support régional co-porté par le CHU ;
- Concernant la réhabilitation psychosociale, Ariane travaille en lien avec le centre support régional du CHU ;
- Concernant la prise en charge du sujet âgé, l'UMPSA est en lien étroit avec la filière gériatrique du CHU via l'UTAC ;
- Concernant les TSA, Émergence et Emilaa partagent un temps médical avec le CRA ;
- Le dispositif sport-santé travaille en lien étroit avec le secteur Caen Nord.
- L'EMSI visant à prendre en charge les jeunes connaissant un premier épisode psychotique

PERSPECTIVES

L'EPSM souhaite se positionner comme force de proposition pour une psychiatrie territoriale unifiée, dans un premier temps avec le CHU, puis avec le centre hospitalier de Bayeux. L'enjeu est de disposer d'une psychiatrie plus unifiée, capable de porter des projets plus ambitieux et plus forte sur le plan national.

Il reste à définir, à partir des Directions, la forme que prendra cette unification. Les professionnels de l'EPSM sont favorables à un regroupement de l'ensemble des activités de psychiatrie au sein d'un seul établissement positionné comme l'actuel EPSM de Caen qui deviendrait alors « l'EPSM du Calvados ».

Ce regroupement permettrait une mutualisation des équipes et des compétences tout en concourant à l'universitarisation d'un établissement spécialisé. L'EPSM du Calvados pourrait alors devenir un établissement se rapprochant du CH Guillaume Rénier de Rennes ou du CH du Rouvray. Ce cadre garantirait une autonomie pour la psychiatrie qui disposerait ainsi d'une CME et d'un budget clairement identifié.

La mise en place d'une communauté psychiatrique de territoire (CPT) pourrait être la première étape de ce rapprochement. Cette phase semble un préalable afin d'éviter les crispations que pourraient susciter un mouvement de regroupement engagé de manière brutale chez les différents acteurs du territoire.

| | |
|--------|---|
| Action | Dans le cadre du GHT, positionner l'EPSM comme l'établissement central en vue d'une psychiatrie départementale unifiée, avec le maintien d'une entité juridique autonome et d'une direction autonome. |
|--------|---|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 9.5.

FAIRE RECONNAITRE LA SPECIFICITE DE LA PSYCHIATRIE DANS LE CADRE DU SYSTEME D'INFORMATION DU GHT.

ETAT DES LIEUX

L'EPSM utilise comme Dossier patient informatisé le logiciel Cortexte proposé par la société Corwin. Cet outil est aujourd'hui largement utilisé par l'ensemble des professionnels de l'établissement. Il apparaît adapté aux nombreux usages requis par la prise en charge en psychiatrie. Il permet de gérer les admissions des patients en relation bijective avec le logiciel de gestion administrative des patients, la tenue du dossier médical, le dossier pharmaceutique, la gestion des soins sans consentement et l'enregistrement de l'activité à partir duquel les informations de nature médicales sont déclarées dans le recueil d'information médicale en psychiatrie (RIM-P).

PERSPECTIVES

Dans le cadre de la mutualisation des fonctions informatiques au sein du GHT, l'EPSM souhaite pouvoir conserver cet outil et qu'il soit une brique s'intégrant dans le futur SIH du GHT.

| | |
|--------|---|
| Action | Faire reconnaître l'EPSM comme le support d'un dossier du patient informatisé spécifique à la psychiatrie |
|--------|---|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 9.6.

AFFIRMER LES SINGULARITES DE L'EPSM DANS LE CADRE DE LA REFORME DU FINANCEMENT DE LA PSYCHIATRIE

ETAT DES LIEUX

La réforme du financement de la psychiatrie va prendre effet en 2021. Toutefois les conséquences financières ne s'appliqueront pleinement qu'à partir de l'exercice 2022.

L'EPSM s'est préparé à ce changement important de manière progressive. Il a étendu l'usage du dossier patient à l'ensemble de ces unités. Pour cela, l'intranet de l'établissement a été déployé sur la totalité des implantations des équipes de l'EPSM, en psychiatrie générale comme en pédopsychiatrie. Cela a concerné notamment les équipes intervenant sur des activités intégrées récemment comme les unités présentes sur le territoire de la communauté de communes de la Vire au Noireau en psychiatrie générale et en pédopsychiatrie, l'hôpital de jour de Falaise. La clarification de l'organisation de la maison des adolescents a aussi permis de déclarer dans le RIM-P les activités du CMP et de l'hôpital de jour qui y sont installés.

Le déploiement du logiciel de pilotage de l'établissement, Magellan permet de produire régulièrement des données aux responsables des unités et des pôles sur leurs activités. L'utilisation de cet outil et la communication de l'ensemble des documents devraient être achevés en début 2022.

Le département d'information médicale, qui relève normalement d'une activité mutualisée dans le cadre du GHT a vu son effectif en technicien de l'information médicale renforcé afin de pouvoir former les utilisateurs à l'usage du DPI mais aussi à mieux saisir les informations pertinentes.

PERSPECTIVES

En premier lieu, l'EPSM souhaite faire reconnaître ses activités ayant vocation à desservir des territoires supérieurs à sa seule zone d'intervention considérées par la nouvelle réglementation comme des activités spécifiques. Cela concerne tout d'abord, l'activité en milieu pénitentiaire avec le SMPR dont les financements pourraient être fléchés depuis le niveau national.

Ensuite, Il s'agit d'identifier les activités à vocation infrarégionale développées sur l'ex-Basse-Normandie comme le centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violence sexuelle (CRIAVS). S'agissant des violences sexuelles, il conviendrait de retenir les activités énoncées dans la partie relative au CRVS destinées à prendre en charge les victimes de violence de sexuelles (Ceocvs).

De la même manière, les activités développées au sein de l'EPSM à destination des personnes présentant des troubles du spectre autistique sévère organisées autour de l'unité d'hospitalisation à temps plein (Emergence) et de l'unité mobile d'intervention pour les adultes autistes (Emilaa) doivent aussi bénéficier de financements spécifiques.

Enfin, des activités conduites à partir de l'EPSM couvrent l'ensemble de la population du Calvados comme Ariane, reconnu comme centre territoriale de réhabilitation psycho-sociale et l'unité mobile de psychiatrie du sujet âgé. Il en va aussi de même pour Sport santé qui accueille des patients habitant en dehors de la ZI de l'EPSM.

Le financement de dispositifs particuliers comme la partie socle de la Maison des adolescents ou la participation de professionnels de l'EPSM mis à disposition à titre gratuit de l'hébergement thérapeutique porté par l'ACSEA, dispositif expérimental relevant du code de l'action sociale et des familles devront aussi faire l'objet d'une identification particulière doivent aussi être reconnus comme spécifiques au motif que ces financements ne concourent pas au calcul de la Dotation à la file active de l'établissement.

Dans le cadre du financement à la population, l'EPSM souhaite faire valoir une revalorisation de ses ressources dans la mesure où au vu des données de l'année 2019, il apparaît comme l'établissement présent sur une des plus importantes agglomérations de la Région le moins bien doté. Ce rattrapage semble d'autant plus fondé que la population prise en charge par l'EPSM se singularise par une présence d'un grand nombre de patients hospitalisés au long cours dont quelques personnes déclarées irresponsable pénaux, de personnes détenues en milieu pénitentiaire à mettre en lien avec l'importance des dispositifs carcéraux présents sur l'agglomération caennaise et surtout du poids important des journées réalisées dans le cadre des soins sans consentement.

Afin de mieux faire valoir son activité dans le cadre de la Dotation à la file active, l'établissement doit encore mieux suivre ses activités réalisées dans le champ ambulatoire et précisément celles participant de la démarche de « l'aller-vers ». Il doit aussi porter une attention plus grande au coût des différentes formes de prises en charge des patients. En ce sens, une commission de l'information médicale et du pilotage de gestion sera mise en place associant les acteurs intéressés à ces sujets pour identifier les points d'amélioration.

| | |
|---------|--|
| Actions | <p>Faire reconnaître comme activités spécifiques, en plus de la psychiatrie en milieu pénitentiaire (SMPR) et des centres de ressources (CRIAVS), des activités de niveau héli-régional comme la prise en charge des patients présentant des TSA sévères par Emergence et Emilaa, des activités de ressort départemental comme Ariane, l'UMPSA, sport-santé mais aussi la participation à la partie socle de la Maison des adolescents et la participation à l'hébergement thérapeutique de l'ACSEA.</p> |
| | <p>Faire reconnaître dans le cadre de la répartition de l'enveloppe populationnelle, la place importante des soins sans consentement observée sur la ville de Caen de sorte à financer les charges immobilières et les temps médicaux suscités par ces hospitalisations.</p> |
| | <p>Affirmer de manière forte la place des alternatives à l'hospitalisation à temps complet tant en hôpital de jour qu'en ambulatoire</p> |
| | <p>Se rapprocher des coûts moyens dans une logique d'efficacité sur l'ensemble des champs d'activité</p> |

OBJECTIF STRATEGIQUE 10 – TRAVAILLER AU DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 10.1.

DEVELOPPER/COORDONNER LA RECHERCHE/FORMATION SUR LE TERRITOIRE

ETAT DES LIEUX

Le précédent projet médical évoquait déjà la promotion de la recherche médicale et de l'évaluation des pratiques, par la constitution d'une fédération de recherche en santé mentale. Le PMP du GHT évoque également la constitution d'une fédération régionale de recherche en santé mentale.

Ce projet, qui permettrait de coordonner les établissements universitaires et non universitaires, sur le modèle de la F2RSM dans les Hauts-de-France, fait toujours consensus au sein des équipes. Le développement de la recherche améliorerait l'attractivité de l'établissement pour l'installation de jeunes médecins. Néanmoins, des freins sont notables, en lien avec :

- La difficulté à s'accorder avec les équipes du CHU sur un projet commun. Le CHU, tente régulièrement d'élargir les cohortes de ses projets de recherche au sein de l'EPSM, sans trouver de répondant. Toutefois, des liens sont notés via les travaux de thèse des internes de l'EPSM : ils réalisent des EPP qui s'appuient pour beaucoup sur le soutien du DIM. De plus, certains praticiens du CHU seraient moins dans une approche fondamentale de la recherche, mais ciblée sur les thérapies de 2^{ème} ou 3^{ème} vague, qui serait plus propice aux coopérations.
- La difficulté de dégager du temps au sein de l'EPSM pour sensibiliser les praticiens à la recherche et impulser des projets. Peu de praticiens de l'EPSM sont impliqués dans des projets de recherche. Toutefois, sont évoqués la participation de médecins de l'unité Ariane à des projets de recherche nationaux (**auto stigmatisation et relations amoureuses**), ainsi que des projets portés par l'unité sport-santé.

PERSPECTIVES

Le modèle porté par la F2RSM des Hauts-de-France, concernant le portage de projets par des établissements non universitaires, voire en lien avec des partenaires médico-sociaux, sera à approfondir. Une fédération de recherche doit en effet permettre de sortir de la dualité traditionnelle universitaire / non universitaire de manière souple en intégrant :

- L'EPSM de Caen, et notamment les expertises de la CUMP et du CRVS ;
- Le CHU, qui pourrait trouver un intérêt dans ce type de coopérations pour développer son bassin d'inclusion pour ses projets de recherche clinique ;
- Le centre hospitalier de Bayeux,
- L'EPSM Bon sauveur dans la Manche, au sein duquel un ancien CCU-AH du CHU de Caen avait le projet de développer une activité de recherche ;
- Les PSLA du territoire qui ont une composante universitaire.

La recherche devra être abordée de façon pluriprofessionnelle intégrant :

- Les infirmiers. Dans le dernier projet de soins infirmiers, le besoin de sensibilisation à la recherche avait été évoqué. Il est important de renforcer le sentiment de légitimité des IDE à s'inscrire dans des programmes de recherche ou à produire leur propre recherche, qui ne va pas de soi, alors même que des projets existent ;

- Le DIM de l’EPSM, ses compétences étant trop peu mobilisées pour la recherche, hormis par les internes.
- Les psychologues. Des liens pourront être créés avec l’UFR psychologie de l’université de Caen, qui possède deux laboratoires de recherche. Une psychologue de l’EPSM en tant qu’enseignante universitaire peut être un levier, sachant qu’une des thématiques de ces laboratoires est la précarité et la santé mentale.

Un axe formation serait pertinent dans cette fédération, afin de diffuser les différentes expertises et formations disponibles en interne et ouvertes aux personnes extérieures, mais aussi d’encourager des projets mutualisés sur le territoire, qui aujourd’hui passent essentiellement la participation des différents intervenant du territoire, dont l’EPSM, aux séminaires organisés par le DES de psychiatrie à l’université de Caen,

Sur le plan des moyens, la mise en place d’un référent de la recherche à hauteur de 0.5 ETP parait aujourd’hui un objectif réaliste. Ces moyens cependant paraissent insuffisant pour porter un projet aussi ambitieux qu’un projet de recherche territorial. Aussi, ce référent pourra-t-il travailler de façon plus modeste, à initier et renforcer une dynamique de recherche au sein de l’EPSM, préalable nécessaire à son inscription dans une dynamique plus territoriale qui sera porté dans une 2^{ème} étape.

Il aura donc la mission de :

- Recenser les travaux et intérêts existants chez les praticiens, en termes de recherche fondamentale et appliquée.
- Organiser une veille bibliographique et sur les appels à projets et projets existants. Il est noté que l’EPSM n’a à ce jour plus accès aux articles scientifiques payant via PubMed. Un premier pas sera d’inscrire ces abonnements dans le budget de l’établissement de façon stable.
- Appuyer le montage de projets et la soumission de publications, le manque de temps étant aujourd’hui un frein pour les praticiens.
- Recenser et diffuser l’offre de formation interne
- Insuffler un lien avec les partenaires sur la recherche et la formation.

Un poste d’ARC à terme, pourrait être envisagé et pérennisé.

| | |
|--------|---|
| Action | Mettre en place au sein de l’établissement un poste à mi-temps de référent de la recherche, afin de sensibiliser les équipes, soutenir les initiatives et ainsi renforcer la dynamique recherche au sein de l’EPSM, pour à terme développer une fédération recherche et formation territoriale, avec les partenaires du territoire. |
|--------|---|

OBJECTIF STRATEGIQUE 11– FAIRE DES RESSOURCES HUMAINES UN AXE FORT

➤ OBJECTIF 11.1 VEILLER A L’ATTRACTIVITE DE L’EPSM POUR LES PROFESSIONNELS ET PARTICULIEREMENT POUR LES MEDECINS.

L’établissement doit affronter un défi qui est de demeurer attractif pour l’ensemble des professionnels qui y exercent d’autant que la psychiatrie est considérée par les pouvoirs publics comme une discipline médicale en tension.

ETAT DES LIEUX :

Depuis une dizaine d’années, l’établissement a progressivement renforcé ses effectifs médicaux. Avec 4 Praticiens hospitaliers par pôle, l’établissement était dans la région, l’établissement disposant d’un nombre de psychiatres par habitant parmi les plus faibles. Dans le précédent projet médical, l’objectif assigné était de pouvoir doter chacun des pôles de 5 PH et parallèlement de disposer de médecins pouvant parallèlement assurer le développement de nouvelles activités. La mise en place d’un régime indemnitaire favorable à un exercice territorial a permis globalement de garantir au sein des secteurs de maintenir des effectifs médicaux.

Toutefois, si à certains moments, cet objectif a pu être atteint, des départs en retraite, vers le médico-social ou le libéral ont conduit à une relative instabilité des effectifs. Certains secteurs sont aujourd’hui en grande difficulté faute d’effectifs médicaux en nombre suffisant. Plus grave, la charge de travail dans certains secteurs, sous l’effet notamment de la place importante des soins sans consentement et des obligations légales qui y sont attachées peut faire se détourner de l’exercice hospitalier des jeunes médecins. La production de certificats ne relève pas directement de la thérapeutique.

OBJECTIFS :

Malgré les difficultés conjoncturelles, il importe de maintenir un cap visant à doter les secteurs de 85 000 habitants d’un effectif médical de 6 praticiens hospitaliers. Compte tenu de la demande de soins plus importantes sur les deux secteurs caennais, cet effectif sera porté à 7 praticiens. Dans le cadre d’un regroupement de la psychiatrie générale en trois pôles, les pôles Calvados-sud et du pays d’auge disposerait ainsi de 12 praticiens et le pôle caennais de 14 médecins. Cet objectif apparait nécessaire dans la mesure où il vise à rattraper un retard en regard des effectifs dont sont dotés les autres secteurs du département. Le renforcement des effectifs médicaux est tout aussi important pour la pédopsychiatrie.

La constitution de pôle dotés d’un nombre de praticiens importants exige aussi développer une gestion plus dynamique des pôles en s’appuyant sur les orientations définies dans le rapport CLARIS en matière de gouvernance hospitalière. Dans cette perspective évoquée précédemment, les responsables de pôle devront s’appuyer sur la démarche de projet au sein du pôle et des services qui le composent. La formation des chefs de pôle et des chefs de service sera un élément important pour garantir un bon fonctionnement des unités mais aussi de maintenir une qualité de vie au travail pour l’ensemble des professionnels qui y exercent qu’ils soient médecins ou paramédicaux.

| | |
|---------|--|
| Actions | Accroître le nombre de médecins au sein de l’EPSM par redéploiement ou par des financements externes. |
| | Nommer des chefs de services afin qu’ils portent et mettent en œuvre des projets de service, notamment dans les territoires de proximité |

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 11.2. DEVELOPPER LA PLURIPROFESSIONNALITE

ETAT DES LIEUX :

L'EPSM fait face à des difficultés de recrutement médicaux et paramédicaux. Par ailleurs, il a souhaité depuis quelques années faire une place à l'approche éducative par le recrutement d'éducateurs spécialisés au sein des dispositifs spécialisés comme la prise en charge des personnes présentant des TSA, la maison des adolescents et plus récemment dans les unités de séjours prolongés. Ces expériences révèlent une véritable valeur ajoutée de l'approche éducative notamment dans la gestion des troubles du comportement : ses apports spécifiques sont incontestables en termes de regard croisé, qui implique de se décentrer du « tout clinique ». Toutefois, un besoin de structurer et consolider la place de ces professionnels dans les équipes a été rapporté.

Parallèlement, avec le recrutement récent de 2 médiateurs de santé pair, l'EPSM a diversifié la palette des compétences parmi les professionnels. Certes leur nombre est limité et leur introduction dans une unité transversale Ariane ne les expose pas à un contact direct des patients. Ces professionnels sont appelés à être plus nombreux à l'avenir dans la mesure où l'expérience patient apparaît de plus en plus importante.

D'autre part, sans relever totalement de la pluriprofessionnalité, la diversification des qualifications détenues par les psychologues s'est renforcée depuis plusieurs années. Elle a permis une diversité de l'offre en psychothérapie, alors que les pratiques sont encore très centrées, aujourd'hui, sur les approches psychodynamiques. L'introduction de neuropsychologues a aussi permis de réaliser des bilans neuropsychologiques préalables à la mise en place de soins en réhabilitation psychosociale,

PERSPECTIVES

La place des professionnels éducatifs doit être intégrée pleinement dans le projet de l'établissement, à différents niveaux, afin qu'elle ne soit pas dépendante des initiatives et organisations de chaque pôle. Le recrutement doit être élargi aux structures de secteurs et spécialisées, notamment les unités moyens et longs séjours, l'unité Ariane, mais aussi les hôpitaux de jour et équipes mobiles, où les professionnels éducatifs peuvent être un levier pour le déploiement de partenariats et savoirs faire nécessaires au développement de la réhabilitation psychosociale. Plus qu'affectés à un patient complexe pour un temps limité, démarche peu propice à une réelle intégration dans les équipes et la culture professionnelle, ils doivent être pleinement intégrés dans le travail d'équipe, depuis l'évaluation des besoins de prise en charge jusqu'à l'accompagnement des projets de vie des patients. Leur complémentarité avec les professionnels soignants doit être travaillée sur le plan institutionnel, pour permettre une réelle synergie de langages et références différents. Il s'agirait d'éviter une logique de sous-traitance, dans laquelle les éducateurs seraient prestataires sur prescription médicale.

Par ailleurs, l'EPSM doit continuer à diversifier ses approches en diversifiant les profils de psychologues, en recrutant des professionnels formés aux TCC et des neuropsychologues. Des recrutements de psychomotriciens, d'ergothérapeutes, seront également envisagés.

Il doit aussi poursuivre dans la voie du recrutement de médiateurs de santé pair de manière progressive et adaptée. Dans ce cadre, un nouveau médiateur de santé pair sera recruté pour compléter l'équipe d'« un chez soi d'abord » dans la mesure où sa présence est un prérequis posé par le cahier des charges national. L'affectation de médiateurs de santé pair au sein de chacun des pôles doit aussi être envisagé

| | | |
|----------|---|--|
| Ac-tions |  | Introduire des personnels éducatifs et médico-techniques au sein des équipes |
|----------|---|--|

| | |
|--|---|
| | Diversifier les modalités de prise en charge en diversifiant les profils des psychologues |
| | Donner une place élargie aux médiateurs de santé pair au sein des pôles de psychiatrie générale |

➤ **OBJECTIF OPERATIONNEL 11.3. DEVELOPPER LA PLACE DES INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCEE**

ETAT DES LIEUX

Plusieurs IDE de l'EPSM sont entrées en formation d'Infirmière en Pratique Avancée (IPA) au sein de l'EPSM, la 1^{ère} entrera en poste en fin d'année, une 2^{ème} est attendue en 2022. Sur le Calvados, le cycle de formation est interrompu : il n'y aura pas d'entrée en formation en janvier pour des raisons organisationnelles.

Plusieurs fonctions sont précisées dans le cahier des charges des IPA en psychiatrie :

- Une fonction de coordination clinique entre toutes les professions qui sont impliquées dans le parcours patient (y compris partenaires sociaux et médico-sociaux et médecins de ville) ;
- Une fonction de suivi thérapeutique avec une expertise clinique plus aigüe, qui peut notamment être centré sur le soin somatique, en lien avec les médecins généralistes. L'expérience des autres régions montre une forte valeur ajoutée des IPA en psychiatrie sur le suivi somatique.

PERSPECTIVES

L'EPSM souhaite faire une place importante aux futures infirmières en pratiques avancées dans son organisation. Pour l'EPSM, le positionnement idéal se situe à l'échelle d'un secteur, en ambulatoire sur un rôle d'interface avec le territoire, et à l'échelle intra hospitalière, dans les unités de moyens longs séjours, confrontées à des ruptures de parcours faute d'orientation adaptée et de disponibilité médicale pour assurer le suivi au long cours. Les liens avec les somaticiens seront également fondamentaux, notamment pour l'ambulatoire (le SIMP assurant ce rôle pour l'intra hospitalier) au regard des attentes portées par la nouvelle certification HAS.

Les IPA pourraient également être déployées aux urgences psychiatriques, ou encore en consultations post urgences pour compenser les délais d'accès aux soins, mais un travail préalable sur l'organisation actuelle post urgence est à réaliser en amont.

Par ailleurs, un référentiel IPA en addictologie a été élaboré, centré sur la coordination des parcours complexes. Ce type de professionnels, dont la mise en place n'a pas été encore acté aujourd'hui, pourrait être d'une forte valeur ajoutée pour le lien psychiatrie – addictologie au sein de l'EPSM.

Un groupe de travail sera mis en place avec les IPA qui vont entrer en poste, pour déterminer plus précisément leur cahier des charges et formaliser une fiche de poste, ce qui impliquera un positionnement des médecins en matière de délégation envisageable.

| | |
|--------|--|
| Action | Élaborer, en lien avec les futures IPA et les psychiatres de l'établissement, un cahier des charges partagé du rôle d'IPA en psychiatrie ambulatoire |
|--------|--|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 11.4. RENFORCER LA FORMATION AU SEIN DE L'EPSM

a) Accueil du personnel

L'EPSM a mis en place un tutorat, pour accompagner les nouveaux professionnels dans leur prise de poste. Le principe repose sur une inscription volontaire du professionnel dans le dispositif. Il bénéficie la première année de trois jours de présentation de l'établissement, de réunions de groupes avec des intervenants extérieurs, d'un tutorat individuel mensuel ; et la deuxième année de rencontres à sa demande avec son tuteur.

La difficulté du dispositif est de former des tuteurs et d'avoir suffisamment de personnes volontaires. Le dispositif demande que le tuteur et le tuteur ne soient pas dans le même service, afin de libérer la parole. Dans un deuxième temps, il a été constaté qu'il convenait de privilégier des tutorats entre pairs de mêmes catégories professionnelles ce qui a encore restreint le panel des tuteurs.

Il est donc attendu de développer une procédure d'accueil plus courte mais systématique pour le personnel soignant comme non soignant (journée des nouveaux arrivant avec présentation de l'établissement de ces instances et services), complémentaires au tutorat des soignants, plus centré sur la pratique et la clinique. Le CGOS ou l'Amicale du personnel pourraient faire le lien.

| | |
|--------|--|
| Action | Développer une procédure courte et systématique pour l'accueil des nouveaux personnels |
|--------|--|

b) Supervision des équipes

L'établissement ne propose pas de supervisions en routine, aujourd'hui pour les équipes. Il existe cependant quelques pratiques ponctuelles ou s'en rapprochant :

- Des supervisions de projets ciblés sur appels à projets devant prouver la légitimité du besoin.
- Des RMM réalisées en cas de dysfonctionnement, de situation de crise ;
- Les réunions d'équipe permettent d'aborder les situations complexes, mais n'ont pas la même fonction que la supervision.

Un besoin de supervision par des psychologues extérieurs à l'établissement est exprimé, de nature à mieux accompagner les équipes confrontées à des situations complexes. Les professionnels attendent une organisation pérenne pour intégrer dans les pratiques le travail sur les émotions des soignants, confrontés à de la souffrance et des situations complexes. Cette organisation doit concerner tout le personnel, toute catégories confondues.

| | |
|--------|--|
| Action | Mettre en place des temps de supervision des équipes par des personnes extérieures à l'établissement |
|--------|--|

c) Formation continue

Différents dispositifs de formation continue sont déployés dans l'établissement sur deux niveaux. En premier lieu, des plans de formation de pôles, sont élaborés chaque année après les entretiens individuels et l'évaluation des besoins des agents. Récemment, ces plans ont fait une part importante à la formation OMEGA sur la gestion de crise. Parallèlement, un plan de formation institutionnel commun,

incluant notamment le programme « consolidation des savoirs » pour les aides-soignants et les IDE, et un module « approche de la psychiatrie » pour le personnel administratif, sont aussi construits.

Il est nécessaire de mieux articuler ces formations avec les orientations du projet médico-soignant. En premier lieu, et pour être cohérent avec le premier objectif stratégique, il est indispensable de former l'ensemble des professionnels à la promotion de la santé mentale orientée vers l'empowerment des personnes présentant des troubles psychiques. Il est aussi nécessaire que le maximum de professionnels et singulièrement ceux qui sont engagés dans les logiques d'aller-vers, comme les membres des équipes mobiles soient formés au premier secours en santé mentale, au repérage des troubles, à l'évaluation des compétences psycho-sociales et aux outils de réduction des risques. De la même manière, la mise en place du projet de plateforme d'orientation suppose que les personnes qui accueilleront les demandes émanant de personnes en difficultés soient formées à l'écoute. L'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiques handicapant doit conduire aussi à former un grand nombre de professionnel à la gestion de cas (case management).

| | |
|--------|--|
| Action | Inscrire dans le plan de formation les orientations favorisant l'empowerment, les premiers recours en santé mentale, la formation à l'écoute et la gestion de cas. |
|--------|--|

➤ OBJECTIF OPERATIONNEL 11.5. VEILLER A LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

La plupart des actions émergeant dans le cadre de la thématique « qualité de vie au travail » relèvent du projet social davantage que projet médico-soignant. Celles qui étaient en lien avec le projet médico-soignant ont été intégrées dans les objectifs stratégiques concernés.

Elles seront donc traitées dans le prochain projet social, en lien avec la Direction des Ressources Humaines, d'autant que la loi RIST du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification réaffirme la participation des cadres de pôle à l'élaboration du projet social

- Mener une réflexion sur la mise en place d'un service qualité de vie au travail ;
- Travailler sur la politique de ressources humaines (durée et types de contrats, mobilité interne)
- Mener une analyse institutionnelle sur les facteurs favorisant la maîtrise des glissements et interruptions de tâches pour les équipes ;
- Améliorer la signalétique au sein de l'établissement et pour les structures ambulatoires ;
- Intégrer une action sur l'évaluation et la gestion des risques psycho-sociaux par l'intervention d'un professionnel des services santé au travail.

| | |
|--------|--|
| Action | Intégrer la réflexion des équipes, coordonnées par les cadres de pôles, dans l'élaboration du projet social de l'établissement |
|--------|--|

FEUILLE DE ROUTE DU PROJET MEDICO-SOIGNANT POUR LES 5 PROCHAINES ANNEES

| Objectifs opérationnels | Actions |
|--|---|
| Objectif stratégique 1 - Faire du rétablissement la colonne vertébrale des pratiques | |
| 1.1. Diversifier les approches et les compétences | Former largement les professionnels de l'établissement au rétablissement. |
| | Renforcer la pluriprofessionnalité des équipes (professionnels éducatifs, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes...) afin de favoriser les regards croisés nécessaires à l'accompagnement des projets de vie des patients. |
| 1.2. Promouvoir la pair-aidance | Communiquer au sein de l'EPSM sur l'existence et le rôle des médiateurs de santé pair au sein de l'unité Ariane, et poursuivre la démarche de pair-aidance sur les secteurs. |
| 1.3. Piloter et déployer une démarche de réhabilitation psychosociale au sein de l'EPSM | Promouvoir les soins en réhabilitation psychosociale au sein des secteurs du département dans le cadre du Contrat territorial de Santé Mentale (renforcement et lisibilité). |
| 1.4. Concourir à la diffusion et à la structuration de l'offre en rétablissement | Structurer l'accès à la réhabilitation psychosociale sur le territoire pour le public, et organiser des modalités d'évaluation pluri professionnelle dans le cadre du CTSM. |
| 1.5. Déployer pleinement les activités de l'unité transversale pour l'éducation des patients (UTEPT) | Repérer les patients susceptibles d'être candidat au programme d'ETP autorisé par l'ARS sur la psychose, par les équipes ambulatoires de secteur. |
| | Rendre disponible le programme ETP, pour les patients repérés comme susceptibles d'en bénéficier, dans leur processus de soins ambulatoires. |
| | Déclarer l'activité de l'UTEPT dans le RIM-P |
| | Concevoir et développer un programme d'ETP sur les troubles bipolaires. |
| Objectif stratégique 2 - Améliorer la prise en charge en hospitalisation à temps complet | |
| 2.1. Réduire la pression en matière d'hospitalisation de courte durée sur les secteurs caennais | Modifier les limites des secteurs caennais. |
| | Mettre en œuvre des mesures permettant de limiter le recours à l'hospitalisation et à diminuer la DMH. |

| | |
|--|---|
| 2.2. Garantir le respect des droits des patients en soins libres à circuler librement dans le cadre de leur hospitalisation | Regrouper 2 à 2 les secteurs de psychiatrie générale pour constituer 3 pôles adultes. |
| | Créer dans chacun des nouveaux pôles un espace fermé pour l'accueil des patients en hospitalisation à temps plein dans le cadre de soins sans consentement et réserver l'espace ouvert à l'hospitalisation des patients en soins libres |
| | Mettre en œuvre un cadre architectural et organisationnel adapté à ces nouveaux espaces. |
| 2.3. Contribuer à la réduction des pratiques d'isolement et de contention | Poursuivre la formation des agents à la prévention et à la gestion de la violence. |
| | Mettre les chambres d'isolement en conformité avec les recommandations de la HAS. |
| | Installer des espaces d'apaisement dans toutes les unités et inscrire ces opérations dans le programme de travaux de l'établissement. |
| | Faire reconnaître dans le futur PRS des solutions adaptées pour les rares patients maintenus à l'isolement ou sous contention pendant de longues périodes faute de prise de dispositifs de soins adaptés |
| 2.4. Adapter l'organisation des soins pour une prise en charge plus adaptée aux personnes hospitalisées en séjours prolongés | Affecter à chacun des 3 pôles de psychiatrie générale une unité de moyen séjour et dans une logique de rétablissement y mettre en place des prises en charge favorisant le retour à domicile. |
| | Identifier les unités de « longs séjours » ayant vocation à être regroupées dans un service de séjours prolongés |
| | Revoir la composition des équipes de soins afin d'y introduire des personnels éducatifs |
| 2.5. Poursuivre l'amélioration de la qualité des locaux sur le site d'hospitalisation | Achever le programme de restructuration du bâtiment Tilleuls Patio du pôle Calvados Sud |
| | Finaliser la mise en conformité des espaces concourant à l'isolement et à la contention |
| | Créer des espaces extérieurs de qualité attenants aux espaces fermés |
| | Créer une cafétéria centrale pour l'accueil des familles |
| | Développer des initiatives visant à faire vivre le site intra hospitalier de |

| | |
|--|---|
| | l'EPSM (jardin partagé, médiation animale, parcours santé...). |
| 2.6. Conforter la prise en charge somatique en hospitalisation à temps complet | Conforter l'effectif médical du SIMP |
| | Etablir un plateau de consultations et de soins médico-techniques en lieu et place du laboratoire de biologie. |
| | Mieux organiser les consultations à l'extérieur de l'hôpital en tissant des liens plus étroit avec des services de spécialités |
| Objectif stratégique 3 - Organiser les pratiques de soins en extrahospitalier de manière proactive et plus lisible. | |
| 3.1. Réduire les délais d'attente en CMP | Déployer un accueil sans rendez-vous au sein de chaque CMP. |
| 3.2. Renforcer l'intervention précoce pour prévenir le recours à l'hospitalisation | Mettre en place la plateforme d'évaluation et d'orientation assortie d'une équipe mobile d'intervention rapide sur les secteurs caennais et d'une équipe centrée sur les dispositifs sociaux d'hébergement. |
| 3.3. Mieux articuler l'offre en extrahospitalier et harmoniser les prises en charge | Préciser dans une logique transversale les missions des équipes mobiles de secteur, les besoins de renforcement et le lien avec les structures de secteur. |
| | Structurer, dans le cadre du CTSM, l'articulation des secteurs de l'EPSM avec l'équipe mobile d'évaluation et d'intervention relative aux premiers épisodes psychotiques (PEP) du CHU. |
| | Harmoniser le périmètre des activités et les pratiques entre les hôpitaux de jour et les CATTP. |
| 3.4. Poursuivre la coordination en psychiatrie de liaison avec les urgences | Réaliser un bilan de la présence de la psychiatrie au sein des CH de proximité (Vire, Falaise, Lisieux et Côte Fleurie) afin d'envisager des ajustements éventuels, et de travailler sur le lien avec les dispositifs de secteur. |
| | Finaliser la convention précisant les modalités de participation des professionnels de l'EPSM à la garde de psychiatrie du service des urgences médicales du CHU |
| 3.5. Développer des consultations somatiques spécialisées ambulatoires pour | Développer l'accès au centre dentaire pour les patients de l'EPSM suivis en ambulatoire, adultes comme enfants, voire par les structures médico-sociales. |

| | |
|---|---|
| des prises en charge particulières | Mettre en place une consultation somatique pour les patients dyscommunicants sur le site de l'EPSM, ouverte sur le territoire et en lien avec les partenaires. |
| 3.6 Renforcer la qualité de la prise en charge médicale | Développer des activités de pharmacie clinique en extrahospitalier et renforcer le lien ville-hôpital. |
| 3.7 Développer des solutions alternatives à l'hospitalisation | Déployer le dispositif « Un chez soi d'abord » en lien avec les partenaires sociaux et de l'addictologie. |
| | Soutenir de façon pro-active les partenaires sociaux et médico-sociaux pour la création de solutions alternatives. |
| | Reconvertir des lits de longs séjours en places à la Maison d'accueil spécialisé de Boulon dans le cadre de sa reconstruction. |
| 3.8. Développer le lien ville-hôpital notamment pour l'accès aux soins somatiques | Rapprocher les structures ambulatoires des secteurs et les PSLA, pour améliorer le repérage des troubles, le suivi somatique, et le relais vers un suivi en médecine générale pour les patients stabilisés. |
| | Positionner l'EPSM comme « composante », offreur de soins et d'accompagnement, des DAC du département pour le soutien à l'information et à l'orientation en santé mentale des professionnels de santé du territoire. |
| 3.9. Poursuivre l'amélioration de la qualité des locaux en extrahospitalier | Inscrire dans le schéma directeur immobilier la modernisation d'une large partie des locaux accueillant les unités extrahospitalières de psychiatrie générale. |
| Objectif stratégique 4 - Mieux intégrer les soins en addictologie au sein de l'établissement | |
| 4.1. Organiser la montée en compétences des professionnels | Sensibiliser et former le personnel de la psychiatrie de l'EPSM aux problématiques addictologiques et aux pathologies duelles. |
| 4.2. Intégrer les soins en addictologie dans la prise en charge psychiatrique | Améliorer la prise en charge en addictologie au sein des secteurs en disposant d'une compétence intersectorielle reposant sur des temps de psychiatre et d'IPA permettant aussi un lien plus étroit avec les unités d'addictologie, sanitaires et médico-sociales en coordination avec l'ELSA du CHU. |
| | Développer un programme de psychoéducation ou d'ETP en addictologie à destination des patients de l'EPSM en ambulatoire et en hospitalisation. |

| | |
|---|---|
| 4.3. Positionner l'EPSM en matière de prévention des addictions | Intégrer l'établissement dans la stratégie Lieu de santé sans tabac coordonnée par le RESPAD (Réseau des Établissements de Santé pour la Prévention des Addictions). |
| Objectif stratégique 5 – Poursuivre le développement de dispositifs spécialisés non sectorisés | |
| 5.1. Consolider les activités du CRVS | Finaliser l'obtention de locaux pour les consultations du CEOCVS et déterminer les moyens nécessaires en ressources humaines. |
| | Déployer un soutien aux médecins traitants pour la prévention des violences familiales et conjugales, en lien avec la Préfecture et l'URML, et travailler avec la Préfecture sur la prévention des violences dans le sport. |
| | Poursuivre les travaux de rapprochement avec le centre régional sur le psycho traumatisme (CHU) en associant la CUMP. |
| 5.2. Participer à la filière territoriale psycho traumatisme | Mettre en place une coordination avec le centre régional de psycho traumatisme porté par le CHU, en lien avec le CRVS. |
| 5.3. Diversifier l'offre pour les personnes présentant des troubles du spectre autistique (TSA) | Faire reconnaître ces unités comme des activités spécifiques à vocation territoriale dans le cadre de la réforme du financement de la psychiatrie. |
| | Mettre en place une hospitalisation de jour afin de compléter l'offre du dispositif TSA de l'EPSM |
| 5.4. Affirmer la place de l'EPSM dans le champ de la psychiatrie du sujet âgé. | Structurer les échanges cliniques au sein de l'EPSM en organisant des RCP régulières avec les structures du secteur hospitalier comme de l'ambulatoire. |
| | Faire reconnaître l'UMPSA comme une activité spécifique à vocation héli-régionale dans le cadre de la réforme du financement de la psychiatrie. |
| | Conforter la place de l'UMPSA comme acteur de formation pour les étudiants et les professionnels. |
| | Développer la pratique des télé staffs avec les partenaires. |
| | Poursuivre les travaux de mise en place d'un HDJ en lien avec la psychiatrie et la gériatrie du CHU. |
| 5.5. Valoriser les activités de soins de l'unité Sport- | Travailler sur la communication des missions du service sport-santé, notamment à partir des recommandations HAS à venir, pour faire évoluer la prescription d'activité physique dans le cadre de programme de |

| | |
|---|--|
| Santé | soins. |
| | Informier et former les internes sur l'intégration de l'activité physique dans le soin. |
| | Evaluer l'impact de l'activité physique dans le parcours de soins. |
| 5.6 Renforcer l'unité de thérapie familiale | Identifier des locaux propres à l'unité de thérapie familiale et consolider ses moyens pour renforcer son intégration dans le parcours de soins. |
| 5.7 Reconnaître et renforcer les médiations | Identifier toutes les médiations avec la reconnaissance des temps professionnels consacrés à ces activités |
| | Déclarer toutes ces activités dans le RIM-P et les faire ressortir dans les ateliers thérapeutiques lorsqu'elles ne relèvent pas de l'hospitalisation à temps complet ou des hôpitaux de jour |
| | Inscrire ces activités dans le projet de soins personnalisé des patients |
| | Coordonner ses activités dans une forme organisationnelle à préciser et qui intégrerait un temps de médecin |
| | Parallèlement aux activités de médiation, maintenir et développer les actions relevant de Culture à l'hôpital |
| 5.8 Mieux positionner les dispositifs spécialisés non sectorisés | Les dispositifs spécialisés verront leur rattachement précisé ultérieurement dans le cadre des nouvelles dispositions relatives à la gouvernance de l'hôpital. La modification dans l'organisation médicale pourra être à l'initiative du président de la CME et du directeur. |
| Objectif stratégique 6 – Renforcer l'organisation des soins en pédopsychiatrie | |
| 6.1. Réduire les délais d'accueil | Évaluer la pertinence et les modalités d'organisation d'un accueil sans rendez-vous pour les familles et les professionnels à Lisieux et à Vire dans le cadre du CTSM. |
| 6.2. Renforcer l'offre de soins pour adolescents | Mettre en place le CATTTP adolescents au sein de la MDA, dans le cadre du Contrat Territorial de Santé Mentale, et une équipe mobile d'accès aux soins associée. |
| 6.3. Valoriser l'activité de liaison en pédiatrie | Renforcer les effectifs de la pédopsychiatrie de liaison au sein des services de pédiatrie de Falaise et à Lisieux, et renforcer les liens avec le Centre hospitalier de Flers pour les enfants pris en charge par le PEAf de Vire. |

| | |
|---|--|
| 6.4. Structurer l'offre territoriale TCA | Mieux formaliser la filière de soins spécifiques pour les TCA sur le territoire, en favorisant les liens de la MDA avec les services universitaires de pédopsychiatrie et de pédiatrie du CHU dans le cadre du réseau dédié. |
| 6.5. Fluidifier les parcours lors du passage à l'âge adulte | Renforcer la coordination entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie générale pour les 16-25 ans ; Favoriser la constitution de l'équipe mobile sanitaire de la MDA et son intervention sur le site de l'EPSM. |
| 6.6. Proposer une offre ambulatoire plus réactive et plus adaptée | Réorganiser l'offre en HDJ et CATTP en proposant des modalités de soins graduées et glissantes, et améliorer l'accueil des enfants présentant des TSA. |
| 6.7. Structurer l'offre transculturalité et psycho traumatismes | Poursuivre le déploiement et la stabilisation du dispositif de consultations transculturelles et sa reconnaissance comme centre ressource hémirégional, dans le cadre du CTSM. |
| | Travailler en lien avec les acteurs du territoire, la CUMP, le CRVS et le centre ressources en psycho traumatismes régional du CHU, à la formalisation d'un réseau psycho traumatismes en pédopsychiatrie pour repérer, développer et consolider les ressources sur le territoire. |
| 6.8. Améliorer la coordination avec l'ASE | Renforcer la « cellule enfants placés » du PPEA, en lien avec l'organisation départementale en cours de discussion avec le Centre hospitalier de Bayeux. |
| 6.9. Améliorer la coordination avec le secteur médico-social | Organiser, en lien avec les tutelles et les organismes gestionnaires, une réflexion départementale sur la possibilité pour les ESMS de céder leur temps médical non pourvu au PPEA, dans le cadre de conventions organisant un accès au soin pour leurs usagers en contrepartie. |
| 6.10. Améliorer la coordination avec l'Éducation nationale | Travailler à la mise à disposition d'un enseignant spécialisé au sein des hôpitaux de jour du PPEA. |
| 6.11. Améliorer la coordination avec les urgences pédiatriques du CHU | Poursuivre la réflexion sur l'intégration à l'astreinte aux urgences pédiatriques du CHU des praticiens de la MDA, afin de renforcer les liens et de mieux coordonner les parcours des adolescents en grande difficulté. |
| 6.12. Renforcer les liens avec les soins primaires | Soutenir les rapprochements entre la pédopsychiatrie et les structures d'exercice coordonné en soins primaires, afin d'améliorer l'accès au repérage et aux soins somatiques. |
| 6.13. Développer une activité de psy-périnatalité à partir des CMPEA | Soumettre de nouveau le projet périnatalité construit en association avec le CHU et le CHAB à une demande de financement (MNPEA) |

| | |
|---|---|
| 6.14. Améliorer la qualité des locaux des unités de pédopsychiatrie | Moderniser le parc immobilier de la pédopsychiatrie |
| Objectif stratégique 7 - Consolider les dispositifs en faveur des personnes placées sous main de justice. | |
| 7.1. Mieux prendre en charge les personnes détenues en milieu pénitentiaire | Augmenter les effectifs de la psychiatrie en milieu pénitentiaire afin de pouvoir prendre en charge une population des personnes sous main de justice, en forte croissance sur Caen. |
| 7.2. Mieux accueillir en hospitalisation les patients détenus | Ouvrir à l'EPSM une unité pour personnes détenues quand bien même l'ouverture de l'UHSA serait programmée. Former les équipes des unités d'hospitalisation sur la prise en charge des patients détenus, avec le soutien du SMPR. |
| Objectif stratégique 8 - Reconnaître pleinement la place des structures médico-sociales | |
| 8.1. Conforter la place des unités médico-sociales au sein de l'établissement. | En addictologie, coordonner les activités du CAARUD et du CSAPA avec les soins de secteur, en ville comme en hospitalisation. Affirmer le SAMSAH de l'EPSM comme un acteur central dans la mise en œuvre du rétablissement au sein de l'agglomération caennaise et en faire un centre de ressources pour les autres SAMSAH du département. Dans le cadre de sa reconstruction, affirmer l'accompagnement des patients présentant des TSA sévères comme un axe majeur pour la Maison d'accueil spécialisée. |
| 8.2. Renforcer des liens avec les établissements sociaux et médico-sociaux | Favoriser le partage des compétences avec les autres acteurs sociaux et médico-sociaux dans le cadre de dispositifs formalisés (Groupements) ou non formalisés. Accompagner les résidences accueil dans l'accompagnement des personnes présentant un handicap psychique. Participer de manière active aux instances territoriales ou locales favorisant la coordination des acteurs au bénéfice des personnes présentant un handicap psychique (Comité territorial de santé, Conseils locaux en santé mentale). |
| Objectif stratégique 9 - Optimiser et stabiliser l'organisation fonctionnelle de l'EPSM pour | |

| mieux l’inscrire dans son territoire. | |
|--|--|
| 9.1. Mettre en œuvre une nouvelle organisation des pôles tout en déclinant leurs activités à un niveau de proximité. | A partir des nouveaux pôles, mettre en place une gouvernance interne aux pôles permettant le déploiement des initiatives et la dynamique de projet sur l’ensemble du territoire. |
| 9.2. Renouveler la gouvernance des Pôles. | Elaborer et mettre en œuvre dans des délais rapprochés le projet de management et de gouvernance. |
| | Elaborer et mettre en place des contrats de pôle dans des délais rapprochés. |
| 9.3. Ajuster les moyens des secteurs à leurs caractéristiques. | Modifier les zones d’intervention des pôles afin de se conformer de manière plus complète aux territoires des EPCI. |
| | Prendre en compte dans l’allocation de nouvelles ressources les spécificités des territoires et plus particulièrement le recours aux soins sans consentement |
| 9.4. Piloter une psychiatrie territoriale unifiée | Dans le cadre du GHT, positionner l’EPSM comme l’établissement central en vue d’une psychiatrie départementale unifiée, avec le maintien d’une entité juridique autonome et d’une direction autonome. |
| 9.5 Faire reconnaître la spécificité de la psychiatrie dans le cadre du système d’information du GHT. | Faire reconnaître l’EPSM comme le support d’un dossier du patient informatisé spécifique à la psychiatrie. |
| 9.6 Affirmer les singularités de l’EPSM dans le cadre de la réforme du financement de la psychiatrie | Faire reconnaître comme activités spécifiques, en plus de la psychiatrie en milieu pénitentiaire (SMPR) et des centres de ressources (CRIA VS), des activités de niveau hémi-régional comme la prise en charge des patients présentant des TSA sévères par Emergence et Emilaa, des activités de ressort départemental comme Ariane, l’UMPSA, sport-santé mais aussi la participation à la partie socle de la Maison des adolescents et la participation à l’hébergement thérapeutique de l’ACSEA. |
| | Faire reconnaître dans le cadre de la répartition de l’enveloppe populationnelle, la place importante des soins sans consentement observées sur la ville de Caen de sorte à financer les charges immobilières et les temps médicaux suscités par ces hospitalisations. |
| | Affirmer de manière forte la place des alternatives à l’hospitalisation à temps complet tant en hôpital de jour qu’en ambulatoire |
| | Se rapprocher des coûts moyens dans une logique d’efficience sur l’ensemble des champs d’activité |

| Objectif stratégique 10 - Travailler au développement de la recherche | |
|---|---|
| 10.1 Développer / coordonner la recherche / formation sur le territoire | Mettre en place au sein de l'établissement un poste à mi-temps de référent de la recherche, afin de sensibiliser les équipes, soutenir les initiatives et ainsi renforcer la dynamique recherche au sein de l'EPSM, pour à terme développer une fédération recherche et formation territoriale, avec les partenaires du territoire. |
| Objectif stratégique 11 – Faire des ressources humaines un axe fort | |
| 11.1 Veiller à l'attractivité de l'EPSM pour les professionnels et particulièrement pour les médecins | Accroître le nombre de médecins au sein de l'EPSM par redéploiement ou par des financements externes. |
| | Nommer des chefs de services afin qu'ils portent et mettent en œuvre des projets de service, notamment dans les territoires de proximité |
| 11.2 Développer la pluriprofessionnalité | Introduire des personnels éducatifs et médico-techniques au sein des équipes |
| | Diversifier les modalités de prise en charge en diversifiant les profils des psychologues |
| 11.3. Développer la place des Infirmiers en pratique avancée | Élaborer, en lien avec les futures IPA et les psychiatres de l'établissement, un cahier des charges partagé du rôle d'IPA en psychiatrie ambulatoire. |
| 11.4 Renforcer la formation au sein de l'EPSM | Développer une procédure courte et systématique pour l'accueil des nouveaux personnels. |
| | Mettre en place des temps de supervision des équipes par des personnes extérieures à l'établissement. |
| | Inscrire dans le plan de formation les orientations favorisant l'empowerment, les premiers recours en santé mentale, la formation à l'écoute et la gestion de cas. |
| 11.5. Veiller à la qualité de vie au travail | Intégrer la réflexion des équipes, coordonnées par les cadres de pôles, dans l'élaboration du projet social de l'établissement. |