



PROJET MEDICO-SOIGNANT

2026-2030

AMBITION 2030 :

La Culture du rétablissement | L'Excellence de l'accompagnement

« AMBITION 2030 : La Culture du rétablissement | L'Excellence de l'accompagnement »

Le projet médico-soignant 2026-2030 de l'EPSM Caen marque une étape décisive dans l'histoire de notre établissement. Plus qu'une simple feuille de route, « Ambition 2030 » exprime notre volonté collective de transformer nos pratiques pour répondre aux défis de santé mentale de notre territoire.

Cette ambition repose sur deux piliers indissociables : la culture du rétablissement, qui place l'espoir et le pouvoir d'agir de l'utilisateur au sommet de nos priorités, et l'excellence de l'accompagnement, qui mobilise toute l'expertise et l'humanité de nos équipes professionnelles. En unissant ces forces, nous construisons une psychiatrie moderne, ouverte et résolument tournée vers l'avenir de chaque patient.

SOMMAIRE

I.	Introduction	5
II.	Méthodologie d'élaboration.....	7
III.	Le projet médico-soignant.....	9
	L'offre de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	10
	Axe I. Parcours de soins des enfants et adolescents	12
	Objectif 1. Stabiliser et renforcer les soins en périnatalité	12
	Objectif 2. Poursuivre la réduction des délais d'accueil	13
	Objectif 3. Renforcer la pédopsychiatrie de liaison	15
	Objectif 4. Renforcer la prise en charge ambulatoire des adolescents.....	17
	Objectif 5. Structurer un parcours grands adolescents / jeunes adultes avec la Psychiatrie de l'adulte	19
	Objectif 6. Structurer la filière de prise en charge des psychotraumatismes	21
	Objectif 7. Améliorer les parcours des enfants et adolescents présentant des TSA.....	23
	Objectif 8. Prévoir les moyens nécessaires à la pédopsychiatrie dans le schéma immobilier	25
	Objectif 9. Améliorer les conditions d'hospitalisation complète des mineurs.....	27
	L'offre de psychiatrie de l'adulte	29
	Axe II. Parcours de soins ambulatoires des adultes	33
	Objectif 1. Harmoniser la graduation de l'offre ambulatoire et la réponse aux situations aiguës.....	34
	Objectif 2. Développer l'aller vers les partenaires sociaux et médico-sociaux	37
	Objectif 3. Poursuivre et diversifier les pratiques de la coordination avec la médecine de ville	38
	Objectif 4. Renforcer le suivi somatique et médicamenteux en ambulatoire	40
	Objectif 5. Renforcer le lien entre activités transversales et services sectorisés.....	42
	Objectif 6. Poursuivre le développement des activités transversales en les intégrant dans une dynamique territoriale.....	44
	Objectif 7. Stabiliser et développer les activités du SMPR.....	47
	Axe III. Prise en charge en hospitalisation complète	49
	Objectif 1. Permettre la liberté d'aller et venir.....	50
	Objectif 2. Poursuivre la réduction des séjours prolongés	53
	Objectif 3. Améliorer les conditions d'hospitalisation des patients détenus.....	55
	Objectif 4. Améliorer les conditions d'hospitalisation des mineurs.....	57
	Objectif 5. Poursuivre la réduction des pratiques d'isolement / contention	58
	Objectif 6. Renforcer le respect de l'intimité et dignité du patient en hospitalisation	60
	Objectif 7. Mieux coordonner les sorties d'hospitalisation	62

Objectif 8. Diversifier les activités de médiation thérapeutique et de sociabilisation en intrahospitalier	64
Objectif 9. Renforcer le suivi somatique et médicamenteux en hospitalisation complète.....	66
Les pratiques professionnelles transversales	69
Axe IV. Amélioration transversale des pratiques professionnelles	69
Objectif 1. Renforcer la participation des patients à leur prise en charge, et mieux les informer sur leurs droits	70
Objectif 2. Mieux accompagner les familles et proches des personnes souffrant de troubles psychiques	72
Objectif 3. Promouvoir la démarche éthique et la bientraitance dans les pratiques cliniques.....	75
Objectif 4. Renforcer la pluriprofessionnalité des accompagnements et l'intégration de nouvelles compétences	77
Objectif 5. Améliorer les outils de l'accompagnement (PSP, MAPS)	80
Objectif 6. Déployer une activité de recherche médicale et paramédicale en s'appuyant sur les dynamiques territoriales.....	82
Objectif 7. Développer une culture d'évaluation continue des pratiques et de leur pertinence	84
Objectif 8. Mieux anticiper la gestion des situations sanitaires exceptionnelles	86
Objectif 9. Développer une culture du développement durable	88
IV. Conclusion.....	90
Liste des abréviations	91

I. INTRODUCTION

Un établissement en profonde mutation, architecte de la psychiatrie de demain...

Ces cinq dernières années, l'EPSM de Caen a franchi des étapes fondatrices pour consolider son ancrage territorial. Le précédent projet médico-soignant a permis de structurer nos organisations internes, notamment par la reconfiguration des pôles de psychiatrie de l'adulte. Au niveau territorial, l'établissement a affirmé son rôle départemental par le développement d'activités transversales. Surtout, l'engagement majeur de l'établissement dans la réhabilitation psychosociale et la démarche de « Rétablissement » a agi comme un véritable levier de transformation des pratiques, plaçant le pouvoir d'agir des usagers au cœur de nos soins.

Ces avancées sont le fruit de l'implication constante des professionnels de l'EPSM, en synergie avec les dynamiques portées par le Projet Territorial en Santé Mentale (PTSM) et le Contrat Territorial en Santé Mentale (CTSM). Ce travail collaboratif a permis de nouer des partenariats solides dans les champs sociaux et médico-sociaux, tant en pédopsychiatrie qu'en psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé.

Aujourd'hui, face aux tensions de la démographie médicale et à l'accroissement des besoins de santé de la population, notre communauté hospitalière doit relever de nouveaux défis. Nous nous engageons dans une mutation profonde pour garantir une offre de soins durable, évolutive et conforme aux recommandations de bonnes pratiques.

Moderniser nos infrastructures pour une prise en charge globale

La reconfiguration de nos capacités d'hospitalisation constitue un levier majeur de transformation. La reconstruction du bâtiment Jamet et la réhabilitation de nos structures existantes visent à améliorer significativement nos conditions d'accueil. Ce nouvel environnement garantira la liberté d'aller et venir pour les patients en soins libres, renforcera la sécurité des plus vulnérables et améliorera significativement les conditions de travail des équipes. Ces infrastructures modernisées favoriseront une pluriprofessionnalité accrue, permettant une prise en charge globale, incluant les dimensions éducatives et une ouverture renforcée vers l'entourage des patients.

Renforcer la proximité et le déploiement sur les territoires

Fort de son expertise sur les activités non sectorisées (intersectorielles), l'EPSM place la proximité au centre de son nouveau projet. L'objectif est de renforcer la présence des équipes soignantes au plus près des lieux de vie, au sein de chaque territoire de l'établissement. Pour mieux accompagner les crises psychiques et prévenir l'hospitalisation — ou en réduire la durée — des équipes mobiles de crise et des Hôpitaux de Jour (HDJ) de crise seront progressivement déployés. En parallèle, le regroupement des structures extrahospitalières au sein de « Centres de Santé Mentale » (CSM) de secteur offrira une meilleure lisibilité du parcours de soins. Cette stratégie de l'« aller-vers » sera soutenue par une coopération renforcée avec les Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires (PSLA) et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). À travers des consultations avancées et une meilleure interconnaissance des acteurs, nous agirons concrètement contre les ruptures de parcours et l'errance thérapeutique.

Une ambition partagée pour le département

En tant qu'établissement de référence dans le Calvados, l'EPSM intensifiera ses liens avec les Centres Ressources (rétablissement, CRP, CRA...) et la recherche en santé mentale afin d'élever l'exigence de qualité des soins prodigués. Pleinement inscrit dans les orientations du Plan Régional de Santé (PRS), l'établissement continuera d'apporter des réponses innovantes et ajustées aux besoins de la population.

C'est consciente de ces orientations que la communauté soignante de l'EPSM a élaboré ce projet médico-soignant au terme d'une réflexion collective, ambitieuse et réaliste. Il dessine ainsi une feuille de route pour les cinq années à venir, portée par la responsabilité de notre mission de service public et le respect des attentes de nos usagers.

Le Président de la CME,

La Présidente de la CSIRMT,

Le Directeur,

Dr. Pascal COUTURIER

Huguette HOAREAU

Xavier BOUCHAUT

II. METHODOLOGIE D'ELABORATION

L'accompagnement méthodologique à l'élaboration du projet médico-soignant 2026-2030 de l'EPSM de Caen a été confié au cabinet Acsantis et s'est déroulé **d'avril à décembre 2025**.

Une **équipe projet** a été mise en place pour piloter l'ensemble de la démarche aux côtés du cabinet, constituée de :

- M. Xavier BOUCHAUT, Directeur général ;
- Mme Huguette HOAREAU, Directrice des soins et de la qualité ;
- Mme Christelle OUDIN-JAMMET, Directrice des affaires médicales et des ressources humaines ;
- Dr Pascal COUTURIER, Président de la CME ;
- Dr Marine FITZNER, Vice-présidente de la CME.

Comme pour le précédent projet, la méthode utilisée a fait une large part à la **co-construction entre professionnels médicaux, paramédicaux et représentants de la Direction**. Elle a volontairement recherché une mobilisation large au sein de l'établissement, avec plusieurs séries de groupes de travail mobilisant chacun plus de quarante participants, ainsi qu'une restitution plénière, invitant l'ensemble du personnel afin de favoriser l'appropriation du projet et sa mise en dynamique.

Par ailleurs, l'approche méthodologique retenue reposait également sur la prise en compte dès la phase de diagnostic, des **besoins territoriaux et des dynamiques partenariales**. Ce point est apparu d'autant plus important que les Projets Territoriaux de Santé Mentale arrivent à leur phase de bilan et de renouvellement, et que les travaux concernant le PTSM du Calvados ont démarré. Il était donc essentiel de mettre en synergie les différentes initiatives.

La méthode a été structurée en trois phases :

1. **Une phase d'état des lieux** des enjeux pour l'EPSM, comprenant une prise de connaissance du bilan du projet précédent et permettant de co-construire le cadre stratégique du projet. Cette phase a consisté en :
 - Une étude documentaire ;
 - Des entretiens avec l'ensemble des binômes de pôles, le Président et la Vice-présidente de la CME, et différents membres de la Direction ;
 - Des entretiens avec des partenaires clés (CPTS, DAC, secteur médico-social...) ;
 - La remise d'un premier livrable permettant de s'accorder sur les enjeux à prendre en compte de manière prioritaire, afin de cadrer le projet.
2. **Une phase de structuration du projet médico-soignant**, visant à stabiliser les axes thématiques et objectifs stratégiques constituant la colonne vertébrale du projet. Cette phase a consisté en :
 - Une première session de cinq groupes de travail internes :
 - Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
 - Soins ambulatoires en psychiatrie de l'adulte
 - Soins en hospitalisation complète
 - Démarche qualité
 - Dynamiques partenariales

- Trois ateliers partenariaux :
 - Un atelier centré sur les coopérations avec les acteurs du premier recours (PLSA, CPTS) ;
 - Un atelier centré sur les coopérations avec les acteurs médico-sociaux abordant les enjeux d'inclusion sociale, de sorties d'hospitalisation, de suivi médical en ESSMS ;
 - Un atelier centré sur la structuration des filières et parcours de soins, avec les autres établissements hospitaliers du territoire.
3. Une **phase d'opérationnalisation du projet médico-soignant**, visant à définir et décliner sous forme de fiches actions les actions à mettre en place dans les 5 ans pour répondre aux objectifs stratégiques retenus. Cette phase a consisté en :
- Une deuxième session des groupes de travail internes ;
 - La rédaction en bureau d'une première version des fiches actions, puis leur transmission aux différents participants et aux binômes de pôles, afin de recueillir leur contribution et leur expertise. La participation a été importante sur cette phase, témoignant d'un réel investissement des acteurs ;
 - L'organisation et l'animation d'un séminaire interne de restitution, reposant sur la contribution de différents professionnels, du soin comme de la Direction, pour restituer les idées fortes du projet. Cet évènement a mobilisé plus d'une centaine de participants. Les amendements apportés aux fiches actions ont été intégrés dans cette version finalisée.

Plusieurs réunions d'étape ont été organisées avec l'équipe projet tout au long des trois phases.

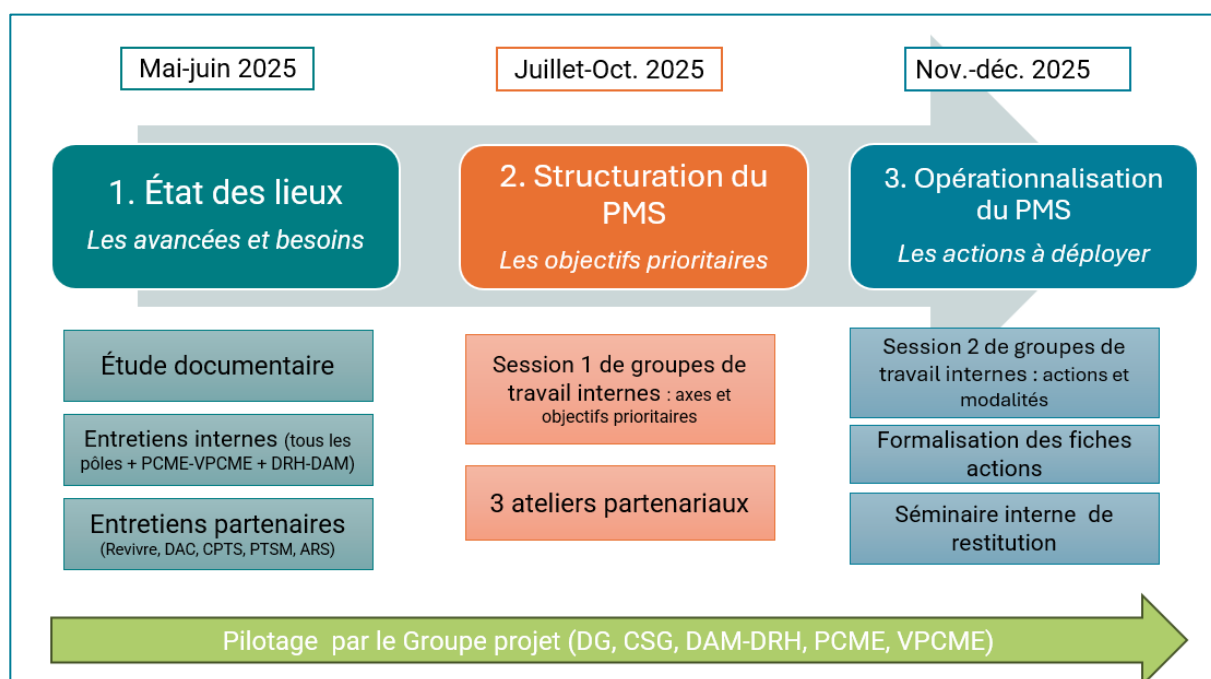


Figure 1 - Synthèse de la méthodologie d'élaboration du projet médico-soignant

III. LE PROJET MEDICO-SOIGNANT

Le projet médico-soignant 2026-2030 est structuré autour de **4 axes thématiques**, au sein desquels sont déclinés au total **34 objectifs stratégiques**.

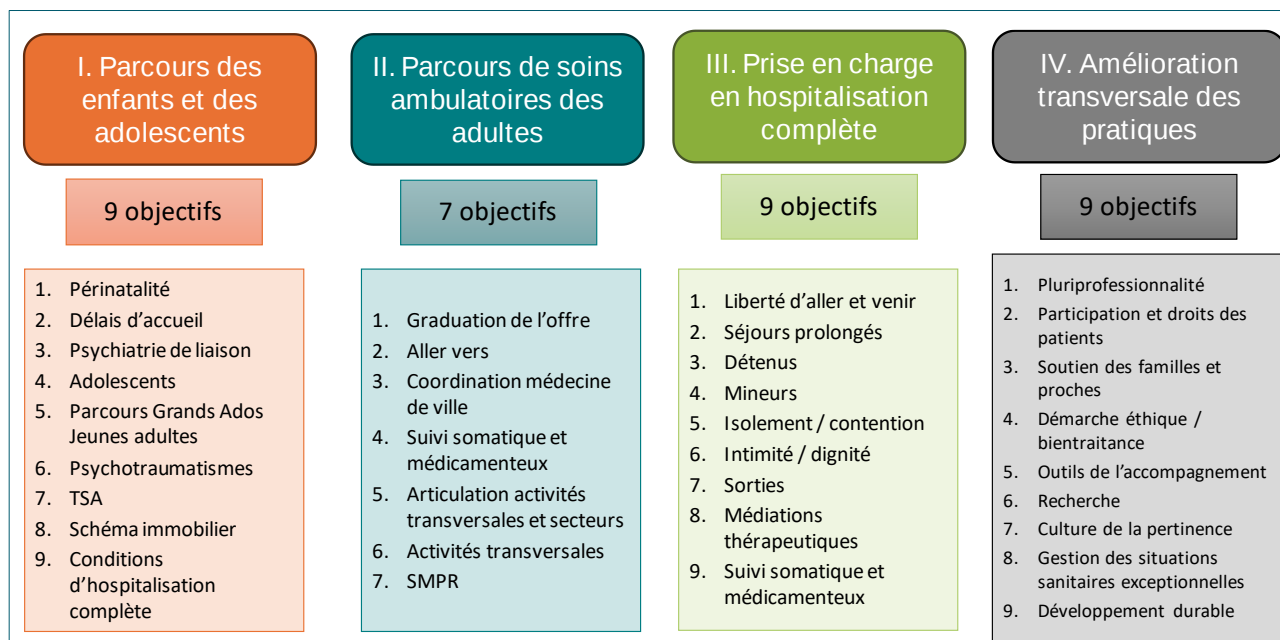


Figure 2 - Structuration du projet médico-soignant

L'OFFRE DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Missions et organisation du Pôle de Pédopsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (PPEA)

Le pôle de pédopsychiatrie de l'EPSM Caen a vocation à répondre aux besoins de prise en charge pédopsychiatrique des enfants et adolescents de 0 à 18 ans, domiciliés sur un large territoire du Calvados, qui s'étend du Pays d'Auge à Vire en passant par Caen et Falaise (2/3 du département).

La partie du territoire calvadosien non couverte par le pôle étant assurée par la pédopsychiatrie du Centre Hospitalier Aunay-Bayeux (CHAB).

Leur prise en charge est organisée à partir de structures ambulatoires (Centres Médico-Psychologique, Hôpitaux de jour, Centres d'accueil thérapeutique à temps partiels (CATTP) et services spécifiques de consultation), à proximité du domicile, réparties géographiquement sur le territoire.

Ainsi le PPEA comprend :

- 9 CMP Enfants/Adolescents
- 1 CMP Enfants
- 1 CMP Adolescents
- 4 HDJ Enfants
- 1 HDJ Adolescents
- 3 CATTP
- 1 CATTP Adolescents
- 2 Accueils sans rendez-vous
- Des services spécialisés de consultation : transculturelle, Thérapie Familial Systémique, Périnatalité.

Les structures accueillant uniquement des adolescents travaillent en lien étroit avec la Maison des Adolescents et des Jeunes Adultes du Calvados permettant ainsi une prise en charge innovante et coordonnée de ce public.

Enjeux et perspectives du PPEA

Le pôle fait face à une augmentation de la demande de soins, à des situations de crise plus fréquentes et à une nécessité de mieux structurer les parcours de soins pour éviter les ruptures de prise en charge pour tous les âges de la vie, de la périnatalité à l'entrée à l'âge adulte.

Par ailleurs, le pôle fait face à la vétusté et/ou l'inadaptation croissante de son parc immobilier avec la nécessité de repenser et de regrouper certaines structures ambulatoires, principalement à Lisieux et à Caen afin d'atteindre un double objectif d'efficience organisationnelle et de lisibilité-accessibilité de l'offre.

L'axe relatif aux parcours de soins des enfants et des adolescents comprend ainsi **9 objectifs** :

1. Stabiliser et renforcer les soins en **périnatalité**
2. Poursuivre la réduction des **délais d'accueil**
3. Renforcer la **pédopsychiatrie de liaison**

4. Renforcer la prise en charge ambulatoire des **adolescents**
5. Structurer un parcours **grands adolescents / jeunes adultes** avec la psychiatrie de l'adulte
6. Structurer la filière de prise en charge des **psychotraumatismes**
7. Améliorer les parcours des enfants et adolescents présentant des **TSA**
8. Prévoir les moyens nécessaires à la pédopsychiatrie dans le **schéma immobilier**
9. Améliorer les conditions d'**hospitalisation complète** des mineurs

Chacun de ses objectifs fait l'objet d'une fiche action, déclinant une ou plusieurs pistes d'actions.

AXE I. PARCOURS DE SOINS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS

Objectif 1. Stabiliser et renforcer les soins en périnatalité

Axe I PARCOURS DE SOINS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS

Objectif stratégique 1. Stabiliser et renforcer les soins en périnatalité

Pôle concerné : PPEA, Pôles de psychiatrie de l'adulte

Contexte & enjeux

L'obtention d'un appel à projets en 2024 sur la périnatalité a permis de mettre en place de **petites équipes sur les territoires éloignés** (maternité de Lisieux, centres périnataux de proximité – CPP – de Falaise et de Vire), composées de psychologues, d'IDE, de psychomotriciens, d'orthophonistes et de médecins.

- L'activité est effective à **Lisieux**, avec l'établissement de liens avec tous les partenaires locaux (maternité, néonatalogie, CPP, PMI), la participation hebdomadaire au staff pluriprofessionnel de la maternité, l'intervention en liaison au sein de la maternité et de la néonatalogie et enfin la proposition de consultations médicales et psychologiques d'amont et d'aval.
- À **Falaise**, depuis janvier 2025, l'équipe participe aux réunions partenariales mensuelles du CPP et des consultations psychologiques, médicales et infirmières ante et postnatales ont lieu au CMPEA.
- A **Vire**, l'activité a démarré un peu plus tard avec également la participation aux réunions avec le CPP, liens avec la PMI et début de prises en charge au CMPEA. Le lien avec le CMP adulte est organisé avec les équipes médicales.

La création d'une **UF périnatalité** au sein du PPEA regroupant les 3 unités est en cours, afin de faciliter le recueil de l'activité.

L'activité des équipes mobiles de périnatalité est actuellement essentiellement centrée sur des patients non connus de la psychiatrie, approchés via les Maternités et Centres périnataux de proximité. Pour autant, certains **patientes et patients de psychiatrie de l'adulte**, futurs parents, pourraient bénéficier d'un suivi par ces équipes, tout au long de leur parcours autour de l'arrivée de leur enfant.

Actions envisagées

Intitulé	Description
I.1.1. Mieux accompagner la parentalité des patientes et patients de psychiatrie de l'adulte en mobilisant les équipes périnatalité	- Travailler de manière concertée (psychiatrie de l'adulte et PPEA) sur les pratiques à mettre en place pour bien accompagner les patients de psychiatrie de l'adulte futurs parents. Communiquer auprès des professionnels de psychiatrie de l'adulte afin de les amener à mieux identifier les équipes mobiles périnatalité, renforcer les liens - Définir en concertation les modalités de saisine des équipes mobiles et de suivi conjoint avec la Psychiatrie de l'adulte.

Indicateurs de suivi / résultats

- Évolution du nombre de patients et patientes de Psychiatrie de l'adulte suivis chaque année par chacune des équipes mobiles
- Expérience patient des personnes suivies par les équipes mobiles en psychiatrie de l'adulte (modalités de recueil à déterminer : entretiens, questionnaires...)

Moyens nécessaires / à rechercher

- Temps médical des équipes mobiles, aujourd'hui non pourvu (et mutualisé avec les CMPEA).
- Flyers et autres outils de communication sur l'activité des équipes mobiles.

Objectif 2. Poursuivre la réduction des délais d'accueil

Axe I
PARCOURS DE SOINS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS

Objectif stratégique 2. Poursuivre la réduction des délais d'accueil

Pôle concerné : PPEA

Contexte & enjeux

Les dispositifs d'accueil sans rendez-vous (ASR) constituent aujourd'hui une porte d'entrée essentielle pour garantir une réponse rapide et proportionnée aux besoins des enfants de moins de 12 ans présentant des difficultés psychiques. Le territoire est correctement maillé :

- À **Caen**, l'ASR départemental assure un repérage efficace et des réorientations coordonnées, notamment grâce à la collaboration avec l'astreinte pédopsychiatrique du CHU. La pertinence d'une extension des créneaux d'accueil devra toutefois être évaluée au regard des capacités de relais existantes vers des prises en charge plus durables.
- L'ASR de **Lisieux**, ouvert en 2021 grâce à un appel à projets, est désormais bien identifié et bénéficie d'un partenariat solide avec le CMPP de Lisieux ;
- L'expérience menée à **Vire** a montré que la configuration du territoire et la proximité de tous les partenaires favorise la fluidité des parcours, rendant l'implantation d'un ASR moins nécessaire ;

Concernant l'accès aux soins en CMPEA, des disparités territoriales importantes persistent, avec des délais variant de 1 à 12 mois selon les services. Une harmonisation et une optimisation du parcours sont nécessaires afin d'éviter les ruptures de soin après les consultations courtes proposées par l'ASR, en cas d'orientation vers un CMPEA.

Par ailleurs le dispositif « enfants placés » mis en place par le PPEA contribue à la réduction des délais d'accueil pour cette population particulière.

Enfin, les adolescents bénéficient d'**accueils sans rendez-vous rapides via la MDAJA** avec un maillage territorial sous forme d'équipes mobiles.

Actions envisagées	
Intitulé	Description
I.2.1. Envisager une restructuration de l'offre en CMPEA de manière graduée	La structuration d'une offre de CMPEA à deux niveaux (évaluation / soins continus), déjà expérimentée par d'autres territoires, apparaît comme une piste pertinente, en cohérence avec la médecine de ville et le secteur médico-social, pour fluidifier les parcours et répondre de manière adaptée en fonction du niveau de sévérité : ▪ Des CMPEA de niveau 1 accueilleront dans des délais réduits et sans orientation professionnelle, pour une première évaluation et orientation ; ▪ Des CMP de niveau 2 accueilleront pour des prises en charges, sur orientation des médecins traitants ou autres professionnels.
I.2.2. Renforcer la visibilité de l'ASR et ses orientations	▪ Mieux faire connaître l'offre en ASR auprès des professionnels de première ligne (médecins généralistes, PMI, CMPP, établissements scolaires...) ; ▪ Accompagner le déménagement de l'ASR de Caen vers un lieu neutre en ville et en évaluer l'apport après un an de fonctionnement ; ▪ Sécuriser les situations de violences intrafamiliales, via des circuits de repérage et de réorientation adaptés (notamment vers la Maison des Femmes) ; ▪ Étoffer progressivement les partenariats pour des ASR non uniquement sanitaires, permettant une évaluation enrichie de diverses compétences et une fluidification des orientations vers différents secteurs (social, médico-social, psychologique, etc.), sur le modèle déployé à Vire (ASR cogéré avec le CMPP et le CAMSP).

Indicateurs de suivi / résultats

- Évolution des délais d'accueil en CMPEA pour une évaluation / pour la mise en œuvre du plan de soins
- Évolution de l'activité des ASR annuellement
- Diversification des professionnels de première ligne adresseurs vers l'ASR

Points de vigilance

- La réorganisation éventuelle des CMPEA devra tenir compte des dispositifs existants. L'offre de niveau 1 devra se centrer sur la souffrance psychique, afin de ne pas empiéter sur le rôle des PCO-TND qui assurent la coordination des soins des enfants présentant des troubles du neurodéveloppement, et de prévenir tout risque de redondance.
- Le caractère pluridimensionnel et pluri-institutionnel des premiers accueils est un axe soutenu par le Projet Territorial de Santé Mentale, et qui devra donc faire l'objet d'une réflexion territoriale et partenariale.

Objectif 3. Renforcer la pédopsychiatrie de liaison

Axe I
PARCOURS DE SOINS DES ENFANTS ET
ADOLESCENTS
Objectif stratégique 3. Renforcer la
pédopsychiatrie de liaison
Pôle concerné : PPEA
Contexte & enjeux

L'activité de pédopsychiatrie de liaison constitue aujourd'hui un maillon essentiel pour soutenir les services de pédiatrie et d'urgences face à l'augmentation des situations psychiatriques chez les enfants et adolescents. Sur le territoire, plusieurs limites sont identifiées :

- Il n'existe **pas d'unité fonctionnelle dédiée**, rendant le suivi d'activité difficile et limitant la lisibilité du dispositif. **L'absence d'un codage harmonisé** limite la capacité à objectiver l'activité, alors qu'elle participe désormais au compartiment « Dotation à l'activité » du financement de la Psychiatrie.
- Les **interventions en Pédiatrie** sont assurées de manière pluri-hebdomadaire, mais **avec des modalités hétérogènes selon les hôpitaux et des effectifs insuffisants** : sur certains l'équipe n'intervient in situ que deux jours par semaine, ce qui laisse les équipes somatiques sans soutien dans l'intervalle.
- **Les hospitalisations d'adolescents pour motifs psychiatriques en pédiatrie sont en hausse**, créant des tensions importantes, avec un appui pédopsychiatrique parfois jugé insuffisant par les CH généraux.
- La situation est **particulièrement complexe à Vire**, en l'absence de service de pédiatrie au sein de l'hôpital. Le PPEA envisage des interventions au sein du service de pédiatrie de Flers (en collaboration avec le CPO d'Alençon dont le CH de Flers dépend pour la pédopsychiatrie) pour les mineurs du secteur Vire-Condé.

Un renforcement global de la pédopsychiatrie de liaison est donc nécessaire, appuyé sur une restructuration de l'activité via un recours aux opportunités de financement (MNEA) et une amélioration de la coordination avec les CHG.

Actions envisagées	
Intitulé	Description
I.3.1. Renforcer les moyens des équipes de liaison par le biais de réponses aux AAP MNEA à Falaise dans un premier temps, puis à Lisieux si pertinent	▪ Déposer une demande dans le cadre des mesures nouvelles en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour renforcer les effectifs de liaison à Falaise dans un premier temps (AAP MNEA déjà déposé, réponse attendue en janvier 2026). ▪ Décliner la démarche à Lisieux, si les besoins territoriaux le confirment. ▪ Envisager le recours à un profil IPA pour consolider les interventions en pédiatrie et service d'urgences.
I.3.2. Améliorer la communication avec les centres hospitaliers de proximité sur le relais proposé par la pédopsychiatrie	▪ Structurer des temps réguliers d'échanges avec les Directions et équipes pédiatriques des CH de Lisieux et Falaise pour clarifier le périmètre d'intervention de la pédopsychiatrie. ▪ Répondre aux difficultés exprimées par une organisation renforcée du relais EPSM – CHG (exemple : circuit de retour systématique d'information après les interventions, pour sécuriser la prise en charge commune et éviter les malentendus institutionnels).
I.3.3. Vérifier l'harmonisation et l'exhaustivité du codage de l'activité de liaison, et sensibiliser les équipes à ce sujet	▪ Confirmer l'usage homogène de la grille EDGAR avec la mention « hors lieu de soin » sur l'ensemble des sites. ▪ Mobiliser les équipes du terrain autour des formations et des temps de sensibilisation aux bonnes pratiques de codage d'actes régulièrement organisés par le DIM.

	▪ Se saisir des indicateurs d'activité mensuels mis en place par le DIM, afin d'objectiver les besoins et l'impact des interventions. ▪ .Mener une réflexion sur la mise en place d'UF spécifiques pour valoriser cette activité pour chacun des services impliqués du pôle.
--	---

Indicateurs de suivi / résultats

- Volume d'interventions en pédopsychiatrie de liaison par site (Lisieux, Falaise, Flers à terme le cas échéant)
- Taux d'exhaustivité et d'harmonisation du codage EDGAR « hors lieu de soin »
- Nombre de temps de sensibilisation au codage organisés auprès des équipes
- Évolution du temps de présence pédopsychiatrique hebdomadaire en pédiatrie / service d'urgences
- Nombre d'appels à projets déposés et obtenus pour la pédopsychiatrie de liaison
- Existence de temps d'échange entre équipes pédopsychiatrie – pédiatrie et Directions EPSM - CHG

Moyens nécessaires identifiés

- Renforcement d'ETP médicaux et paramédicaux dédiés à la liaison.
- Appui organisationnel pour structurer le recueil d'activité (DIM).

Points de vigilance

- Les interventions actuelles reposent sur des équipes déjà sous tension (effectifs pris sur les CMPEA) : les renforcements doivent être clairement fléchés et protégés.

Objectif 4. Renforcer la prise en charge ambulatoire des adolescents

Axe I
PARCOURS DE SOINS DES ENFANTS ET
ADOLESCENTS

Objectif stratégique 4. Renforcer la prise
en charge ambulatoire des adolescents

Pôle concerné : PPEA

Contexte & enjeux

La structuration d'une offre graduelle en ambulatoire (HDJ intensif, CATTP) est une condition nécessaire à la prévention des ruptures après un épisode aigu pour les adolescents ayant nécessité une hospitalisation en pédiatrie ou en psychiatrie de l'adulte. Cette offre ambulatoire est également nécessaire pour prévenir des hospitalisations ou ré-hospitalisations. Or, jusqu'à récemment l'offre ambulatoire en psychiatrie de l'adolescent se limitait à l'accueil individuel ou de groupe en CMPEA ou en Maison des Adolescents.

Ces dernières années, le PPEA a entrepris de renforcer l'offre extra-hospitalière à destination des adolescents grâce à deux appels à projets.

- Depuis 2021, un **CATTP ados départemental** est opérationnel dans les locaux partagés avec la Maison des Adolescents et des Jeunes Adultes (MDAJA) de Caen, offrant une réponse semi-intensive complémentaire aux soins proposés par les CMPEA et la MDAJA, et permettant une graduation des prises en charge.
- Un second appel à projets, obtenu en 2024, vise à soutenir l'émergence de **CATTP adolescents sur les territoires éloignés** (Lisieux, Falaise, Vire pour l'EPSM et Bayeux pour le CHAB), afin de répondre aux besoins importants de ces zones où l'offre se limite aux CMPEA et à l'hospitalisation pédiatrique (hors Vire, qui ne dispose pas de service de Pédiatrie). Cet appel à projets impliquait le PPEA, le CHAB et la MDAJA. La partialité des financements demandé au titre du sanitaire (1 ETP d'IDE par site, sans financement de temps médical et de secrétariat) limite toutefois son déploiement aujourd'hui.

Actions envisagées	
Intitulé	Description
I.4.1. Déployer des activités CATTP pour les adolescents à Falaise, Lisieux et Vire	▪ Poursuivre la mise en œuvre des activités CATTP adolescents sur les territoires éloignés, en garantissant l'allocation des financements nécessaires au fonctionnement.
I.4.2. Poursuivre le renforcement de l'offre alternative à l'hospitalisation semi-intensive, sur les territoires et particulièrement à Lisieux, en complément des CATTP adolescents	▪ Après un premier temps de fonctionnement des CATTP adolescents, conduire une évaluation de leur activité, et réinterroger l'adéquation de l'offre aux besoins des adolescents sur chaque territoire. ▪ Selon les résultats, mener une réflexion sur les dispositifs à mettre en place en complémentarité (ex : hôpital de jour semi-intensif pour les suites de passage à l'acte suicidaire, renforcement des CATTP...)

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de CATTP adolescents opérationnels par territoire
- Nombre de jeunes accueillis en CATTP adolescents et durée moyenne des prises en charge
- Liste d'attente et délai d'accueil moyen pour chacun des CATTP adolescents

Moyens nécessaires identifiés

- Autorisation et budget pour d'éventuels dispositifs complémentaires type HDJ intensifs.

Points de vigilance

- Des manques concernant l'offre pour adolescents sont notamment pointés sur le territoire de Lisieux par les équipes de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Objectif 5. Structurer un parcours grands adolescents / jeunes adultes avec la Psychiatrie de l'adulte

Axe I PARCOURS DE SOINS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS

Objectif stratégique 5. Structurer un parcours grands adolescents / jeunes adultes avec la Psychiatrie de l'adulte

Pôle concerné : PPEA, Pôles de psychiatrie de l'adulte

Contexte & enjeux

Les relais des jeunes pris en charge par le PPEA vers les CMP adultes restent difficiles à 18 ans. Au-delà des freins organisationnels, un enjeu de formation est identifié : certains professionnels de psychiatrie de l'adulte se sentent insuffisamment armés pour la prise en charge des jeunes adultes.

La MDA a élargi récemment son public cible aux 21-25 ans et en prenant la qualification « maison des adolescents et des jeunes adultes (MDAJA) ».

La fin de l'axe institutionnel 2020-2025 de **formation sur la psychopathologie adolescente** a réduit les espaces de montée en compétence croisée. On constate que les professionnels de psychiatrie de l'adulte ne connaissent pas encore suffisamment les institutions relais pour le public des jeunes adultes (Service de Santé Étudiant, équipes mobiles de la MDAJA, etc.)

Dans ce contexte, un travail structuré doit être mené pour **fluidifier les relais à 18 ans, renforcer les liens avec la psychiatrie adulte, et soutenir l'acculturation réciproque autour des jeunes adultes.**

Actions envisagées

Intitulé	Description
I.5.1. Travailler la question des relais à 18 ans vers les CMP adultes de l'EPSM et la levée des freins	▪ Identifier les freins institutionnels ou organisationnels au passage en psychiatrie adulte. ▪ Engager un travail conjoint PPEA-psychiatrie de l'adulte pour fluidifier le parcours de transition.
I.5.2. Renforcer les liens des services de psychiatrie de l'adulte avec les différents partenaires impliqués dans le dépistage et la prise en charge des jeunes adultes (MDAJA, SSE, BAPU...)	▪ Organiser des temps d'échange et de connaissance mutuelle entre partenaires du repérage / prévention et les équipes de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie ▪ Clarifier les périmètres d'intervention des différents acteurs. ▪ Consolider les modalités de relais entre la MDAJA (notamment ses équipes mobiles), le SSE et les CMP de psychiatrie adulte.
I.5.3. Favoriser la remise en place d'un axe institutionnel de formation à la psychopathologie adolescente au sein de l'EPSM	▪ Identifier les anciens formats institutionnels de formation et leurs apports. ▪ Étudier les modalités d'une reprise de ces temps, à destination conjointe des équipes pédopsychiatriques et de psychiatrie adulte. ▪ Déployer ces formations.

Indicateurs de suivi / résultats

- Évaluation qualitative des passages de relais de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie de l'adulte (étude de cas, questionnaire, entretiens patients, familles et équipes)
- Existence de temps d'échanges réguliers EPSM / SSE / MDAJA
- Évolution de l'acculturation réciproque (à objectiver via retours des équipes ou bilans qualitatifs)
- Nombre de formations internes ou temps institutionnels sur la psychopathologie adolescente réactivés et nombre de professionnels formés en pédopsychiatrie et psychiatrie de l'adulte

Moyens nécessaires identifiés

- Temps dédié pour organiser les échanges inter-équipes (PPEA / psychiatrie adulte / MDAJA / SSE).
- Ressources internes pour relancer une dynamique de formation institutionnelle.

Points de vigilance

- Le PPEA avait envisagé, avec la psychiatrie adulte, la mise en place d'une unité d'hospitalisation 16–21 ans, répondant notamment aux recommandations du CGLPL sur les conditions d'hospitalisation et permettant une acculturation renforcée entre PPEA et psychiatrie adulte. Ce projet est rendu obsolète par l'annonce récente d'un renforcement du capacitaire en lits de pédopsychiatrie sur le département, et par la réforme des autorisations insistant sur la nécessité d'une prise en charge en pédopsychiatrie jusqu'à 18 ans. Il conviendra toutefois de rester vigilant sur l'adéquation de l'offre en hospitalisation des mineurs aux besoins, pour envisager de déployer d'autres solutions adaptées à l'EPSM.

Objectif 6. Structurer la filière de prise en charge des psychotraumatismes

Axe I PARCOURS DE SOINS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS

Objectif stratégique 6. Structurer la filière de prise en charge des psychotraumatismes

Pôle concerné : PPEA, Pôle Psychiatrie Transversale (CUMP)

Contexte & enjeux

La structuration d'une filière psychotraumatismes pour les enfants et adolescents sur le territoire est en cours avec un pilotage par l'ARS, mais demeure à ce jour incomplète :

- Il n'existe pas de prise en charge spécifique des psychotraumatismes enfants ou adolescents **au sein du PPEA**, toutefois les CMPEA sont régulièrement amenés à traiter ce type de difficultés, notamment par le biais d'orientations par la CUMP portée par l'EPSM. Un besoin de développement des compétences internes au PPEA est identifié, notamment sur les psychotraumatismes complexes.
- Le **Centre Ressources Psychotraumatismes (CRP)**, porté par le CHU, intègre désormais le public des mineurs mais ne propose actuellement qu'une consultation à partir de 11 ans. Le PPEA y adresse ponctuellement des jeunes, mais un bilan des adresses n'a pas encore été réalisé. Un rapprochement CUMP – CRP mineurs est à structurer pour l'ouverture prochaine de la consultation 7-11 ans.
- Le CHU a déposé dans le cadre de l'AAP MNPEA 2025 un projet de création d'un **hôpital de jour intensif psychotraumatismes pour mineurs**. L'EPSM s'est positionné comme partenaire pour mettre à disposition des locaux, ce qui tendra à renforcer les liens de coopération entre les 2 établissements.

Certains professionnels signalent des **limites aux orientations vers le CRP** :

- L'approche proposée (TCC / traitement par exposition), ne convient pas à tous, notamment aux psychotraumatismes complexes.
- La file active des situations des mineurs présentant des psychotraumatismes comprend une proportion importante d'allophones, avec des difficultés d'accès au CRP lorsque le patient ne parle pas le français ou l'anglais

Dans ce contexte, il est nécessaire d'objectiver les flux, **d'organiser les relais institutionnels et de structurer la montée en compétence du PPEA sur le psychotraumatisme**.

Actions envisagées	
Intitulé	Description
I.6.1. Réaliser un bilan des adresses du PPEA vers la consultation + de 12 ans du CRP et au besoin identifier les leviers pour améliorer la fluidité du parcours de soin (co-suivis avec les CMPEA)	- Intégrer ce bilan dans l'analyse du parcours de soins du patient, notamment lorsque le CRP intervient conjointement avec un CMPEA - Identifier les leviers d'amélioration (complémentarité avec l'offre sectorisée, co-suivis CMPEA – CRP si nécessaire).
I.6.2. Structurer les adresses de la CUMP vers le CRP dès l'ouverture de la consultation 7-11 ans	- Formaliser les indications et modalités d'adressage CUMP vers CRP pour les 7-11 ans. - Clarifier la place du PPEA dans les orientations en attendant l'ouverture complète de l'offre CRP pour mineurs.
I.6.3. Développer au sein du PPEA les compétences pour la prise en charge des psychotraumatismes, notamment complexes	- Identifier les besoins en formation des équipes (retours des professionnels du PPEA et des partenaires). - Déployer un plan de formation interne ciblé psychotraumatismes simples et complexes. - Prendre en compte les limites actuelles du CRP (approche, psychotraumatismes simples) pour ajuster les compétences internes

	du PPEA. Intégrer la problématique des patients allophones dans les formations et l'organisation des prises en charge.
--	---

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre d'adressages PPEA vers CRP (+12 ans / 7-11 ans) et évolution
- Existence d'un protocole structuré d'adressage CUMP → CRP mineurs
- Nombre de professionnels formés à la prise en charge des psychotraumatismes (simples et complexes) au sein du PPEA
- Évolution de la fluidité du parcours entre PPEA / CRP / CMPEA (via retour des équipes)
- Participation de l'EPSM au projet d'hôpital de jour intensif porté par le CHU (suivi partenarial)

Moyens nécessaires identifiés

- Temps dédié pour réaliser le bilan des adressages PPEA vers CRP.
- Appui du CHU / CRP pour clarifier les modalités d'orientation.
- Ressources de formation internes ou externes pour développer les compétences du PPEA.

Points de vigilance

- La proportion élevée d'allophones dans la file active nécessite une vigilance spécifique pour éviter les ruptures d'accès au CRP

Objectif 7. Améliorer les parcours des enfants et adolescents présentant des TSA

Axe I PARCOURS DE SOINS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS

Objectif stratégique 7. Améliorer les parcours des enfants et adolescents présentant des TSA

Pôle concerné : PPEA

Contexte & enjeux

Certaines évolutions portées par les stratégies nationales TND peuvent conduire à des orientations plus tardives vers les soins spécialisés qui désorganisent l'offre intensive du PPEA, dans un contexte où les hôpitaux de jour, parfois seule solution adaptée pour les cas les plus complexes, n'ont pas été redimensionnés pour ce type d'accompagnement. L'étayage mis en place, s'il diversifie les propositions et renforce l'inclusion des enfants concernés, concourt également à la dégradation de situations qui auraient nécessité des soins intensifs plus tôt.

Pour les TSA déficitaires, sans manifestation complexe surajoutée, les HDJ sanitaires sont de plus en plus sollicités dans l'attente d'une place en IME. Ceci crée un engorgement des HDJ qui ne peuvent répondre dans des délais satisfaisants aux enfants en grande souffrance psychique (troubles désorganisés de l'attachement, troubles autistiques secondaires à un contexte carenciel...). Ce détournement d'usage des missions de soins psychiques intensifs dévolus aux HDJ crée des tensions avec les partenaires qui ont une forte attente de réponse du secteur.

Ainsi, les parcours des enfants présentant des TSA sont aujourd'hui fragilisés par **deux dynamiques parallèles** :

- Une graduation des soins **PCO-TND** (avec un suivi libéral) et CMPEA insuffisamment organisée, qui occasionne des passages de relais au bout de 18 mois (temps de financement prévu par les textes) insuffisamment préparés et mal acceptés par les familles ;
- La mise en place de dispositifs médico-sociaux d'intégration en milieu scolaire ordinaire pour les enfants TSA déficitaires (**UEMA, UEEA**), qui tend à générer des retards de prise en charge sanitaire et des passages de relais difficiles.

L'absence de médecin dans les PCO-TND et UEMA/UEEA fragilise les évaluations initiales et les relais.

Actions envisagées	
Intitulé	Description
I.7.1. Continuer à travailler la graduation des soins avec les PCO-TND et la pertinence du passage de relais (réadressages, orientations en fin de prise en charge)	- Travailler avec les PCO-TND du département (association Gaston Mialaret, ...) sur la graduation des soins, en tenant compte de la diversité des profils (TSA sévères vs DYS). - Réaliser un travail conjoint sur les réadressages des cas complexes par la plateforme au moment de l'évaluation initiale, afin d'éviter des passages de relais dans un état dégradé après 18 mois de soins libéraux standardisés (psychomotricité + orthophonie). Clarifier les orientations en fin de prise en charge PCO selon les pathologies, en sécurisant le passage vers le CMPEA et la préparation des familles.
I.7.2. Travailler les adressages avec le secteur médico-social (IME, UEMA et UEEA) pour les TSA déficitaires	- Consolider les liens des CMPEA avec les UEMA et UEEA gérées par le secteur médico-social. - Clarifier les orientations UEMA/UEEA vers CMPEA, notamment pour éviter des passages de relais trop tardifs. Prévenir les orientations en HDJ inadaptées faute de places en IME.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de réadressages PCO-TND vers CMPEA après évaluation initiale et évolution
- Nombre d'orientations par les UEMA/UEEA vers les CMPEA et moment du parcours

- Évolution de la pertinence des passages de relais PCO (qualitative / retours des équipes)
- Évolution de la pertinence des passages de relais UEMA/UEEA (qualitative / retours des équipes)
- Nombre d'enfants TSA déficitaires adressés chaque année pour lesquels un HDJ n'a pas de valeur ajoutée versus une orientation directe en IME.

Moyens nécessaires identifiés

- Temps dédié pour organiser les échanges PCO-TND / CMPEA.

Points de vigilance

- En parallèle, il est nécessaire d'identifier les besoins d'appui spécifiques au sein du PPEA pour les enfants TSA déficitaires, dans un contexte où les moyens des HDJ n'ont pas été renforcés malgré une pression accrue.
- La question de l'orientation vers ESSMS (jusqu'à 4 ans d'attente) est notamment problématique, responsable de maintiens prolongés en HDJ et de désorganisation de l'offre. Un travail de concertation avec le secteur médico-social doit être réalisé afin de faciliter les orientations vers les EMS.

Objectif 8. Prévoir les moyens nécessaires à la pédopsychiatrie dans le schéma immobilier

Axe I PARCOURS DE SOINS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS

Objectif stratégique 8. Prévoir les moyens nécessaires à la pédopsychiatrie dans le schéma immobilier

Pôle concerné : PPEA

Contexte & enjeux

Un certain nombre de locaux des dispositifs ambulatoires du Pôle PPEA ne sont **pas adaptés à une prise en charge de qualité**. Ce point faisait déjà l'objet d'un constat dans le **précédent projet médico-soignant**. Les locaux sont hérités de la dynamique d'intégration des soins en ville de la psychiatrie des années 1980, et sont souvent de type pavillonnaire, entraînant des problématiques d'exiguïté, de non-conformité aux normes PMR (avec l'accueil d'enfants au schéma corporel impacté par leurs troubles), d'insonorisation.

Par ailleurs, la volonté du PPEA de déployer des **dispositifs plus modulaires, plus souples et plus adaptables aux besoins de chaque enfant**, implique une **mutualisation de moyens entre services**, qui ne peut passer que par un **regroupement de sites**.

Actions envisagées	
Intitulé	Description
I.8.1. Relocaliser à Lisieux, de façon groupée, l'HDJ enfants et le CATTP, voire le CMPEA (dont équipe périnatalité) et le CATTP ados	État des lieux : ▪ HDJ enfants : en propriété. Maison de caractère sur 3 étages, vétuste avec entretien impossible, sur grande parcelle, estimée depuis de nombreuses années comme inadéquate au public reçu et entretenue à minima. Localisation et accessibilité correctes. Évaluation faite de la valeur possible à la vente. ▪ CATTP enfants : en location. Maison pavillonnaire inadaptée au public et aux activités avec nonaccès en transport en commun. Aucun lieu dédié pour le projet financé CATTP ados ▪ CMPEA : en propriété. Adéquat avec terrain attenant non exploité. Satisfaisant mais ne pourra y intégrer le CATTP ados, sauf construction légère sur terrain attenant dont la faisabilité reste à étudier. ▪ ASR : hébergé au sein d'une maison de santé ce qui facilite l'accès et le repérage. Perspectives : ▪ Relocaliser ensemble l'HDJ enfants et le CATTP enfants (équipes communes et notion d'amont et d'aval pour ces enfants), voire le CMPEA (dont équipe périnatalité) et le CATTP ados.
I.8.2. Prévoir une extension des locaux à Falaise pour le CATTP ados que le CMPEA ne pourra pas héberger	▪ Répertorier et étudier la faisabilité de différents scénarios (construction sur le site du CMPEA d'une annexe, acquisition d'un bâtiment voisin, hébergement au CHG...). ▪ Mettre en œuvre la solution retenue
I.8.3. Relocalisation de l'Equipe Mobile Mineurs Hospitalisés	▪ L'EMMH déployée pour le soutien aux équipes de psychiatrie de l'adulte dans l'hospitalisation des mineurs est actuellement localisée au sein du bâtiment Tilleuls-Patio (un bureau et une salle faisant office de petit HDJ, accueillant les adolescents). ▪ Il est nécessaire de sécuriser des locaux pour cette équipe mobile

	récente et indispensable au bon déroulé de l'hospitalisation des mineurs.
I.8.4. Conduire le projet « Rives de l'Orne » (regroupant l'ensemble des dispositifs du PPEA à Caen)	Un terrain a été cédé par la ville de Caen dans le cadre des négociations relatives au passage du tramway. Le PPEA souhaiterait y réunir toutes les structures enfants caennaises : CMPE, 3 HDJ, CATTP, ASR, afin de constituer le guichet unique de la pédopsychiatrie caennaise de l'EPSM et permettre ainsi un meilleur repérage de l'ensemble des parties prenantes (familles, enfants, professionnels) du territoire ainsi qu'une meilleure mutualisation des compétences internes.

Indicateurs de suivi / résultats

- Locaux adaptés au regroupement des structures de Lisieux (CATTP/HDJ)
- Existence d'un scénario validé pour l'extension ou relocalisation du CATTP ados à Falaise
- Relocalisation de l'EMMH dans un délai de deux ans
- Projet d'organisation de l'offre de soins caennaise à formaliser entre 2026 et 2028
- Évolution à 5 ans des conditions matérielles de prise en charge (accessibilité PMR, insonorisation, adaptation des espaces aux publics vulnérables) au sein du PPEA

Moyens nécessaires identifiés

- Ressources internes du pôle (binôme de pôle, cadres) pour poursuivre la recherche active de sites à Lisieux.
- Inscription du projet « Rives de l'Orne » dans le PGFP
- Mobilisation de partenaires institutionnels (ville de Caen, CHG Falaise, structures médico-sociales, établissements éducatifs ou culturels propriétaires de foncier).

Points de vigilance

- Les relocalisations doivent garantir la continuité des prises en charge durant les périodes de travaux et de déménagements.

Objectif 9. Améliorer les conditions d'hospitalisation complète des mineurs

Axe I
PARCOURS DE SOINS DES ENFANTS ET
ADOLESCENTS

Objectif stratégique 9. Améliorer les conditions
d'hospitalisation complète des mineurs

Pôle concerné : PPEA, Pôles de psychiatrie de l'adulte

Contexte & enjeux

Dans un contexte de manque de lits en pédopsychiatrie sur le département (6 lits <12 ans au CHAB, 12 lits ≥12 ans au CHU, avec une difficulté générale d'accès pour des hospitalisations non programmées) et de situations aiguës en hausse sur le territoire, l'EPSM est régulièrement amené à devoir hospitaliser des mineurs au sein de ses unités de psychiatrie adulte.

Ce type d'hospitalisation nécessite des ajustements pour répondre aux exigences réglementaires et aux besoins cliniques. À cet effet, le dispositif adolescent du PPEA a élargi son offre depuis septembre 2024 en déployant une **équipe mobile d'accès aux soins intervenant auprès des mineurs hospitalisés à l'EPSM (Equipe Mobile Mineurs Hospitalisés, EMMH)**. Cette équipe mobile constitue un soutien auprès des équipes d'intra-hospitalier pour la compréhension de la situation spécifique des mineurs et un éventuel appui à la sortie. Un lieu d'accueil a été aménagé à l'EPSM grâce à un financement de la Fondation des Hôpitaux, mais aucun lieu pérenne n'est identifié à ce jour. Un protocole d'interpellation de cette équipe mobile par les services adultes a été élaboré et le bureau des admissions informe systématiquement l'équipe en cas de présence d'un mineur en intra. Toutefois, l'EMMH reste peu sollicitée car la durée d'hospitalisation des mineurs est courte, rendant nécessaire un travail d'acculturation entre psychiatrie adulte et pédopsychiatrie.

Des difficultés restent cependant à lever concernant l'hospitalisation des mineurs :

- L'absence de **locaux pérennes pour l'Equipe Mobile Mineurs Hospitalisés** alors même que son rôle est devenu essentiel ;
- Un manque de **formation des équipes intra de psychiatrie de l'adulte** en psychopathologie adolescente ;
- La nécessité d'un **cadre d'accueil adapté**, garantissant la sécurité, la confidentialité et la continuité des soins pour les adolescents hospitalisés, qui rejoint plus largement un besoin de rénovation des locaux intrahospitaliers à l'EPSM.

Actions envisagées	
Intitulé	Description
I.9.1. Poursuivre l'adaptation des conditions d'hospitalisation aux mineurs et diffuser auprès des équipes d'intra la formation à la psychopathologie de l'adolescent	Équipe Mobile Mineurs Hospitalisés (EMMH) : ▪ Renforcer la coordination clinique entre pédopsychiatrie, psychiatrie adulte et l'EMMH pour les mineurs hospitalisés. ▪ Pérenniser les locaux de l'EMMH (voir fiche action 8 de l'axe I). Adaptation de l'accueil : ▪ Identifier les besoins en adaptation des espaces et modalités d'accueil (recours aux chambres au plus près des postes de soins, verrouillage des chambres, adaptation des soins, possibilité d'accueil des parents la nuit, etc.) ▪ Formaliser une fiche de bonnes pratiques regroupant ces points et la diffuser auprès de tous les services d'hospitalisation ▪ Mettre en œuvre les aménagements nécessaires ▪ Évaluer régulièrement l'effectivité et l'efficacité de l'adaptation des pratiques. Formation des professionnels : ▪ Structurer un programme de formation partagé entre équipes de

	pédopsychiatrie et psychiatrie adulte en matière de psychopathologie adolescente (voir fiche action 5 de l'axe I).
--	---

Indicateurs de suivi / résultats

- Évolution du recours à l'EMMH et évaluation qualitative des motifs et actions proposées
- Relocalisation des locaux de l'EMMH dans un délai de deux ans
- Nombre de formations internes ou temps institutionnels sur la psychopathologie adolescente réactivés et nombre de professionnels formés en psychiatrie de l'adulte
- Existence d'une fiche de bonnes pratiques pour l'hospitalisation des mineurs en services adultes et connaissance de cette fiche par les équipes d'intra
- Suivi du respect des aménagements préconisés en matière d'hospitalisation des mineurs

Moyens nécessaires identifiés

- Locaux pérennes pour l'EMMH, à inscrire dans le plan d'investissement.
- Temps dédié pour renforcer la coordination clinique entre pédopsychiatrie, psychiatrie adulte et EMMH.
- Inscription et priorisation de la formation en psychopathologie adolescente en tant qu'axe institutionnel prioritaire.
- Appui des cadres et chefs de service pour diffuser et faire appliquer la fiche de bonnes pratiques dans l'ensemble des unités d'hospitalisation.

Points de vigilance

- Cette organisation « par défaut » sera à réévaluer en fonction de l'évolution pressentie du capacitaire de l'offre d'hospitalisation pour mineurs sur le département.

L'OFFRE DE PSYCHIATRIE DE L'ADULTE

Missions et organisation de la Psychiatrie de l'adulte

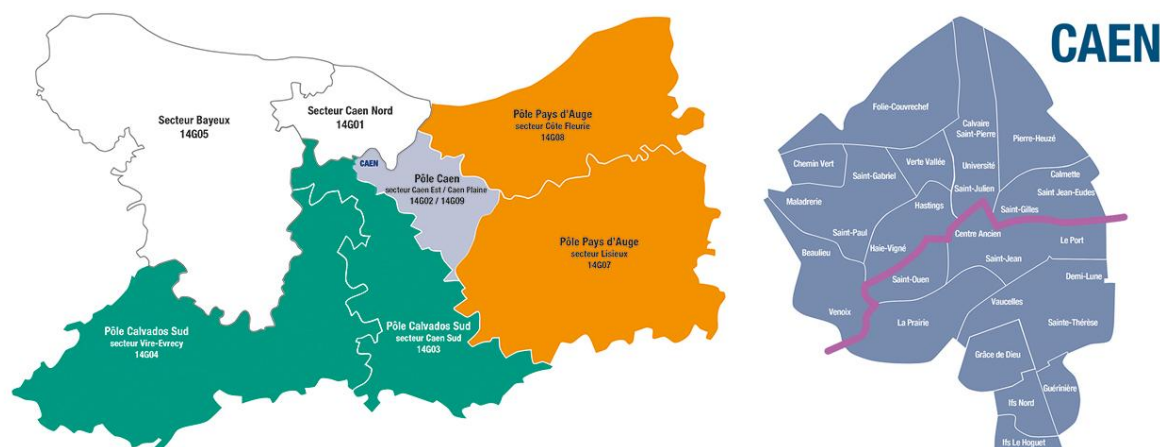
L'EPSM Caen met à disposition de la population adulte du Calvados, **des services et des équipements de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale**. Il est autorisé à **accueillir les personnes en soins sans consentement** et il est le seul établissement du département à accueillir également pour des soins psychiatriques **les personnes sous-main de justice**.

L'établissement couvre ainsi 6 secteurs sur les 8 existants du département en complémentarité avec le CHU de Caen (secteur Caen Nord) et le Centre Hospitalier Aunay-Bayeux (secteur du Bessin), soit environ **70% de la population du Calvados**.

En matière de psychiatrie de l'adulte, l'EPSM est organisé en 6 pôles cliniques :

- 3 pôles de psychiatrie adulte, chacun des pôles comprenant 2 secteurs
 - o Pôle Caen (secteur Caen Plaine + secteur Caen Est)
 - o Pôle Calvados Sud (secteur Caen Sud + secteur Vire-Evrecy)
 - o Pôle Pays d'Auge (secteur Côte fleurie + secteur Lisieux)

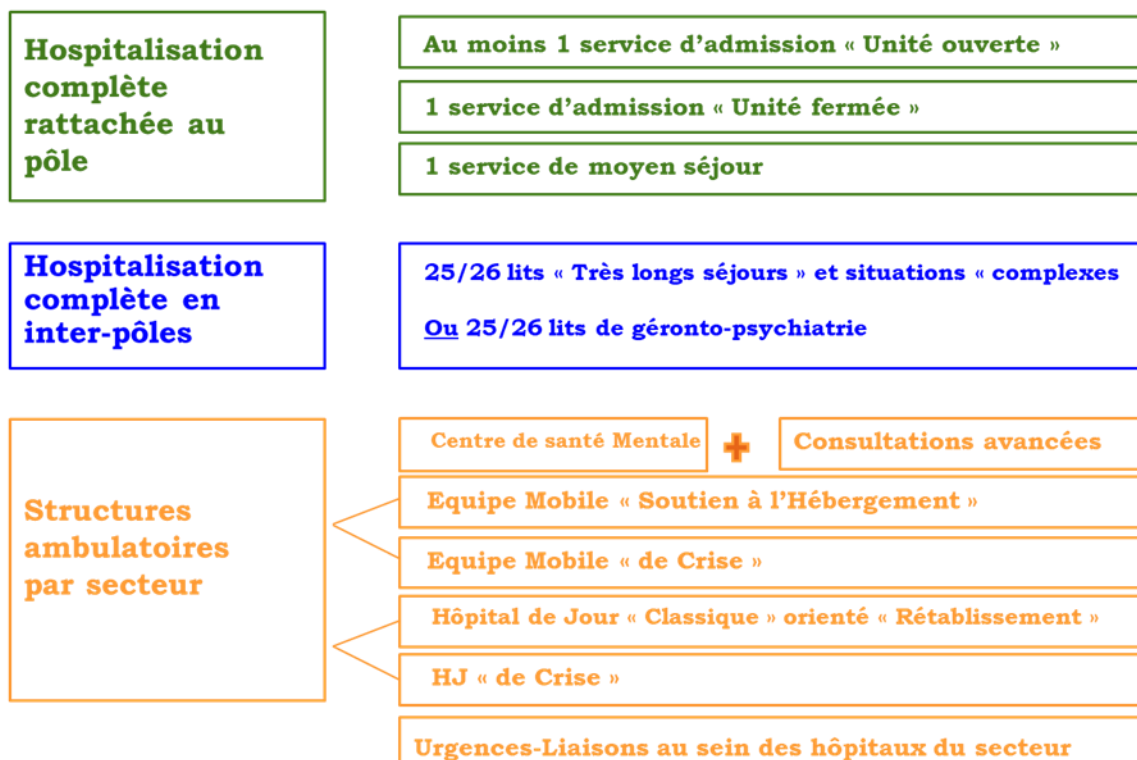
Chacun des pôles adultes comprend des lits d'hospitalisation (en services d'admission et de moyen/long séjour) sur le site principal de l'EPSM et des structures ambulatoires (40 environ) réparties sur **l'ensemble des secteurs du département permettant une offre en santé mentale de proximité** notamment à travers de nombreux hôpitaux de jour (13), centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (5), équipes mobiles (10) et centres médico-psychologiques (11), au plus près des populations.



L'ambition de ce projet médico-soignant est d'aboutir à une structuration analogue des 3 pôles de psychiatrie adulte, telle que présentée ci-dessous :

Structuration d'un PÔLE

1 Pôle= 2 secteurs



- 1 pôle de psychiatrie transversale regroupant les services et unités intersectoriels :
 - o Addictologie de Liaison
 - o "Ariane" Service de réhabilitation psychosociale, orienté rétablissement
 - o CRUMP 14 Normandie : Cellule Régionale d'Urgences Médico-Psychologique
 - o Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP)
 - o Service "Sport Santé"
 - o Unité Mobile de Psychiatrie du Sujet Agé (UMPSA)

- 1 pôle de psychiatrie légale regroupant :
 - o Le Service médico-psychologique régional (SMPR) qui prend en charge la santé mentale des détenus au Centre Pénitentiaire (CP) de Caen, au CP de Caen-Ils et à la Maison d'arrêt de Caen et au Service d'Accompagnement à la Sortie (SAS).
 - o Le Centre de référence des violences sexuelles Normandie Nord-Ouest qui comprend :
 - Le Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS)
 - L'Unité d'Évaluation Spécialisée (UNEVAS) s'adresse aux professionnels soignants confrontés à des situations de violences sexuelles complexes
 - Et il est associé au Centre Accueil, Soutien, Accompagnement et Prévention des violences sexuelles (ASAP) qui accueille toute personne victime ou concernée par des violences sexuelles.
- 1 pôle de Pharmacie, Médecine, Odontologie se compose de :
 - o La pharmacie à usage intérieur,
 - o Le service intersectoriel de médecine polyvalente (SIMP),
Une unité santé sexuelle
 - o Un cabinet dentaire.

Ces services permettent une prise en charge somatique complète des patients et des usagers de l'EPSM.

Enjeux et perspectives pour la psychiatrie de l'adulte

Les grands enjeux pour la psychiatrie adulte s'articulent autour d'une transformation profonde de l'offre de soins pour répondre à des besoins croissants.

L'un des enjeux prioritaires est de **renforcer « l'aller-vers »**, la présence des équipes au plus près du lieu de vie des patients pour prévenir l'hospitalisation en favorisant le **déploiement d'équipes mobiles de crise (EMC)**, le **maintien à domicile**, la création de **Centres de Santé Mentale (CSM)** pour une meilleure lisibilité et cohérence du parcours, la **coopération territoriale** pour éviter l'errance thérapeutique.

La **modernisation et la spécialisation de l'hospitalisation** est également un des enjeux forts pour lequel le projet immobilier est l'un des leviers d'une réorganisation complète des services d'hospitalisation avec une **structuration par durée de séjour, un équilibre entre liberté et sécurité et une amélioration globale des conditions d'accueil**. La période 2026-2030 sera notamment marquée par la **transformation profonde de l'offre de moyen et long séjour** avec le redéploiement de 5 services de moyen-long séjour vers **une offre de 3 services de moyen séjour (1 par pôle adulte) et d'un service intersectoriel de 25/26 lits**. Ce redéploiement sera porté par le **projet immobilier dit « de reconstruction du bâtiment JAMET »** dont la livraison est prévue courant 2029 et la reconfiguration de locaux existants devenus vacants.

Par ailleurs, **l'approche globale et l'orientation « rétablissement » demeurent**, avec l'importance à donner à la pluriprofessionnalité dans les parcours de soins et la prise en compte du pouvoir d'agir des personnes dans leurs parcours.

Enfin, **l'excellence des pratiques par l'éthique et la recherche** doivent garantir la pérennité et la qualité des missions. Ainsi dans cette perspective, l'établissement entend s'engager sur l'évolution constante des savoirs et des pratiques cliniques.

Ces différents enjeux se retrouvent déclinés dans les axes « **Parcours de soins ambulatoires adultes** », « **Prise en charge en hospitalisation complète** » et « **Amélioration transversale des pratiques professionnelles** » avec pour chacun d'entre eux 7 à 9 objectifs spécifiques à réaliser sur la période 2026-2030.

AXE II. PARCOURS DE SOINS AMBULATOIRES DES ADULTES

L'axe relatif aux parcours de soins extrahospitaliers des adultes comprend **7 objectifs** :

1. Harmoniser la **gradation de l'offre ambulatoire et la réponse aux situations aiguës**
2. Développer **l'aller vers les partenaires sociaux et médico-sociaux**
3. Poursuivre et diversifier les pratiques de la **coordination avec la médecine de ville**
4. Renforcer le **suivi somatique et médicamenteux** en ambulatoire
5. Renforcer le lien entre **activités transversales** et services sectorisés
6. Poursuivre l'inscription des activités transversales dans une **dynamique territoriale**
7. Stabiliser et développer les activités du **SMPR**

Chacun de ses objectifs fait l'objet d'une fiche action, déclinant une ou plusieurs pistes d'actions.

Objectif 1. Harmoniser la graduation de l'offre ambulatoire et la réponse aux situations aiguës

Axe II PARCOURS DE SOINS AMBULATOIRES DES ADULTES

Objectif stratégique n° 1. Harmoniser la graduation de l'offre ambulatoire et la réponse aux situations aiguës

Pôle concerné : Pôles de psychiatrie de l'adulte

Contexte & enjeux

L'offre en équipes mobiles s'est étoffée ces dernières années au sein de l'EPSM, avec la mise en place d'équipes mobiles de crise sur les pôles Calvados Sud et Pays d'Auge en complément des équipes mobiles de secteur. Seul le Pôle caennais n'est actuellement pas pourvu d'une équipe mobile de crise.

Cette évolution vient enrichir l'offre mais aussi complexifier sa lecture pour les partenaires mais aussi d'un pôle à l'autre, qui plus est avec des équipes mobiles de crise n'ayant pas les mêmes périmètres de mission selon les territoires. En effet, l'offre s'est développée au coup par coup en fonction des opportunités et des appels à projets. Le projet APUI (Accompagnement Post Urgences Intensif) prévoit de déployer une équipe mobile et un accueil de jour de crise dans chaque pôle. A ce jour, il n'a pu être déployé que sur le Pôle Pays d'Auge mais la perspective d'une généralisation sur l'ensemble des pôles adulte demeure.

Dans ce contexte, il convient de **repenser de manière transversale la graduation des soins dans son ensemble**, en prenant en compte :

- La complémentarité des équipes mobiles de crise avec les dispositifs classiques de secteur ;
- La complémentarité des équipes mobiles entre elles au sein d'un même territoire ;
- La réponse apportée aux situations de crise pour les patients connus, mais aussi pour les patients non connus (pris en charge par les équipes mobiles de crise sur certains territoires, mais pas sur d'autres).

L'enjeu est de **dessiner une offre plus efficace, plus lisible, et d'éviter des besoins non couverts ou couverts de manière redondante**. Une certaine harmonisation est à rechercher avec une adaptation des fonctionnements liées aux spécificités territoriales et une appropriation par les équipes.

Il convient par ailleurs de prendre en compte l'évolution des ressources territoriales : le **SAS Normandie** devrait se déployer prochainement afin de réguler la demande relative aux situations aiguës.

Actions envisagées	
Intitulé	Description
II.1.1. Repenser et harmoniser la graduation des soins (accueil sans RDV, équipes mobiles, accueil de jour de crise, CMP etc.) et l'offre proposée aux partenaires pour les patients non connus (numéro unique, régulation...)	▪ Structurer une organisation lisible et adaptable, harmonisée avec des principes communs. - Mettre en place un GT en charge de clarifier les sujets suivants ▪ Organiser la réponse à la crise, en complémentarité et en appui sur les dispositifs existants : - Généraliser l'accueils infirmier sans rendez-vous en CMP ; - Repenser la complémentarité équipes mobiles de secteur / équipes mobiles de crise ; - Clarifier la place des accueils de jour dans la gestion de la crise dans les prochaines années, en coordination avec les équipes mobiles de crise et la graduation globale des soins ; - Intégrer des spécificités territoriales dans la réponse proposée (maillage plus dense et plus complexe à Caen par exemple)

	▪ Fluidifier l'intégration des patients non connus : - Dédier des consultations CMP sans rendez-vous ; - Définir des attendus communs vis-à-vis des équipes mobiles de crise concernant les patients non connus ; - Articuler l'intervention des équipes mobiles et des CMP pour éviter les orientations systématiques vers les urgences ; - Améliorer la lisibilité et la disponibilité de l'offre pour les médecins généralistes ; - Intégrer la réponse dans l'écosystème territorial : cellules situations complexes du CLSM de Caen, future équipe mobile à destination des bailleurs sociaux, etc.
II.1.2. Généraliser les équipes mobiles de prévention – gestion de la crise et améliorer leur visibilité et modalités de saisine pour les SAU et notamment celui du CHU de Caen, départemental	▪ Déployer une équipe mobile de gestion de la crise sur le Pôle Caennais, à partir de moyens RH spécifiques ▪ Définir clairement les périmètres de missions des équipes mobiles de crise en tenant compte des besoins du territoire et de la distinction agglomération caennaise / territoires plus ruraux du Calvados. ▪ Améliorer la lisibilité de l'offre auprès des SAU, notamment le SAU du CHU de Caen à vocation départementale : site Internet EPSM, rencontres régulières, guide, clarification des modalités d'interpellation, réflexion sur un numéro unique d'interpellation des équipes de crise pour les partenaires. ▪ Veiller à la cohérence des interventions pour éviter les doublons ou confusions entre équipe mobile de crise et équipe mobile de soutien dans la gestion des situations aiguës. ▪ Anticiper l'articulation entre les équipes mobiles de crise et le futur SAS Normandie.
II.1.3. Participer à la mise en place d'une filière psychiatrique au sein du SAS du Calvados	▪ Participer, avec le CHAB et le CHU, à la mise en place d'une compétence psychiatrique au sein du futur Service d'Accès aux Soins (SAS) du Calvados, afin de répondre à la demande de soins urgents ou non programmés de la population, via une coordination lisible entre les acteurs de soins de ville et de l'hôpital sur un territoire. ▪ Identifier les modèles probants. Exemple du SAS de la Seine-Maritime avec la mise à disposition d'un temps de psychiatre et d'IPA par le CHS du Rouvray.

Indicateurs de suivi / résultats

- Part de CMP ayant ouvert un accueil infirmier sans rendez-vous
- Nombre de consultations pour patients non connus réalisées par les équipes mobiles de crise (sur les pôles pourvus) et les CMP chaque année, et évolution
- Existence et diffusion d'un guide de saisine des équipes mobiles auprès des SAU (dont CHU de Caen) et des médecins généralistes
- Mise en place effective d'une équipe mobile de crise à Caen
- Traçabilité des orientations SAS vers les équipes mobiles et les CMP (part du flux régulé hors urgences)
- Retours qualitatifs des partenaires (MG, SAU) sur la lisibilité de l'offre de crise et la qualité de la réponse : entretiens, questionnaire

Moyens nécessaires identifiés

- Moyens financiers pour la création de l'équipe mobile de crise du Pôle caennais
- Outils de lisibilité : guide de repérage pour SAU / MG, supports d'information (modalités de saisine), voire numéro unique.
- Temps de coordination avec le CHU, le CHAB et la régulation du SAS Normandie pour structurer la filière psychiatrique.

Points de vigilance

- Des exemples de modèles existants pour la réponse aux sollicitations des médecins généralistes pour les patients non connus devront être investigués. Exemples : plateforme ATEO 73 (orientations et appui aux médecins généralistes) au CHS de la Savoie, projet PEPITE 37 (télé-expertise psychiatrique pour médecins de ville).
- Veiller à préserver des capacités de prise en charge de la chronicité (Equipes mobiles de soutien à l'hébergement)

Objectif 2. Développer l'aller vers les partenaires sociaux et médico-sociaux

Axe II
PARCOURS DE SOINS AMBULATOIRES DES ADULTES
Objectif stratégique 2. Développer l'aller vers les partenaires sociaux et médico-sociaux
Pôle concerné : Pôles de psychiatrie de l'adulte
Contexte & enjeux

Les politiques publiques récentes renforcent la nécessité d'une approche partenariale pour soutenir les personnes en fragilité psychosociale, notamment autour de l'habitat et des risques de rupture.

- Un AAP départemental FNAVDL a été obtenu en 2025 par l'UDAF, visant la création d'un **dispositif d'équipe mobile à destination des bailleurs sociaux**. L'EPSM apportera une contribution clinique à l'équipe (temps d'IDE et de psychologue) en complément des autres compétences notamment éducatives de l'UDAF. Ce dispositif vise à intervenir en amont des ruptures (troubles psychiques ayant des incidences sur le voisinage avec risques d'expulsion) et auprès d'un public souvent non connu des services de psychiatrie. Il requiert une mobilisation partenariale forte et un réel souci de lisibilité des voies d'accès pour les bailleurs.
- L'EPSM dispose déjà de compétences spécifiques d'aller-vers via sa participation récente au GCSMS **Un chez soi d'abord** (prise en charge selon la politique du logement d'abord des grands marginaux en rue)

Actions envisagées	
Intitulé	Description
II.2.1. Accompagner le déploiement du dispositif mobile de soutien aux locataires des bailleurs sociaux présentant des difficultés psychiques	▪ Participer au cadrage des missions assurées par l'EPSM dans le dispositif FNAVDL, en précisant la contribution clinique attendue (repérage, évaluation, soutien à l'orientation). ▪ Définir les modalités de saisine et de coordination avec les bailleurs sociaux : contacts dédiés, critères d'alerte, délais de réponse attendus. ▪ Assurer l'articulation entre les interventions du dispositif bailleurs et celles des équipes mobiles de secteur, pour éviter les redondances et les orientations non justifiées vers les urgences. ▪ Intégrer la réponse apportée aux bailleurs dans la graduation des soins (CMP, équipes mobiles de crise et de secteurs...) ▪ Travailler la lisibilité des relais possibles pour les situations complexes (sorties d'hospitalisation, ESSMS, aides à domicile).

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de sollicitations adressées au dispositif FNAVDL impliquant une intervention de l'EPSM (typologie des situations, délais de réponse)
- Part relative des sollicitations ayant donné lieu à une intervention des équipes mobiles de crise/CMP, vs orientations vers les urgences

Moyens nécessaires identifiés

- Temps dédié des professionnels EPSM (IDE, psychologue) pour assurer les interventions et la coordination avec les bailleurs sociaux.

Points de vigilance

- La mobilisation de l'EPSM dans le cadre du dispositif FNAVDL doit être strictement cadrée afin d'éviter une confusion de rôle entre missions sanitaires et missions sociales.

Objectif 3. Poursuivre et diversifier les pratiques de la coordination avec la médecine de ville

Axe II PARCOURS DE SOINS AMBULATOIRES DES ADULTES

Objectif stratégique 3. Poursuivre et diversifier les pratiques de la coordination avec la médecine de ville

Pôle concerné : Pôles de psychiatrie de l'adulte, Pôle PMO

Contexte & enjeux

Les liens avec la médecine générale constituent un levier majeur de fluidification des parcours, tant pour l'accès aux soins psychiatriques que pour le renforcement du suivi somatique des patients.

L'existant est contrasté selon les territoires :

- **Pôle Calvados Sud** : dynamique avancée, avec des consultations IDE et médicales régulières au sein du PSLA de l'Hom (2 j/sem), une future implantation au PSLA de Condé-en-Normandie, et une perspective de Centre de Santé mentale adossé à un PSLA à Évrecy d'ici 18 mois.
- **Pôle Pays d'Auge** : liens étroits avec la CA Lisieux Normandie ; consultations avancées en maisons de santé ; difficulté persistante sur la Côte Fleurie du fait d'une médecine de ville faiblement structurée ; exploration d'alternatives via les CCAS.
- **Pôle Caennais** : absence de consultations avancées en PSLA ; intervention au sein du CCAS de Colombelles ; expérimentation d'une *fiche somatique* pour repérage addictions / risques cardio-vasculaires ; besoin d'une coordination renforcée avec la CPTS Caen-Couronnes pour structurer l'offre.

De manière générale, les liens fonctionnent davantage pour l'**adressage vers la psychiatrie** que pour le **recours aux soins somatiques**, alors même que la population suivie cumule des vulnérabilités en santé.

L'hétérogénéité des pratiques appelle une montée en cohérence, une diffusion territoriale des initiatives, et une diversification des modalités de coopération : téléexpertise, consultations avancées, dispositifs de soins partagés, implication des IPA Psychiatrie Santé Mentale (PSM), etc.

Actions envisagées	
Intitulé	Description
II.3.1. Poursuivre et généraliser la coordination avec la médecine de ville pour soutenir les orientations en psychiatrie et améliorer l'accès aux soins somatiques des patients suivis en psychiatrie	▪ Poursuivre le déploiement de consultations avancées en PSLA. Mettre en place ce type de consultations au sein de l'agglomération caennaise via la CPTS Caen-Couronnes, en s'appuyant sur les expériences du Pôle Calvados Sud. ▪ Identifier d'autres relais pour des consultations avancées lorsque la médecine de ville est peu structurée (ex. CCAS, Côte Fleurie). ▪ Travailler la présentation des CPTS auprès des équipes de l'EPSM pour renforcer les coopérations locales ▪ Mettre en place un courrier de liaison annuel des CMP vers les médecins traitants : informations minimales, changements de traitement, éléments du PSP. Envisager un modèle intégré dans Cortexte. ▪ S'appuyer sur la mission 1 des CPTS pour identifier un médecin traitant pour les patients qui en sont dépourvus. ▪ Déployer un dispositif de soins partagés avec la médecine générale : téléexpertise, expérimentations de postes d'internes partagés, réflexion sur des temps médicaux ville/hôpital. Expérimenter sur le Pôle caennais, évaluer et diffuser si pertinent. ▪ Intégrer la compétence IPA Psychiatrie Santé Mentale dans les liens avec les PSLA et les médecins traitants (coordination, suivi somatique, relais).

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de PSLA ou CCAS accueillant des consultations avancées par pôle
- Nombre de consultations avancées réalisées annuellement (paramédicales et médicales) et évolution par territoire.
- Nombre de courriers de liaison annuels adressés par les CMP aux médecins traitants et évolution
- Nombre de patients pour lesquels un médecin traitant a pu être identifié via la CPTS
- Existence de dispositifs de soins partagés (télé-expertise, postes partagés) et bilan de ces expérimentations
- Nombre d'interventions ou coordinations réalisées par les IPA PSM auprès des PSLA ou médecins traitants
- Retours qualitatifs des médecins généralistes, CPTS et PSLA sur la lisibilité, la cohérence des coopérations avec l'EPSM et les résultats.

Moyens nécessaires identifiés

- Dispositifs de soins partagés avec la médecine générale (télé expertise, internes partagés, temps mixites ville/hôpital), notamment via appels à projet (AAP).
- Appui des CPTS pour organiser les coopérations, identifier les médecins traitants et soutenir le repérage des besoins.
- Ressources en IPA PSM supplémentaires en extrahospitalier pour renforcer la coordination somatique et les liens avec la médecine générale.
- Outils supports : modèle de courrier de liaison intégré à Cortexte, fiches repères, protocoles de coordination.

Points de vigilance

- Les consultations avancées doivent rester complémentaires et ne pas se substituer à l'offre de secteur ou aux missions des CMP.
- Les coopérations doivent être adaptées aux réalités territoriales (médecine de ville structurée vs zones sous-denses).
- Les postes partagés et dispositifs de soins mixtes doivent être cadrés pour éviter une dilution des responsabilités.
- Le recours aux IPA PSM doit être articulé avec les médecins des pôles pour garantir la cohérence clinique.

Objectif 4. Renforcer le suivi somatique et médicamenteux en ambulatoire

**Axe II
PARCOURS DE SOINS
AMBULATOIRES DES ADULTES**
**Objectif stratégique 4. Renforcer le suivi somatique
et médicamenteux en ambulatoire**
Pôle concerné : Pôle PMO, Pôles de psychiatrie de l'adulte
Contexte & enjeux

Le Pôle PMO, historiquement centré sur l'intra hospitalier (examens somatiques obligatoires à 24h, suivi des patients en long séjour), voit aujourd'hui son activité s'élargir en réponse au constat national de sous-suivi somatique des personnes atteintes de troubles psychiques sévères.

Le pôle regroupe :

- La Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) ;
- Le Service Intersectoriel de Médecine Polyvalente (SIMP) incluant une unité santé sexuelle ;
- Le cabinet dentaire ;
- L'équipe opérationnelle d'hygiène.

Plusieurs chantiers sont identifiés en extrahospitalier :

- Développer des **suivis spécialisés ciblés** (cardiovasculaire et métabolique) **pour les patients sortant d'hospitalisation et/ou en difficulté pour accéder au suivi somatique de ville** ;
- Développer l'activité extrahospitalière de l'**unité santé sexuelle** ;
- Renforcer et structurer les **bilans de médication en hôpital de jour**, en lien avec les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine ;
- Améliorer l'**accès aux soins dentaires pour les patients suivis en ambulatoire**, par le déploiement d'un deuxième fauteuil dentaire et la consolidation du partenariat avec la FHM (Miséricorde).

L'ensemble de ces activités nécessite une organisation renforcée, un recrutement supplémentaire IPA Pathologies Chroniques Stabilisées (PCS), et des locaux adaptés au sein du SIMP.

Actions envisagées	
Intitulé	Description
II.4.1. Envisager des suivis spécialisés ciblés (pathologies métaboliques et cardio) pour des patients adressés par l'ambulatoire / en sortie d'hospitalisation complète	▪ Organiser des consultations spécialisées ciblées (cardiovasculaire, métabolique) pour des patients identifiés comme prioritaires : - Patients ayant initié un suivi en hospitalisation complète et rencontrant des difficultés d'accès au suivi somatique en ville ; - Patients repérés via le protocole intra-hospitalier de surveillance cardiaque et métabolique comme particulièrement à risque. ▪ Renforcer la ressource IPA Pathologies Chroniques Stabilisées.
II.4.2. Poursuivre et développer l'activité de pharmacie clinique en HDJ et CMP avec la participation des professionnels de ville	▪ Déployer les bilans de médication sur l'ensemble des hôpitaux de jour, en consolidant l'organisation déjà amorcée sur plusieurs pôles. ▪ Associer les professionnels de ville : - Pharmaciens d'officine (plus mobilisables que les médecins généralistes) ; - Médecins de ville lorsque possible. ▪ Mobiliser du temps pharmaceutique pour contribuer au déploiement. ▪ Proposer des entretiens pharmaceutiques d'information pour les patients suivis en CMP.
II.4.3. Ouvrir un deuxième	▪ Accompagner le déménagement du cabinet dentaire et son intégration

fauteuil dentaire afin de renforcer l'offre pour les patients suivis en ambulatoire	dans le bâtiment SIMP Pharmacie du Pôle PMO. ▪ Installer un deuxième fauteuil dentaire permettant d'accroître l'offre aux patients suivis en ambulatoire, une consultation de chirurgie orale et l'intégration d'étudiants en chirurgie dentaire (Université de Caen) afin de sensibiliser les futurs dentistes libéraux à la prise en charge des patients de la psychiatrie. ▪ Maintenir les critères d'adressage : - Patients ayant reçu un soin dentaire durant leur hospitalisation - Patients adressés par les équipes de CMP - Patients des structures médico-sociales de l'EPSM ▪ Consolider le partenariat existant avec la Miséricorde (FHM) ▪ Poursuivre les groupes de sensibilisation à la santé bucco-dentaire pour les professionnels et les usagers.
II.4.4. Consolider l'extension de l'unité santé sexuelle vers l'ambulatoire	▪ Renforcer les ressources humaines de l'unité de santé sexuelle. ▪ Consolider l'activité de consultations, de groupes thérapeutiques et de formation des professionnels. ▪ Envisager une participation au suivi des adolescents en lien avec les équipes de la MDAJA du Calvados.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de consultations spécialisées (cardio / métabolique) réalisées par année pour des patients suivis en ambulatoire et évolution
- Nombre de consultations de l'unité santé sexuelle, nombre de professionnels et d'usagers formés, chaque année
- Nombre d'HDJ engagés dans les bilans de médication, volume annuel de bilans réalisés
- Part de bilans ayant impliqué un pharmacien d'officine ou un médecin généraliste
- Effectivité du déménagement du cabinet dentaire
- Part de patients suivis en ambulatoire pris en charge annuellement en soins dentaires et évolution
- Nombre d'étudiants en chirurgie dentaire accueillis et retour des stages

Moyens nécessaires identifiés

- IPA Pathologies Chroniques Stabilisées au sein du Pôle PMO pour coordonner les suivis spécialisés (cardio, métabolique).
- Accompagnement de la montée en charge de l'unité santé sexuelle.
- Temps de praticien et d'assistant au cabinet dentaire en vue de l'augmentation d'activité et de l'ouverture de la consultation de chirurgie orale.

Points de vigilance

- Le développement de consultations spécialisées doit s'articuler avec les suivis de ville (et l'effort des équipes de CMP pour identifier des médecins traitants aux patients dépourvus) pour éviter une substitution excessive.
- La montée en charge des activités doit être progressive afin de garantir leurs conditions de déploiement sans préjudice pour les activités existantes.
- Rester vigilant sur l'adressage des patients d'extrahospitalier vers le cabinet dentaire de l'EPSM, ceux-ci doivent répondre aux critères de la grille APECS et disposer d'un suivi régulier par l'EPSM.

Objectif 5. Renforcer le lien entre activités transversales et services sectorisés

Axe II PARCOURS DE SOINS AMBULATOIRES DES ADULTES

Objectif stratégique 5. Renforcer le lien entre activités transversales et services sectorisés

Pôle concerné : Pôle Psychiatrie transversale et Pôles de psychiatrie de l'adulte

Contexte & enjeux

Le Pôle Activités transversales a été mis en place dans le cadre du précédent projet médico-soignant afin d'améliorer la lisibilité des activités non sectorisées et d'assurer une équité de saisine entre les secteurs. Il regroupe six unités fonctionnelles : Ariane (service de réhabilitation psychosociale orienté rétablissement), l'unité Sport Santé, la CUMP (Cellule d'Urgence Médico-Psychologique), l'UMPSA (mobile psychiatrie du sujet âgé), l'EMPP (précarité), et l'unité d'addictologie ambulatoire.

Le bilan de la mise en place de ce Pôle révèle :

- **Les objectifs inhérents à la mise en place du pôle ont été atteints** : en externe, les services ont tous un fonctionnement territorial, avec une expertise reconnue hors les murs et des réseaux structurés ; en interne la place des unités a été clarifiée sur le plan administratif.
- **Une dynamique de pôle en cours, à renforcer** : des rencontres trimestrielles (chefs de service / cadres).
- **Un point de vigilance RH** : absence de mutualisation médicale en cas d'absence (contrairement aux pôles sectorisés).
- **Une lisibilité encore partielle du pôle et de ses services dans l'établissement** : les modalités de saisine peu connus des équipes sectorisées.

Chaque unité a développé son propre projet de service à 5 ans. L'enjeu du PMS est **d'améliorer la compréhension réciproque entre pôles, la cohérence des relais cliniques et la circulation institutionnelle**.

Par ailleurs, si la gouvernance intrapolaire est bien établie au sein de chaque Pôle, les binômes de pôles appellent à une **structuration des échanges interpolaires**, y compris avec le Pôle Activités Transversales.

Actions envisagées	
Intitulé	Description
II.5.1. Amener chaque service à protocoliser de façon claire sur ses modes de saisine par les équipes de secteur	▪ Formaliser, pour chaque service, un mode d'emploi simple et partagé (critères, modalités d'accès, délais). ▪ Améliorer la lisibilité de ce mode d'emploi pour les équipes de secteur, en s'inspirant de l'exemple du Pôle PMO qui a intégré un chapitre sur les modalités de saisine dans le livret d'accueil du patient et des proches.
II.5.2. Structurer les échanges cliniques pour les patients communs aux secteurs et aux services intersectoriels	▪ Définir des modalités régulières d'échanges pluriprofessionnels entre les services du Pôle Activités Transversales et les équipes de secteur. ▪ S'appuyer sur les expériences positives (modèle d'échanges Ariane et équipes mobiles de rétablissement sectorisées). ▪ Clarifier les responsabilités de suivi pour les situations en co-intervention.
II.5.3. Intégrer le Pôle Activités transversales au sein des échanges	▪ Mettre en place un espace d'échanges interpolaire réunissant régulièrement chefs de pôle, cadres de pôle et direction afin de : - Améliorer l'interconnaissance des projets de chaque pôle

interpolaires	- Favoriser la mutualisation des ressources et la co-construction de projets institutionnels - Renforcer la cohésion institutionnelle
----------------------	--

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence et diffusion des fiches de saisine pour chaque service du pôle
- Nombre d'échanges cliniques formalisés entre services du Pôle Activités Transversales et secteurs (CMP, HDJ, équipes mobiles) et évolution annuelle
- Participation du Pôle Activités Transversales à l'instance interpolaire mise en place
- Retours qualitatifs des équipes de secteurs sur la lisibilité, l'accès aux services du Pôle Activités Transversales et les réponses apportées.

Moyens nécessaires identifiés

- Temps institutionnel dédié aux réunions cliniques conjointes secteurs – UF transversales.

Points de vigilance

- Veiller à la lisibilité des rôles de chacun pour éviter les doublons ou confusions de périmètre.
- Maintenir l'équilibre : renforcer la transversalité sans affaiblir les expertises de secteur.

Objectif 6. Poursuivre le développement des activités transversales en les intégrant dans une dynamique territoriale

Axe II PARCOURS DE SOINS AMBULATOIRES DES ADULTES

Objectif stratégique 6. Poursuivre le développement des activités transversales en les intégrant dans une dynamique territoriale

Pôle concerné : Pôle Psychiatrie transversale

Contexte & enjeux

Le point commun le plus saillant des activités transversales est de proposer une **approche territoriale**, basée sur les **besoins populationnels**, plutôt que centrée sur la patientèle de l'EPSM uniquement. Aussi les six services reposent sur un triptyque commun : clinique / formation / réseau.

Le déploiement de leur activité suppose la construction solide de **partenariats et de réseaux**, via des actions de formation, de coordination, d'aller-vers. Chaque unité a déjà construit son réseau de façon bien structurée, mais chacune exprime des **objectifs spécifiques pour le renforcer et le faire vivre**.

Actions envisagées	
Service	Description
Ariane	- Accompagner les familles et les proches des personnes souffrant d'un trouble psychique sur le territoire du calvados. - Poursuivre le rôle de centre référent territorial pour les formations et l'accompagnement des équipes au rétablissement. - Poursuivre la sensibilisation du grand public et les actions de déstigmatisations de santé mentale. - Poursuivre l'accompagnement et le déploiement des MSP à l'échelle de l'établissement, et du territoire. - S'impliquer dans une dynamique de recherche à l'échelle du territoire. - Poursuivre les partenariats avec le secteur médico-social et les structures spécialisées (LADAPT, CAP Emploi, CLSM ...).
CUMP	- Renforcer les thérapies ciblées sur la prise en soins du psychotraumatisme via la formation des professionnels de la CUMP. - Renforcer les connaissances et la formation en gestion de crise des personnels permanents de la CUMP. - Développer et structurer la consultation de psychotraumatologie aigue dans le cadre du réseau s'articulant entre la CUMP et CRP Normandie. - Poursuivre les formations (Qualiopi) et développer des journées d'étude. - Poursuivre le travail de réseau avec les CUMPs départementales normandes. - Renforcer les liens avec le SAMU de rattachement.
EMPP	- Poursuivre les missions de coordination et de réseau (être ressource pour les partenaires sur les questions de santé mentale en précarité et exil) Offrir en interne des formations pour les secteurs intra et extrahospitaliers. - Poursuivre la sensibilisation et l'information sur la santé mentale et la précarité auprès des partenaires du territoire. Renforcer l'offre de soins spécialisée (exposition prolongée, relaxation, médiations...), en lien avec l'offre institutionnelle et partenariale.

	▪ Accueillir des étudiants et internes.
UMPSA	▪ Renforcer le maillage territorial : déploiement de l'UMPSA sur l'ensemble du Calvados en complémentarité des secteurs de psychiatrie, gériatrie, médico-social et social. ▪ Structurer les parcours de soins : formalisation de conventions et collaborations avec l'ensemble des acteurs du territoire (secteurs psychiatrie, gériatrie, médecine générale, EHPAD, services à domicile). ▪ Expertise transversale partagée : mise à disposition de l'expertise géronto-psychiatrique via les évaluations spécialisées (DAG), les avis pluridisciplinaires et le soutien à la réflexion clinique des équipes de terrain. ▪ Formation territoriale certifiée : développement de l'offre de formation Qualiopi pour les professionnels EPSM et hors EPSM (sanitaire, médico-social, social) afin de renforcer les compétences des professionnels en santé mentale du sujet âgé. ▪ Coordonner et travailler en réseau : animation de réunions pluridisciplinaires intra et extrahospitalières, participation aux groupes de travail territoriaux (PTSM Calvados), mutualisation des bonnes pratiques. ▪ Prévenir et sensibiliser : actions de prévention et d'information auprès des professionnels, familles et aidants du territoire pour favoriser le repérage précoce et l'accès aux soins. ▪ Collaborer avec le CHU pour la création d'un HDJ géronto-psychiatrique ▪ Coanimer avec le CHU le séminaire des internes sur la psychiatrie du sujet âgé.
Unité de Coordination Addictologique (UCA)	▪ Renforcer le développement et la communication territoriale sur les missions ambulatoires de l'unité (consultations TCA, groupe de parole pour femmes). ▪ Développer les consultations de tabacologie à l'EPSM de Caen et former les personnels de l'UCA en tabacologie. ▪ Poursuivre le développement des consultations d'addictologie pour les patients hospitalisés à l'EPSM de Caen. ▪ Développer les formations en addictologie et les intégrer à l'offre de formation Qualiopi proposée par l'établissement. ▪ Inscrire l'EPSM de Caen dans la politique LSST, en partenariat avec l'ARS.
Unité Sport Santé	▪ Développer l'accueil des internes, et des étudiants en psychiatrie. ▪ Participer aux colloques et formations Sport Santé du territoire et du national. ▪ Renforcer les partenariats territoriaux. ▪ Poursuivre les missions d'évaluation et de création de service Sport Santé au sein des hôpitaux psychiatriques et des établissements médico-sociaux du territoire. ▪ Renforcer le partenariat avec le CLSM, CLS, et CPTS du territoire. ▪ Création d'un projet commun avec le CHU sur APA et santé mentale. ▪ Développer un travail collaboratif avec la pédopsychiatrie ▪ Poursuivre les démarches de communication.

Indicateurs de suivi / résultats

Pour tous

- Nombre de partenariats formalisés ou renouvelés par service (conventions)
- Nombre d'étudiants et internes accueillis chaque année par service
- Nombre d'outils de communication proposés par service et diffusion
- Nombre d'actions de formations territoriales réalisées par service : formations des partenaires, sensibilisations grand public, journées d'étude...
- Nombre de participations/contributions, à des congrès/séminaires

- Nombre d'instances territoriales fréquentées par service (réunions, commissions, groupes de réseau)

Ariane

- Nombre de rencontres organisées sur le projet de GEM Jeunes
- Nombre de familles / proches accompagnés chaque année
- Nombre d'actions de sensibilisation / déstigmatisation menées auprès du grand public chaque année

CUMP

- Nombre de professionnels formés aux thérapies ciblées et à la gestion de crise chaque année
- Nombre de consultations de psychotraumatologie aiguë réalisées chaque année
- Nombre de rencontres et de réunions de travail organisés avec le SAMU chaque année

EMPP

- Nombre de formations proposées en interne chaque année et participation
- Évolution de la diversité de l'offre spécialisée

UMPSA

- Nombre de situations évaluées / appuyées en psychiatrie du sujet âgé dans l'établissement et sur le territoire chaque année
- Avancement du projet de HDJ géronto-psychiatrique (jalons)

UCA

- Nombre de consultations ambulatoires (TCA, groupes femmes) proposées chaque année
- Nombre de patients hospitalisés ayant bénéficié d'une consultation d'addictologie chaque année
- Labellisation de l'EPSM « LSST »

Unité Sport Santé

- Nombre d'appuis à la création et à l'évaluation de services sport-santé réalisés chaque année
- Formalisation d'un projet « APA et santé mentale » (avec le CHU)
- Nombre de rencontres réalisées avec les équipes de pédopsychiatrie

Moyens nécessaires identifiés

- Renforcer la communication territoriale (supports d'information, mise à jour du site EPSM, outils partagés).

Points de vigilance

- Maintenir un équilibre entre missions territoriales et missions internes.

Objectif 7. Stabiliser et développer les activités du SMPR

Axe II
PARCOURS DE SOINS
AMBULATOIRES DES ADULTES

Objectif stratégique 7. Stabiliser et développer les
activités du SMPR

Pôle concerné : Pôle Psychiatrie légale

Contexte & enjeux

Le SMPR a connu une évolution rapide et profonde de ses activités, portée par :

- L'**ouverture en décembre 2023 du centre pénitentiaire de Caen Ifs**, ayant remplacé l'ancienne maison d'arrêt et la **mise en place en son sein d'une SAS** (90 places), modifiant les besoins de soins psychiatriques en fin de détention ;
- La **création d'un CATTP au CP Caen Ifs**, qui constitue aujourd'hui un outil majeur pour éviter les hospitalisations complètes à l'EPSM ;
- La **réorganisation des équipes par site**, facilitant l'identification par les détenus et la fluidité des demandes de soins ;
- La **structuration de la filière addictologie**, rendue possible par le recrutement d'un psychiatre addictologue intervenant pour coordonner le SMPR, le CSAPA EPSM, le CSAPA Addictions France et l'équipe de soins somatiques du CHU ;
- Un **développement important de la mission d'animation hémi-régionale** (événements, formations, communication).

Le renforcement et la réorganisation des activités du SMPR, cumulé à l'amélioration des conditions d'hospitalisation, ont permis d'observer, en 2024, une **diminution du nombre d'hospitalisations complètes de détenus à l'EPSM**.

Le SMPR fait aujourd'hui face à plusieurs défis :

- Une **problématique RH**, notamment médicale (postes budgétés non pourvus, dont un pédopsychiatre) ;
- Un **besoin de stabiliser les nouvelles activités** ;
- Des **difficultés persistantes concernant les injonctions et obligations de soins**, aujourd'hui prises en charge par les secteurs : délais d'accès, faible lisibilité, difficulté de coordination avec le prescripteur (PH basé au CHAB).

Actions envisagées	
Intitulé	Description
II.7.1. Stabiliser l'organisation actuelle : ressources humaines, mission hémi-régionale, activité au sein des CP de Caen et de Caen Ifs (dont SAS et nouveau CATTP)	▪ Stabiliser l'organisation et les activités actuelles du SMPR - Renforcer la présence médicale : prioriser le recrutement des postes budgétés non pourvus (psychiatre général, addictologie, pédopsychiatre). - Pérenniser l'organisation sur les trois sites : CP Caen, CP Caen Ifs, SAS. - Poursuivre la structuration du CATTP de Caen Ifs : évaluer son fonctionnement (évolution des HC, recours, DMS) et ajuster les moyens si la valeur ajoutée est confirmée. - Stabiliser les équipes soignantes par site pour maintenir leur repérage et la continuité clinique. - Poursuivre et renforcer le déploiement d'une activité d'ETP. ▪ Poursuivre la formation des agents de l'EPSM (suite du précédent projet médico-soignant en vue d'améliorer les conditions d'hospitalisation des détenus) ▪ Renforcer la mission hémi-régionale du SMPR

	- Consolider le rôle de tête de filière : coordination régionale, harmonisation des pratiques, animation de réseau. - Poursuivre et renforcer les actions de communication, formation, événements régionaux. - Soutenir la lisibilité des missions auprès des établissements pénitentiaires et partenaires externes.
II.7.2. Renforcer la capacité du SMPR à prendre en charge les injonctions et obligations de soins en sortie de détention, en complément des CMP	▪ Mener une étude institutionnelle : cartographie des patients concernés (volumes, profils, délais actuels), analyse des impacts sur les secteurs vs SMPR. ▪ Identifier les profils de patients soumis à injonction ou obligation de soins pour lesquels un suivi par le SMPR serait plus adapté, et définir des critères. ▪ Définir un protocole clair d'orientation vers les CMP ou le SMPR pour les injonctions et obligations de soins. ▪ Partager institutionnellement ce protocole et le mettre en œuvre.

Indicateurs de suivi / résultats

- Taux de couverture médicale du SMPR (postes médicaux pourvus / postes budgétés)
- Stabilité RH des équipes par site (taux de rotation / continuité soignante perçue)
- Évolution du recours au CATTP de Caen Ifs : nombre de ½ journées, file active, évolution des DMS et du nombre d'HC
- Nombre d'actions menées dans le cadre de la mission hémi-régionale (formations, événements, réunions de réseau) et participation des partenaires
- Existence et diffusion institutionnelle d'un protocole injonctions / obligations de soins.
- Délai moyen d'accès au suivi après injonction ou obligation de soins (CMP vs SMPR) et évolution.
- Part des obligations / injonctions orientées vers le SMPR vs les CMP, conformément aux critères définis.

Moyens nécessaires identifiés

- Renfort médical : psychiatres (général, addictologie) et, si possible, pédopsychiatre pour sécuriser la couverture des trois sites.
- Temps institutionnel pour la mission hémi-régionale : animation, coordination, participation aux réseaux, organisation de formations.
- Appui administratif et juridique pour la construction du protocole injonctions / obligations de soins.

Points de vigilance

- Veiller à l'articulation SMPR / CMP : éviter tout transfert massif ou déséquilibre, et sécuriser les relais selon les profils définis.

AXE III. PRISE EN CHARGE EN HOSPITALISATION COMPLETE

L'axe relatif aux prises en charge en hospitalisation complète comprend **9 objectifs** :

1. Permettre la **liberté d'aller et venir**
2. Poursuivre la **réduction des séjours prolongés**
3. Améliorer les conditions d'hospitalisation des **détenus**
4. Améliorer les conditions d'hospitalisation des **mineurs**
5. Poursuivre la réduction des pratiques **d'isolement / contention**
6. Renforcer le **respect de l'intimité et dignité du patient en hospitalisation**
7. Mieux coordonner les **sorties d'hospitalisation**
8. Diversifier les **activités de médiation thérapeutique**
9. Renforcer le **suivi somatique et médicamenteux** en hospitalisation complète

Chacun de ses objectifs fait l'objet d'une fiche action, déclinant une ou plusieurs pistes d'actions.

Objectif 1. Permettre la liberté d'aller et venir

Axe III
PRISE EN CHARGE EN
HOSPITALISATION COMPLÈTE

**Objectif stratégique 1. Permettre la liberté d'aller
et venir**

Pôle concerné : Pôles de psychiatrie de l'adulte

Contexte & enjeux

Les autorités sanitaires (ARS, HAS, CGLPL) soulignent depuis plusieurs années une entrave au **droit d'aller et venir pour les patients hospitalisés en soins libres** à l'EPSM.

L'organisation de l'hospitalisation au sein de l'EPSM a été historiquement limitée par des contraintes architecturales ne permettant pas une séparation simple des patients en soins libres et des patients en soins sans consentement. Cela a conduit régulièrement à fermer les portes d'unités théoriquement ouvertes, privant de facto les patients en soins libres de leur liberté de circulation, en contradiction avec le cadre légal et les pratiques promues par les professionnels.

Le **précédent projet médico-soignant** (2020-2025) avait déjà fixé comme objectif la mise en place d'unités ouvertes et fermées distinctes. Il **avait été demandé à chaque pôle en création de mutualiser les unités de ses deux secteurs**, afin de disposer en son sein d'un espace ouvert et d'un espace fermé, ce qui impliquait des travaux, a minima de cloisonnement. En raison de difficultés financières mais aussi d'absence de consensus au sein de la communauté médicale, les projets architecturaux n'ont pu voir le jour. Seul le Pôle Calvados Sud, a pu engager une restructuration d'ampleur prévoyant une unité ouverte et une unité fermée. Néanmoins celle-ci a dû être suspendue pour des raisons financières en phase d'avant-projet détaillé. Sa reprise est prévue en 2027 avec une mise en service fin 2028-début 2029.

Pour les autres pôles, les freins identifiés sont :

- L'inadéquation entre la configuration actuelle (2 unités d'admission par pôle de taille équivalente- soit 2 x 50% du capacitaire) et la configuration-cible (une unité ouverte d'environ 77% du capacitaire et une unité fermée d'environ 33% du capacitaire). Ainsi, le passage d'un modèle à l'autre n'est pas aisé tant du point de vue technique que bâtementaire.
- Une certaine réticence à une organisation polaire de l'hospitalisation, les équipes étant habituées au fonctionnement sectorisé ;
- L'absence de consensus clair sur la cible capacitaire exacte, même si une unité polaire fermée de petite capacité et une à deux unités ouvertes semblent constituer l'hypothèse la plus réaliste.

L'enjeu, réaffirmé par les cadres et les médecins, est de disposer d'une **organisation architecturale et fonctionnelle permettant de garantir la liberté d'aller et venir**, condition indispensable à la conformité HAS et au renouvellement de l'autorisation relative aux soins sans consentement.

Transitoirement et sans attendre la mise en œuvre de la cible architecturale, une solution de gestion des accès au sein des services d'admission doit être mise en place début 2026 afin que les patients en soins libres puissent exercer librement et en autonomie leur liberté d'aller et venir.

Actions envisagées	
Intitulé	Description
III.1.1. Élaborer dès 2026 une cible organisationnelle permettant à chaque pôle de disposer d'au moins une unité d'admission ouverte et d'une unité fermée	- Construire, dans le cadre de la déclinaison du projet médico-soignant, une cible d'organisation pour chaque pôle : Une unité fermée de faible capacité ; Au moins une unité ouverte, permettant la libre circulation des patients en soins libres. Examiner les différentes options selon les pôles : - Poursuite du projet engagé au Pôle Calvados Sud en intégrant la possibilité d'une capacité variable pour l'unité fermée ; - Étude spécifique pour le Pôle Pays d'Auge, qui ne dispose actuellement plus que d'une unité de 29 lits : unité unique avec gestion des accès pour les patients en soins libres, aménagement d'une aile fermée au sein d'un service unique ou ouverture d'une unité fermée ; - Enjeu d'augmentation du capacitaire pour le Pôle Caen (patients régulièrement hospitalisés hors pôle) ; Intégrer les impacts capacitaires, RH et architecturaux (cloisonnement des espaces, sécurisation des flux, adaptations PMR). Définir les modalités d'orientation clinique entre service ouvert et fermé : rappeler que l'accès à l'unité fermée repose avant tout sur une évaluation clinique, et non exclusivement sur le régime de soin.
III.1.2. Mettre en œuvre la cible retenue avant 2030	Programmer les travaux nécessaires pour distinguer clairement espaces ouverts et fermés. Prévoir l'organisation RH des unités fermées : - Effectifs et compétences adaptés à l'intensité clinique ; - Formation aux médiations et à la prévention des risques d'auto/hétéro-agressivité. Installer ou finaliser les équipements requis dans les unités fermées : - Serrures permettant aux patients de fermer leur chambre tout en garantissant l'accès soignant en cas de nécessité ; - Espaces d'apaisement dans toutes les unités fermées (transformation possible des anciennes chambres de mise à l'écart) - Jardins clos.

Indicateurs de suivi / résultats

- Disponibilité d'une cible capacitaire formalisée pour chaque pôle (2026)
- Validation institutionnelle de cette cible
- Nombre de services d'admission équipés d'un système de gestion des accès
- Taux de patients en soins libres équipés du dispositif de gestion des accès
- Avancement des travaux architecturaux (cloisonnements réalisés, flux séparés, espaces identifiés)
- Mise en place des équipements dans les unités fermées (serrures non bloquantes, espace d'apaisement, jardins clos)

Moyens nécessaires identifiés

- Analyser et établir le dimensionnement des unités ouvertes/fermées et l'organisation cible

Points de vigilance

- Pilotage institutionnel des travaux de réflexion afin que les modèles retenus correspondent aux besoins du territoire.

- Pédagogie à assurer lors de l'élaboration du projet de service des unités fermées afin d'éviter tout amalgame entre statut juridique et état clinique du patient.
- Veiller à la bonne articulation entre la réflexion médico-soignante et l'accompagnement par les directions fonctionnelles (notamment celle des travaux).

Objectif 2. Poursuivre la réduction des séjours prolongés

Axe III
PRISE EN CHARGE EN
HOSPITALISATION COMPLÈTE

Objectif stratégique 2. Poursuivre la réduction des séjours prolongés

Pôle concerné : Pôles de psychiatrie de l'adulte

Contexte & enjeux

Depuis plus de quinze ans, l'EPSM connaît une proportion élevée de patients maintenus en hospitalisation au long cours pour des raisons médico-légales ou plus généralement car ils sont dans l'attente de solutions adaptées dans le secteur médico-social ou social. Les efforts réalisés entre 2020 et 2025 ont permis une réduction notable du nombre de patients relevant de ces séjours prolongés, mais plusieurs situations complexes persistent. L'établissement dispose actuellement de cinq unités mélangeant les moyens et longs séjours pour un total d'environ 100 lits, soit presque la moitié du capacitaire.

Le **précédent Projet Médico-Soignant** (2020-2025) avait posé un cadre clair :

- La création de **trois unités polarisées de moyen séjour** ;
- La création d'une **unité intermédiaire de long séjour** pour mutualiser l'accueil des patients relevant de soins prolongés, et développer une approche handicap psychique plus adaptée afin de travailler des projets de sortie vers le secteur médico-social.

Ces orientations ont directement inspiré le projet de **reconstruction du bâtiment Jamet**, qui prévoit :

- La construction des **3 unités polarisées de moyen séjour** de 25 places chacune ;
- De fait, en parallèle, la mise en place :
 - o D'une **unité intermédiaire de long séjour (20 lits)** ;
 - o D'une **unité intermédiaire cas complexes (6 lits)** destinée aux patients cumulant maladie psychique, troubles cognitifs, TCC, en situation de grande dépendance et/ou avec des risques élevés d'auto-agressivité et/ou d'hétéro-agressivité.

Toutefois, le renouvellement de la communauté médicale depuis 2022 et l'évolution de son contexte démographique a modifié l'appréhension de la situation. Ainsi la communauté médicale fait valoir des difficultés à identifier un portage médical de ces deux unités intermédiaires et par là même, la faisabilité du projet. Elle souhaite l'étude d'un projet de service de gériatrie-psychiatrie (dont le capacitaire serait à conforter) qui pourrait aussi répondre à des besoins non couverts.

Cependant, plusieurs arguments soulignent que, dans l'organisation actuelle, les patients complexes et/ou en longs séjours ne bénéficient pas d'une attention suffisante ni d'une approche clinique réellement adaptée.

Ces freins compromettent directement :

- La **diminution des séjours prolongés** ;
- la configuration/organisation-cible de 2029 (livraison du nouveau bâtiment Moyen séjour) concernant les 25-26 lits restant

Face à cette situation, les professionnels et la Direction convergent aujourd'hui sur une orientation plus progressive : **construire collectivement une cible architecturale et organisationnelle basée sur une étude objective et exhaustive des besoins.**

Actions envisagées	
Intitulé	Description
III.2.1. Mettre en œuvre le projet de service de moyen séjour sectorisé dans le cadre de la reconstruction du bâtiment JAMET (ouverture au 2 ^e trimestre 2029)	- Elaborer le projet de service des 3 unités de moyen séjour - Définir l'organisation cible des nouveaux services Accompagner les équipes dans les réorganisations liées aux nouvelles affectations des patients Accompagner les équipes dans leurs nouveaux lieux d'affectation
III.2.2. Consolider et valider une solution à mettre en œuvre pour la reconfiguration du 4 ^e service d'hospitalisation dans le cadre du redéploiement des lits de moyen et long séjour	- Organiser un groupe de travail médico-soignant pour définir une cible capacitaire et fonctionnelle. Actualiser et analyser les orientations du précédent PMS (unité intermédiaire de long séjour+ unité de cas complexes). Analyser le nouveau projet d'un service de géro-psycho-geriatrie. - Produire un scénario validé institutionnellement avant fin 2026, afin d'alimenter la programmation du projet. - Identifier le pôle de rattachement et le portage médical.
III.2.3. Mettre en œuvre la solution retenue pour le 4 ^e service du redéploiement des moyen-long séjour	Définir le projet de service de ou des unités. Intégrer les impacts RH (effectifs, compétences), capacitaires et architecturaux dans la solution retenue. Identifier les locaux adaptés et programmer les travaux adéquats (échéance de mise ne service 2^e trimestre 2029).

Indicateurs de suivi / résultats

- Scénario organisationnel validé institutionnellement avant fin 2026
- Décision institutionnelle sur le rattachement polaire et le portage médical des unités
- Projet de service des unités de moyen séjours formalisés
- Projet de service de ou des unités intermédiaires formalisé
- Locaux adaptés identifiés et travaux programmés

Moyens nécessaires identifiés

- Recueil pluriannuel de données d'activités du DIM pour définition des scénarios

Points de vigilance

- Respect du calendrier d'arbitrage et de programmation des travaux en lien avec les dates de livraison du nouveau bâtiment de moyen séjour.

Objectif 3. Améliorer les conditions d'hospitalisation des patients détenus

Axe III
PRISE EN CHARGE EN
HOSPITALISATION COMPLÈTE
Objectif stratégique 3. Améliorer les conditions
d'hospitalisation des patients détenus
Pôle concerné : Pôles de psychiatrie de l'adulte, Pôle Psychiatrie légale
Contexte & enjeux

L'EPSM est le seul établissement autorisé à accueillir en hospitalisation complète les personnes détenues du département pour des motifs psychiatriques. Actuellement, ces patients sont **systématiquement hospitalisés en chambre d'isolement**, non pour des raisons cliniques mais pour prévenir le risque d'évasion.

Cette modalité, historiquement admise, présente aujourd'hui plusieurs limites :

- Elle n'est pas toujours adaptée à l'état clinique du patient ;
- Elle mobilise des chambres d'isolement nécessaires à d'autres patients ;
- Elle a été explicitement pointée par la HAS et le CGLPL comme non conforme au cadre réglementaire ;

Le **précédent projet médico-soignant** prévoyait déjà d'élaborer une réflexion sur des modalités d'accueil alternatives par la création d'une unité d'hospitalisation dédiée aux patients détenus. Avec la création d'une UHSA à Rouen prévue en 2026, ce projet n'a pas été validé par l'ARS, mais la formation des équipes d'intra a été engagée (31 agents formés) en appui avec le SMPR. En outre, l'amélioration des conditions de détention (fermeture de la maison d'arrêt et ouverture du CP Caen IFS) et le renforcement de l'intervention du SMPR (voir fiche action 7 de l'axe II) ont permis une diminution du recours à l'hospitalisation en 2024.

Aujourd'hui, l'objectif réaliste est de **repandre une réflexion institutionnelle progressive**, centrée sur la sécurité et la conformité réglementaire afin d'améliorer les conditions de prise en charge des patients détenus (accès aux médiations thérapeutiques...). A noter toutefois que l'évasion d'un détenu en 2025 a entraîné un renforcement des exigences préfectorales et rappelé la difficulté à concilier l'accès à une prise en soins ordinaire et la gestion des risques en matière de sécurité.

Actions envisagées	
Intitulé	Description
III.3.1. Reprendre une réflexion institutionnelle sur les conditions d'hospitalisation des patients détenus, en intégrant les contraintes de sécurité et les exigences réglementaires	▪ Mener un benchmark des pratiques dans d'autres établissements et analyser les retours d'expérience concernant l'accueil des détenus. ▪ Identifier les conditions préalables nécessaires pour envisager des modalités d'accueil alternatives à l'isolement (organisation des unités, sécurisation des locaux, articulation avec les surveillants du centre du détention notamment sur le niveau de dangerosité de la personne). ▪ Identifier les médiations/activités thérapeutiques et leurs conditions d'accès aux patients détenus au sein de service de soins
III.3.2. Poursuivre la formation des équipes d'intra à l'accueil et à l'accompagnement des patients détenus	▪ Poursuivre la montée en compétences initiée depuis 2022 par le SMPR en adaptant la proposition au turnover des agents en intra-hospitalier

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence d'un benchmark des pratiques d'autres établissements
- Nombre de professionnels formés à l'accueil des patients détenus chaque année et évolution
- Retours qualitatifs des équipes intra sur la compréhension des enjeux et procédures

Moyens nécessaires identifiés

- Temps de formation continue pour les équipes d'intra.
- Poursuite des stages d'immersion des équipes intra au SMPR

Points de vigilance

- Toute évolution devra être strictement articulée avec le préfet, l'administration pénitentiaire, l'ARS et la Direction.

Objectif 4. Améliorer les conditions d'hospitalisation des mineurs

Axe III
PRISE EN CHARGE EN
HOSPITALISATION COMPLÈTE

Objectif stratégique 4. Améliorer les conditions
d'hospitalisation des mineurs

Pôle concerné : Pôles de psychiatrie de l'adulte, PPEA

Contexte & enjeux

L'EPSM ne dispose pas de lits d'hospitalisation pour mineurs, ceux-ci relevant des unités dédiées du CHU de Caen et du CH de Bayeux. Ces unités étant régulièrement saturées, les hospitalisations programmées sont devenues difficiles, générant des situations complexes pour les adolescents en crise, et amenant régulièrement la psychiatrie adulte à devoir hospitaliser des grands adolescents dans ses unités.

La solution de la création d'une unité dédiée aux 16-25 ans en collaboration entre le PPEA et les pôles adultes, avait été évoquée. Toutefois, l'annonce par l'ARS du **doublément du capacitaire départemental en hospitalisation des mineurs**, combinée à l'évolution réglementaire imposant une prise en charge en pédopsychiatrie jusqu'à 18 ans, modifie substantiellement le contexte. Dans ce cadre, la création d'une unité 16-25 ans n'est plus considérée comme prioritaire par les équipes.

Néanmoins, les ateliers de travail ont souligné la nécessité d'**observer l'évolution réelle de l'offre départementale et d'évaluer ses effets** (celle-ci pouvant ne pas couvrir l'ensemble des besoins) et, si cela s'avère pertinent, de reprendre la réflexion sur une unité grands adolescents – jeunes adultes centrée sur les primo-décompensations.

L'action vise donc uniquement à maintenir une veille et une capacité d'ajustement.

Actions envisagées	
Intitulé	Description
III.4.1. En lien avec l'évolution à venir du capacitaire départemental en hospitalisation complète pour les mineurs, réaliser une veille sur les pratiques d'hospitalisation de mineurs au sein de l'EPSM et, en fonction, envisager la mise en place d'une unité grands adolescents – jeunes majeurs	▪ Suivre l'évolution du capacitaire en hospitalisation de mineurs portée par l'ARS et ses effets sur les pratiques (flux, refus, orientations, tensions). ▪ Documenter annuellement les situations de mineurs admis dans les unités adultes (motifs, durée, modalités d'accueil). ▪ Évaluer, avec le PPEA et les pôles adultes, l'intérêt d'une modalité spécifique 16-25 ans (cible clinique, profil, adhésion médicale). ▪ Si pertinent, engager une étude de faisabilité (capacitaire, missions, portage médical, modèle de prise en charge).

▪

-

Objectif 5. Poursuivre la réduction des pratiques d'isolement / contention

Axe III
PRISE EN CHARGE EN
HOSPITALISATION COMPLÈTE
Objectif stratégique 5. Poursuivre la réduction des
pratiques d'isolement / contention
Pôle concerné : Pôles de psychiatrie de l'adulte
Contexte & enjeux

Le précédent projet médico-soignant (2020-2025) avait inscrit un objectif opérationnel dédié à la réduction des pratiques d'isolement et de contention. Plusieurs actions structurantes avaient été prévues : mise en conformité des chambres d'isolement au regard des recommandations HAS, poursuite de la formation Oméga, installation d'espaces d'apaisement, réflexion avec l'ARS sur les patients maintenus à l'isolement de longue durée faute de dispositif adapté.

L'établissement constate une **réduction importante du nombre de mesures d'isolement et de contention : 949 en 2021, 513 en 2024**. Toutefois, cette baisse est en partie conjoncturelle, liée à la fermeture de plusieurs chambres d'isolement.

Plusieurs chantiers prévus ont avancé :

- Une première chambre d'apaisement est fonctionnelle depuis 2025 au sein de l'unité Bonnafé, et d'autres ont été systématiquement intégrés dans les travaux à venir (Jamet, Tilleuls-Patio) ;
- Trois salles Snoezelen sont opérationnelles, un plateau mobile circule, et un grand nombre d'agents ont été formés ;
- Les actions de formation à la gestion de la violence (Oméga, jeux de rôles...) ont été mises en place et sont systématiquement proposées aux nouveaux arrivants et professionnels en poste ;
- La supervision est identifiée comme un levier majeur pour soutenir les équipes confrontées à de la violence, mais peu déployée et difficile à organiser de manière homogène. Pourtant, les postes de psychologues ont été revus à la hausse (75 actuellement contre une quarantaine il y a 5 ans) dans le but, entre autres, d'assurer une supervision des équipes internes.

Actions envisagées	
Intitulé	Description
III.5.1. Améliorer les pratiques professionnelles, de la prescription de l'isolement à la sortie d'isolement, dans le respect des bonnes pratiques professionnelles	▪ Poursuivre la formation des agents à la désescalade de la violence et autres méthodes de réduction des pratiques d'isolement et de contention. ▪ Déployer des espaces d'apaisement dans l'ensemble des services. Encadrer (RBP, formations) et suivre leur utilisation (évaluation et bilan partagé). ▪ Poursuivre et élargir l'intégration de personnel éducatif dans les services de longs séjours et situations complexes. ▪ Généraliser la pratique de la supervision (par métiers ou par équipes) en mobilisant le Collège des psychologues. ▪ Améliorer le respect des bonnes pratiques de mise en isolement : - Effectivité et traçabilité des prescriptions, notamment alternatives réalisées en amont - Conditions de surveillance - Isolements séquentiels en moyens et longs séjours - Protocoles de sortie (entretien de sortie...) ▪ Développer les activités de médiation thérapeutique au sein des services d'hospitalisation, afin de prévenir le recours à l'isolement et à la contention (voir fiche action 8 axe III).

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de mesures d'isolement et de contention par an
- Durée moyenne des épisodes d'isolement et de contention
- Nombre d'espaces d'apaisement opérationnels et taux d'utilisation
- % d'agents formés à la gestion de la violence / désescalade.
- Mise en place et régularité des supervisions par métiers ou équipes
- Qualité de la traçabilité (alternatives, prescription, surveillance, protocole de sortie)

Moyens nécessaires identifiés

- Maintien d'actions de prévention en pluriannuel
- Création et développement des espaces d'apaisement
- Mobilisation du Collège des psychologues et ressources dédiées pour la supervision.
- Appui DPI pour améliorer et fiabiliser la traçabilité.

Points de vigilance

- Une forte attente des équipes pour la supervision, mais dans les faits des difficultés de mobilisation notamment pour des contraintes organisationnelles.

Objectif 6. Renforcer le respect de l'intimité et dignité du patient en hospitalisation

Axe III PRISE EN CHARGE EN HOSPITALISATION COMPLÈTE

Objectif stratégique 6. Renforcer le respect de l'intimité et dignité du patient en hospitalisation

Pôle concerné : Pôles de psychiatrie de l'adulte

Contexte & enjeux

L'EPSM mène plusieurs travaux d'amélioration des conditions d'hospitalisation (réhabilitation des unités, augmentation du taux de chambres simples), mais certaines fragilités persistent : chambres doubles encore présentes dans plusieurs unités, accès limité aux douches ou aux effets personnels, équipements non adaptés (notamment pour les patients en fauteuil). Par ailleurs, un travail de sensibilisation aux postures professionnelles bientraitantes reste à consolider.

La HAS rappelle (critère 1.1-01) que l'établissement doit garantir en toutes circonstances le respect de l'intimité et de la dignité des personnes soignées : accès aux sanitaires, pudeur, confidentialité, tenue adaptée, posture bientraitante, qualité des espaces de vie, accessibilité et modalités relationnelles.

L'enjeu est de consolider les actions en cours et d'harmoniser les pratiques professionnelles pour garantir un respect effectif, homogène de l'intimité et la dignité des patients dans tous les services.

Actions envisagées	
Intitulé	Description
III.6.1. Améliorer les conditions d'hospitalisation par une réorganisation architecturale	- Poursuivre la rénovation des unités pour augmenter le nombre de chambres simples. - Garantir la non-mixité des salles d'eau dans les bâtiments rénovés (A5 et C2). - Installer des placards personnels fermés dans toutes les unités. - Adapter les espaces d'attente et garantir l'accessibilité des locaux (normes PMR, signalétique, cheminements, équipements). - Garantir l'accessibilité de l'appel malade au sein des chambres d'isolement. - Intégrer systématiquement la dimension « intimité/dignité » dans les futurs projets architecturaux.
III.6.2. Améliorer la tenue des patients dans les chambres d'isolement, en répondant au double enjeu de dignité et de sécurité	- Définir un cadre institutionnel sur l'usage des pyjamas en chambre d'isolement, pour éviter les disparités locales. - Finaliser le déploiement de tenues non déchirables associant sécurité et dignité au sein de tous les services de soins.
III.6.3. Sensibiliser les équipes d'hospitalisation complète aux postures professionnelles bientraitantes	- Renforcer la sensibilisation des équipes au : - Tutoiement (usage trop systématique, y compris avec les mineurs) - Attitudes de contre-violence et gestion des situations de tension - Règles d'égards (pudeur, accompagnement verbal, lit en position basse, respect des effets personnels). - Utiliser pour cela les différents outils existants ou à remobiliser : - Déclinaison/ appropriation de la charte de bientraitance régionale Tutorat des soignants nouvellement arrivés

	- Analyse des pratiques, à remettre en place en s'appuyant sur les psychologues des pôles - Comité d'éthique interne via des interventions dans les unités d'hospitalisation (voir fiche action 3 de l'axe IV) ▪ Étudier la faisabilité d'une démarche d'observation externe type QualityRights
--	--

Indicateurs de suivi / résultats

- Taux de chambres simples / chambres doubles dans les unités rénovées ou en cours de rénovation
- Nombre d'unités équipées de placards personnels fermés
- Proportion de salles d'eau non mixtes dans les unités
- Pourcentage d'unités accessibles PMR
- Mise en place et usage des tenues non déchirables en CI sur indication médicale
- Adoption du cadre institutionnel sur l'usage des pyjamas en CI (validation, diffusion)
- Nombre d'analyses de pratiques réalisées dans les unités d'hospitalisation complète
- Nombre d'interventions du comité d'éthique interne dans les unités d'hospitalisation chaque année (cf. action IV.1)
- Évolution des plaintes ou réclamations liés à l'intimité / dignité (tendance)

Moyens nécessaires identifiés

- Mobilisation des psychologues pour relancer l'analyse des pratiques.
- Implication du comité d'éthique interne.
- Procédure institutionnelle formalisée sur les pratiques en CI.
- Programme pluriannuel d'équipement et de rénovation

Points de vigilance

- Veiller à l'appropriation réelle des outils déployés

Objectif 7. Mieux coordonner les sorties d'hospitalisation

Axe III
PRISE EN CHARGE EN
HOSPITALISATION COMPLÈTE
Objectif stratégique 7. Mieux coordonner les
sorties d'hospitalisation
Pôle concerné : Pôles de psychiatrie de l'adulte, Pôle PMO
Contexte & enjeux

Concernant la transmission de la lettre de liaison au patient et aux partenaires (avec son accord), l'établissement peut encore améliorer ses pratiques. Si elle est produite dans environ 80 % des cas, elle n'est que rarement remise dans les délais réglementaires ce qui limite sa disponibilité pour les professionnels. Par ailleurs, le suivi somatique est souvent absent ou peu lisible, car rédigé manuellement par le psychiatre, sans intégration automatique des données disponibles dans Cortexte. Les équipes expriment un sentiment d'injonctions contradictoires, entre exigences de qualité, complexité des procédures, et ressources limitées. Les difficultés d'interopérabilité avec le DPI du CHU compliquent également la transmission dans les parcours partagés.

Concernant la coordination des sorties avec le secteur social et médico-social, un projet PEPITE, obtenu via le FIOF 2024, a permis la mise en place d'un **binôme de coordination** (IDE + éducateur spécialisé) en intra-hospitalier au sein du pôle Calvados Sud, pour accompagner les situations complexes, renforcer les liens sociaux et médico-sociaux, soutenir les admissions en ESSMS. Aujourd'hui, ce binôme n'a été obtenu que pour le Pôle Calvados Sud et à vocation à être déployé sur les autres pôles après expérimentation et évaluation à partir de juin 2027. Dans cette attente, un poste d'infirmier est déployé également au titre du projet FIOF 2024, sur les deux autres pôles Caen et Pays d'Auge.

Actions envisagées	
Intitulé	Description
III.7.1. Améliorer la transmission de la lettre de liaison en travaillant sur des implémentations automatiques / une aide à la rédaction via le DPI	▪ Travailler à une intégration automatique des données de suivi somatique par Cortexte dans la lettre de liaison. ▪ Développer ou expérimenter une aide à la rédaction via IA, capable de générer une préversion de la lettre à partir du DPI - Associer la direction de la communication pour l'encadrement de l'usage de l'IA, déjà en cours dans l'établissement. ▪ Poursuivre l'automatisation du versement de la lettre dans Mon espace santé, en garantissant : - Le respect du droit d'opposition du patient au partage avec le médecin traitant - La conformité aux recommandations HAS ▪ Clarifier en interne l'organisation autour de la rédaction, de la validation et du dépôt de la lettre dans le DPI puis dans le DMP.
III.7.2. Déployer un binôme de coordination de parcours (soignant-éducatif) sur tous les pôles en charge de préparer les sorties vers les ESSMS avec le patient et les partenaires	▪ Poursuivre le déploiement du binôme IDE / éducateur spécialisé sur les Pôles Caen et Pays d'Auge. ▪ Affiner sur la base de cette expérience les missions des binômes : contribution au PAP, coordination avec les services sociaux et médico-sociaux, liens avec les ESSMS, préparation des transitions entre hospitalisation et vie dans la cité. ▪ Prévoir une articulation opérationnelle avec les dispositifs existants : équipes d'intra, équipes mobiles de secteur, assistantes sociales, dispositifs logement/hébergement (FNAVDL, Un chez soi d'abord). ▪ Préparer l'évaluation prévue en juin 2027 sur le déploiement au sein du Pôle

	Calvados Sud et anticiper les besoins pour la pérennisation du dispositif si les résultats sont concluants.
--	---

Indicateurs de suivi / résultats

Lettre de liaison

- Évolution annuelle du taux de lettres de liaison remises dans les délais réglementaires
- Complétude du suivi somatique dans la lettre de liaison
- Avancement du déploiement des outils d'automatisation (Cortexte / IA)
- Retours qualitatifs des équipes sur la charge de travail et l'usage des outils d'aide à la rédaction

Binômes de coordination

- Nombre de patients accompagnés par les binômes (IDE + éducateur spécialisé) sur le Pôle Calvados Sud.
- Nombre de situations complexes accompagnées par l'IDE de coordination sur les deux autres pôles, dans l'attente du déploiement complet.
- Retours qualitatifs des partenaires sociaux et médico-sociaux sur la lisibilité du dispositif et la qualité des relais
- Décision formalisée par l'ARS concernant le déploiement du binôme de coordination sur l'ensemble des pôles à l'issue de l'évaluation 2027

Moyens nécessaires identifiés

Lettre de liaison

- Outils d'IA ou logiciels tiers.

Binômes de coordination

- Financement nécessaire au déploiement progressif des binômes de coordination sur l'ensemble des pôles, à l'issue de l'expérimentation menée au Pôle Calvados Sud.

Points de vigilance

Lettre de liaison

- La systématisation doit rester compatible avec le consentement du patient.
- Les usages de l'IA doivent être strictement encadrés (traçabilité, vérification humaine obligatoire).

Objectif 8. Diversifier les activités de médiation thérapeutique et de sociabilisation en intrahospitalier

Axe III PRISE EN CHARGE EN HOSPITALISATION COMPLÈTE

Objectif stratégique 8. Diversifier les activités de médiation thérapeutique et de sociabilisation en intrahospitalier

Pôle concerné : Pôles de psychiatrie de l'adulte, Pôle Psychiatrie transversale

Contexte & enjeux

Historiquement, les unités d'hospitalisation complète disposaient d'activités de médiation thérapeutique conduites directement **au sein des services**. Ces activités ont progressivement diminué du fait notamment de la politique institutionnelle visant à encadrer les pratiques, professionnaliser, rendre homogène et accessible de manière non sectorisée un panel d'activités thérapeutiques. Ainsi s'est développé une **offre hors unités** (Ariane, Sport-Santé, socio-esthétique, médiation animale, art-thérapie, hortithérapie etc.).

Si ces ressources transversales existent et bénéficient à une partie des patients, elles :

- Ne remplacent pas les activités régulières et accessibles quotidiennement au sein des unités d'hospitalisation complète, qui permettent aux équipes de soin d'étayer leur observation clinique des patients ;
- Sont parfois difficilement accessibles pour les patients en soins sans consentement ;
- Ne permettent pas toujours de soutenir la structuration temporelle quotidienne au sein des services.

Les équipes expriment aujourd'hui un besoin fort : **réintroduire une offre accessible, quotidienne, ancrée dans la vie des unités**, afin de soutenir la socialisation et la dynamisation des journées pour tous.

Actions envisagées

Intitulé	Description
III.8.1. Reconstituer une offre d'activités de médiation thérapeutique au sein des unités d'hospitalisation complète	▪ Identifier un socle minimal d'activités à proposer dans chaque unité (activités corporelles, ateliers occupationnels, expression, temps de groupe). ▪ Définir un cadre commun : fréquence minimale, modalités d'inscription, rôle de l'équipe soignante, recours aux professionnels qualifiés disponibles hors service (psychomotriciens, ergothérapeutes, médiateurs de santé pairs, psychologues). ▪ Organiser un lieu dédié dans chaque unité (ou secteur géographique), permettant un accès sécurisé pour tous les patients, y compris ceux en SSC. ▪ Clarifier le rôle spécifique des équipes soignantes dans l'animation ou la coanimation, pour éviter un transfert complet vers les équipes transversales. Intégrer ces temps d'animation dans les plannings. ▪ Développer un planning hebdomadaire lisible et affiché dans les unités.
III.8.2. Renforcer la fonction de la cafétéria thérapeutique et élargir son rôle	▪ Étendre les horaires d'ouverture ▪ Développer son rôle comme espace d'accueil des proches, en alternative à la salle de visite, lorsque cela est approprié. ▪ Organiser ponctuellement des activités en son sein (temps café, ateliers conviviaux, rencontres thématiques). ▪ Définir les règles d'usage et la présence en personnel requise.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre d'unités disposant d'un planning formalisé d'activités de médiation

- Nombre d'activités réalisées par unité / par mois
- Taux de participation des patients, dont part des patients en SSC
- Retours qualitatifs des équipes sur l'apport des animations en unités
- Nombre d'heures d'ouverture hebdomadaire de la cafétéria thérapeutique
- Nombre de visites de proches réalisées en cafétéria et retours des proches

Moyens nécessaires identifiés

- Identifier des temps dédiés à l'animation d'activités thérapeutiques au sein des services
- Appui ponctuel des équipes transversales (Ariane, Sport-Santé, art-thérapeutes...),
- Lieu identifié et adapté dans chaque unité (ou regroupement d'unités)
- Petits matériels pédagogiques / occupationnels (budget modéré)
- Organisation RH de la cafétéria (horaires, présence professionnelle)

Points de vigilance

- Les activités thérapeutiques au sein des services doivent être garanties
- L'objectif n'est pas de substituer les équipes transversales aux équipes d'intra, mais de structurer une offre minimale au sein des unités, stable et équitable.

Objectif 9. Renforcer le suivi somatique et médicamenteux en hospitalisation complète

Axe III PRISE EN CHARGE EN HOSPITALISATION COMPLÈTE

Objectif stratégique 9. Renforcer le suivi somatique et médicamenteux en hospitalisation complète

Pôle concerné : PMO, Pôles de psychiatrie de l'adulte, Pôle Psychiatrie transversale (UMPSA et Addictologie de liaison)

Contexte & enjeux

Le Pôle PMO assure historiquement le suivi somatique des patients hospitalisés en psychiatrie, avec la **Pharmacie à Usage Intérieur**, le **SIMP** (médecine polyvalente, dont une unité de santé sexuelle), le **cabinet dentaire**, l'**équipe opérationnelle d'hygiène**.

L'organisation du pôle ces dernières années a permis :

- La formalisation d'un examen somatique dans les 24 h suivant l'entrée en hospitalisation ;
- La poursuite du repérage et du suivi des comorbidités métaboliques et cardio-vasculaires chez les personnes souffrant de troubles psychiques sévères ;
- Un déploiement des activités de pharmacie clinique : conciliation à l'admission, analyse pharmaceutique et bilan de médication, entretiens d'informations pour les patients, conciliation de sortie.

Une **unité de santé sexuelle** a également été mise en place au sein du SIMP.

Enfin, l'activité en **soins dentaires** a été confortée par un partenariat avec la Miséricorde (FHM) et a pu s'ouvrir aux usagers des dispositifs médico-sociaux et aux patients de l'extrahospitalier.

Actions envisagées	
Intitulé	Description
III. 9.1. Systématiser la réévaluation de la douleur, et déployer des techniques alternatives aux traitements médicamenteux	▪ Harmoniser les pratiques d'évaluation et de réévaluation de la douleur dans les unités d'hospitalisation complète. ▪ Mettre en œuvre les protocoles qualité (présentation aux équipes, rappels de traçabilité). ▪ Sensibiliser à la traçabilité (IQSS actuellement à 60 %). ▪ Construire en concertation un cadre institutionnel pour le déploiement de techniques non médicamenteuses de prise en charge de la douleur (hypnose, Snoezelen, etc.) et le mettre en œuvre.
III.9.2. Maintenir l'offre de soins actuelle en soins somatiques	▪ Maintenir la réalisation des examens somatiques obligatoires à 24 h. ▪ Assurer la permanence de soins et s'adapter aux évolutions de l'activité de l'EPSM.
III.9.3. Déployer un suivi des patients hospitalisés depuis plus de 6 mois présentant des pathologies chroniques stabilisées, des consultations spécialisées au sein du SIMP pour les patients souffrant de troubles métaboliques et des groupes éducatifs	▪ Organiser une offre de consultations dédiée pour les patients présentant des troubles métaboliques, repérés via les protocoles internes ou suivis de longue durée. ▪ Structurer et mettre en place des groupes éducatifs. ▪ Intégrer une IPA Pathologies Chroniques Stabilisées au sein du Pôle PMO.

III.9.4. Conforter l'unité santé sexuelle	▪ Renforcer les ressources humaines de l'unité dans le cadre du PTSM 2026-2030. ▪ Consolider l'activité de consultations, de groupes thérapeutiques et de formation des professionnels.
III.9.5. Renforcer l'activité de soins dentaires pour les patients hospitalisés	▪ Déménager le cabinet dentaire et aménager des locaux dans le bâtiment SIMP pharmacie. ▪ Mettre en place un 2^{ème} fauteuil avec ouverture d'une consultation de chirurgie orale. ▪ Renforcer les moyens humains (ETP chirurgien oral, assistant dentaire, secrétariat) et matériels dédiés aux soins dentaires. ▪ Poursuivre les groupes de sensibilisation à la santé bucco-dentaire pour les professionnels et les patients.
III.9.6. Poursuivre le déploiement des activités de pharmacie clinique dans les unités de soin	▪ Conforter les activités socles de pharmacie clinique : conciliation à l'admission, analyse pharmaceutique et bilan de médication, entretiens d'informations pour les patients, conciliation de sortie. ▪ Déployer les entretiens pharmaceutiques avec les patients. ▪ Déployer le protocole de coopération validé en CME permettant aux pharmaciens de renouveler / adapter certaines prescriptions médicamenteuses, pour les patients bénéficiant d'une prise en charge complète de pharmacie clinique : - Déjà mis en œuvre dans 3 unités de moyen et long séjour et à la MAS ; - À étendre progressivement aux autres unités de moyen et long séjour.
III.9.7. Améliorer le recours aux bilans de médication gériatopsychiatrique pour les patients hospitalisés	▪ Faciliter l'intervention de l'UMPSA en intra pour les patients âgés hospitalisés. ▪ Former et accompagner les équipes d'intra aux spécificités de la psychiatrie du sujet âgé : iatrogénie, dé prescription, prescriptions appropriées et inappropriées. ▪ Organiser l'intervention du pharmacien dédié UMPSA : première évaluation en lien avec le médecin psychiatre, orientation vers UMPSA si besoin. ▪ Explorer le lien avec les CPTS sur la thématique de la dé prescription.
III.9.8. Poursuivre le déploiement des activités d'addictologie de liaison	▪ Poursuivre le développement des consultations pour les patients hospitalisés ▪ Développer les formations des professionnels sur le repérage des troubles et l'orientation (cf. Axe2 Objectif 6)

Indicateurs de suivi / résultats

- Taux de réévaluation tracée de la douleur (IQSS)
- Délais et taux de réalisation des examens somatiques à 24 h
- Nombre de patients avec pathologies chroniques stabilisées suivis par IPA PCS
- Nombre de consultations spécialisées (métaboliques) en intra
- Nombre de groupes éducatifs réalisés en intra
- Évolution de l'activité de l'unité de santé sexuelle
- Nombre de patients suivis en soins dentaires
- Nombre de professionnels et de patients sensibilisés à la santé bucco-dentaire

- Nombre d'unités ayant déployé le protocole de délégation des renouvellements et adaptations de prescriptions
- Taux de déploiement du protocole de délégation des renouvellements et adaptations de prescriptions par unité d'hospitalisation
- Nombre de bilans de médication réalisés en géro-psycho-geriatrie (projet ARS OPTIMEDOC) ; nombre d'interventions de l'UMPSA
- Retours des équipes sur la lisibilité des recours (UMPSA, SIMP, pharmacie)
- Indicateurs de pharmacie clinique (tableaux de bord MAGELLAN)
- Indicateurs de suivi définis dans le protocole de coopération validé en CME permettant aux pharmaciens de renouveler / adapter certaines prescriptions médicamenteuses, pour les patients bénéficiant d'une prise en charge complète de pharmacie clinique
- Nombre de patients ayant eu une consultation d'addictologie
- Nombre de patients ayant participé à des groupes éducatifs en addictologie
- Nombre de professionnels formés au repérage et à l'orientation des patients souffrant d'addiction

Moyens nécessaires identifiés

- Recrutement / montée en charge d'une IPA PCS
- Renfort RH unité santé sexuelle dans le cadre du PTSM
- Formation des équipes d'intra (douleur, psychiatrie du sujet âgé, usage du protocole douleur, dé prescription)

Points de vigilance

LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES TRANSVERSALES

AXE IV. AMELIORATION TRANSVERSALE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

L'axe relatif à l'amélioration transversale des pratiques professionnelles **concerne l'ensemble des pôles cliniques** de l'EPSM et comprend **9 objectifs** :

1. Renforcer la **participation des patients** à leur prise en charge et mieux les informer sur **leurs droits**
2. Mieux accompagner les **familles et proches** des personnes souffrant de troubles psychiques
3. Promouvoir la **démarche éthique et bientraitance** dans les pratiques cliniques
4. Renforcer la **pluriprofessionnalité** des accompagnements et l'intégration de nouvelles compétences
5. Améliorer les **outils de l'accompagnement (PAP, MASP)**
6. Déployer une activité de **recherche médicale et paramédicale** en s'appuyant sur les dynamiques territoriales
7. Développer une **culture d'évaluation continue** des pratiques et de leur **pertinence**
8. Anticiper la gestion des **situations sanitaires exceptionnelles**
9. Développer une culture du **développement durable**

Chacun de ses objectifs fait l'objet d'une fiche action, déclinant une ou plusieurs pistes d'actions.

Objectif 1. Renforcer la participation des patients à leur prise en charge, et mieux les informer sur leurs droits

Axe IV AMÉLIORATION TRANSVERSALE DES PRATIQUES

Objectif stratégique 1. Renforcer la participation des patients à leur prise en charge, et mieux les informer sur leurs droits

Pôle concerné : Tous Pôles

Contexte & enjeux

La mise en œuvre du droit à l'information reste hétérogène dans l'établissement, en particulier dans les situations de soins psychiatriques sans consentement, où la position du psychiatre — à la fois prescripteur et informateur des voies de recours — est à soutenir. Les **associations d'usagers** sont peu présentes dans les lieux de soins (hormis une permanence ponctuelle de l'Unafam au CMP de Vire), et aucune permanence d'usagers n'est organisée en intra-hospitalier ; alors qu'un soutien est particulièrement nécessaire au moment de l'hospitalisation. Hors lieux de soins, l'association Advocacy est présente sur le territoire, ainsi que plusieurs **Groupes d'entraides mutuelles** (GEM).

La HAS rappelle que l'établissement doit garantir une information loyale, accessible et adaptée (critère 2.3-01 de la certification), préciser les modalités de consentement et les voies de recours (critère 2.3-03), et appuyer la participation des usagers (critère 3.3). Ces attendus sont particulièrement sensibles en psychiatrie, où les patients peuvent présenter des troubles cognitifs, des difficultés de compréhension ou être hospitalisés sous contrainte.

La **Communauté 360** (portée par l'association RSVA), dispositif d'appui à l'information et l'orientation dans le droit commun, mobilisable par les personnes en situation de handicap psychique et leurs proches, peut constituer un partenaire stratégique pour développer des supports d'information accessibles, notamment en **FALC** (Facile à Lire et à Comprendre). Les liens entre l'EPSM et la Communauté 360 existent à un niveau institutionnel mais pourraient être renforcés en s'appuyant sur les équipes soignantes et les assistants de service social.

Enfin, plusieurs pistes d'amélioration émergent : projet de **Maison des usagers en intrahospitalier et itinérante**, qui permettrait d'intervenir en intra comme en ambulatoire, renforcement des **cafés soignants-soignés** organisés dans les services avec une mobilisation plus régulière d'associations d'usagers et de partenaires (juristes, philosophes, éthiciens, Maison de la Justice et du Droit).

Actions envisagées	
Intitulé	Description
IV.1.1. Renforcer les liens avec la Communauté 360 pour l'affirmation des droits des personnes en situation de handicap psychique	▪ Co-construire avec la Communauté 360 des supports d'information en FALC sur les droits fondamentaux, la personne de confiance, les directives anticipées, les modalités de consentement et les voies de recours. - Adapter les informations remises aux patients en soins sans consentement (admission, renouvellement, modalités de recours). ▪ Renforcer la participation des équipes (soignantes, sociales) de l'EPSM aux travaux de la Communauté 360 - Participation aux GT portant sur les soins dans le droit commun des personnes en situation de handicap - Renforcement des sollicitations de la Communauté 360 par les équipes de l'EPSM pour les orientations complexes dans le secteur médico-social ▪ Sensibiliser les professionnels et représentants des usagers à la diffusion des supports FALC.

IV.1.2. Développer des espaces de conseil et de médiation à destination des patients	▪ Mettre en place une Maison des Usagers en intrahospitalier ▪ Étudier la faisabilité de la déployer en Maison des Usagers Itinérante, en se basant sur les recommandations nationales : lieu d'information basé sur l'aller-vers (lieux de soins intra et extra hospitaliers, ESSMS...), d'écoute et d'orientation, non soignant, non substitut du soin, ouvert aux patients et proches, et mobilisant les compétences des associations de patients et de proches. ▪ Envisager d'autres formats complémentaires : - A minima, permanences associatives (Advocacy, Unafam, Udaf, GEM) au sein de l'établissement ; - Renforcement du lien avec les GEM, orientation plus systématique voire accompagnement collectif pour des temps de présentation. - Autres formats à définir. ▪ Renforcer la place des représentants des usagers (RU) dans les démarches d'accueil, d'information et de médiation.
IV.1.3. Systématiser des temps d'échange soignants-soignés dans les services d'hospitalisation	▪ Systématiser un cycle régulier de cafés soignants-soignés au sein de chaque unité d'hospitalisation, associant professionnels, patients, médiateurs de santé pairs, représentants des usagers. ▪ Définir un cadre clair : animation, fréquence, règles de fonctionnement, confidentialité, articulation avec la CDU et les projets éthiques internes.
IV. 1.4. Formaliser un espace d'échange régulier avec les patients sur la question des droits	▪ Inviter lors de ces temps de manière ponctuelle des intervenants spécialisés : juriste interne, philosophes, éthiciens, Défenseur des droits et associations d'usagers.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de supports FALC co-produits avec la Communauté 360 et diffusés
- Nombre de sollicitations faites à la Communauté 360 par les équipes (orientations)
- Existence d'un dispositif associatif (maison des usagers intra a minima, et itinérante) ou permanences et évolution de la fréquentation
- Nombre de cafés soignants-soignés organisés, taux de participation (patients / soignants / intervenants externes)

Moyens nécessaires identifiés

- Mobilisation des médiateurs de santé pairs (MSP) et des RU pour la co-construction et l'animation des actions
- Partenariat actif avec la Communauté 360 (production FALC, participation aux GT, orientations complexes)
- Implication des représentants des usagers et associations (Advocacy, Unafam, Udaf, GEM) et de partenaires
- Disponibilité d'espaces dans les unités pour les cafés soignants-soignés et les permanences associatives.

Points de vigilance

- Articulation entre l'espace d'écoute (Maison des usagers / permanences) et la CDU nécessaire d'éviter que les espaces d'écoute ne soient utilisés comme lieux de traitement des plaintes et revendications.

Objectif 2. Mieux accompagner les familles et proches des personnes souffrant de troubles psychiques

Axe IV AMÉLIORATION TRANSVERSALE DES PRATIQUES

Objectif stratégique 2. Mieux accompagner les familles et proches des personnes souffrant de troubles psychiques

Pôle concerné : Tous Pôles

Contexte & enjeux

La littérature scientifique indique que l'accompagnement des proches est un facteur déterminant pour concourir au rétablissement des personnes souffrant d'un trouble psychique. Un proche aidant est soumis à des facteurs de risque intrinsèques pour sa propre santé mentale, notamment quand la charge ressentie de leur rôle d'aidant est importante. De nombreuses études montrent que les aidants se sentent anxieux, stressés, ont un sommeil perturbé, déclarent avoir des douleurs physiques, chroniques et ressentent une fatigue morale (Rapport d'observation et d'analyse de l'association Française des aidants, 2016). Pourtant, moins de 5% des proches bénéficient d'un accompagnement 8 ans après la pose d'un diagnostic (ARS Ile-de-France).

Actuellement plusieurs offres de soutien des aidants sont déployées à l'EPSM :

En psychiatrie de l'adulte :

- Le programme BREF de psychoéducation à destination des familles, animé sur le service Ariane et sur certains secteurs (avec une demande de formation des professionnels en vue de son extension) ;
- Les consultations d'accompagnement systémique notamment sur le service Ariane et le secteur Vire-Evrecy, à destination d'un système qui exprime un besoin de changement en lien avec des problématiques relationnelles complexes ;
- Le Groupe Ouvert Famille (groupe de parole, espace de pair aide familiale) et le Groupe Focus famille (création et coanimation de séances de pair aide familiale sur des thématiques autour du rétablissement) sur le service Ariane. Ces accompagnements sont à destination des proches de personnes souffrant d'une maladie psychique, résidant dans le Calvados. Il s'agit d'un public principalement adulte, mais avec possibilité d'accueil de mineurs (fratrie, enfants). Il n'y a pas de nécessité de diagnostic posé ni d'obligation de suivi ou d'accompagnement pour la personne concernée, ainsi que pas de prescription ;
- Les programmes PROFAMILLE et AVEC, proposés par l'équipe du CHU, à destination de l'ensemble du territoire ;
- Un projet de formation Open Dialogue pour les professionnels du Pôle Caennais, basée sur l'inclusion des familles dès le début de la prise en charge.

En psychiatrie de l'enfant :

- Aide à la demande d'aides financières auprès de la MDPH pour l'accompagnement au quotidien de l'enfant par les assistantes de service social (AAJP, AEEH...)
- Groupes de parents au CATTP de Caen ;
- Informations données sur l'existence de groupe fratrie au CRA pour les patients autistes ;
- Temps réguliers d'accueil en groupe de parents pour les enfants suivis au sein de deux hôpitaux de jour caennais ;
- Adressage dans le service de pédopsychiatrie du CHU pour le programme Barkley d'entraînement aux habilités parentales pour les parents d'enfants souffrant de TDAH. Formation prévue en 2026 de binômes de soignants du PPEA (formations auprès de Normandie pédiatrie) pour une mise en place dans les territoires éloignés de Caen) ;
- Guidance parentale et soutien individuel de parents.

En psychiatrie de l'adolescent :

- Une réelle habitude de travailler avec les parents dans le cadre des consultations individuelles pour les adolescents : consultation ados et parents, consultation parentale ;
- Groupes de parole de parents d'adolescent portés de manière mutualisée par le CMP Ados et la MDAJA ;
- Service de thérapie familiale systémique (UTF) dépendant du PPEA ;
- Groupe de thérapie multifamiliale pour les familles de jeunes présentant un refus scolaire anxieux, porté par le PPEA (service ados et UTF) et la MDAJA ;
- Groupe parents-ados pour les jeunes admis à l'HDJ-CATTP Ados ;
- Orientation possible vers les cafés-parents portés par la MDAJA.

Par ailleurs, dans l'ensemble des pôles les assistants de service social jouent un rôle majeur pour le soutien et l'information des familles.

Bien que l'offre existe, on constate que la multiplicité des acteurs et la diversité des programmes ne facilitent pas sa lisibilité. En outre, le manque de coordination entre acteurs compromet l'effectivité de la rencontre entre les besoins des proches aidants et les offres qui leur sont destinées. L'enjeu est donc :

- De proposer une **coordination territoriale** afin de favoriser l'accès à une offre de soin diversifiée et harmonisée pour les proches sur l'ensemble du territoire ;
- De **sensibiliser les professionnels** de l'établissement et à l'extérieur, afin qu'ils aient connaissance des offres existantes pour limiter les ruptures de parcours et favoriser l'accès aux soins ;
- De considérer l'offre de soin destinée aux proches aidants au même titre que celle proposée aux usagers.

Actions envisagées	
Intitulé	Description
IV.2.1. Faire évoluer l'offre de soins à destination des familles	▪ Cartographier l'existant sur le territoire. ▪ Poursuivre les accompagnements existants. ▪ Faire évoluer l'offre en fonction des besoins. Pour exemple : pair aide familial professionnel, MBCT (Mindfulness based cognitive therapy), systémie brève, MOH appliqué aux aidants, programme LEO et programme Connexions Familiales, etc. ▪ Déployer sur l'ensemble du territoire.
IV.2.2. Renforcer les liens avec les associations de famille pair aidante	▪ Permettre la participation de l'UNAFAM et autres associations d'aidants à certaines offres d'accompagnement. ▪ Répertorier l'offre proposée par les associations de familles.
IV.2.3. Faire connaître les différents accompagnements des familles sur le territoire	▪ Améliorer la lisibilité et l'accessibilité des programmes d'information et de soutien existants, par la création d'outils adaptés (affiches, annuaires, sites internet) et la promotion pendant les entretiens auprès des familles. ▪ Mobiliser dans la démarche la future Maison des usagers
IV.2.4. Former les professionnels de l'établissement à l'accueil des familles et proches de personnes concernées	▪ Engager l'établissement dans la formation BREF pour les professionnels des secteurs ▪ Poursuivre les sensibilisations proposées par le service Ariane auprès de professionnels de l'établissement et du territoire à l'accompagnement des proches
IV.2.5. Structurer la coordination de l'offre territoriale pour les familles et les proches	▪ Cartographier l'offre portée par les établissements de santé et les associations ▪ Faire connaître cette offre aux partenaires de première ligne (notamment médecins généralistes, psychiatres et infirmiers libéraux) par le biais des CPTS du territoire (rencontres, construction d'outils communs), en mobilisant les associations et les établissements partenaires (CHU pour ProFamilles).

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de personnes accompagnées au titre d'aidant (accompagnement individuel ou en groupe) chaque année dans l'établissement
- Nombre d'agents de l'EPSM formés à l'accompagnement des aidants chaque année
- Nombre d'outils de communication sur l'offre créés et diffusés
- Nombre de rencontres organisées avec les CPTS sur la thématique du soutien aux aidants
- Évaluation qualitative du soutien proposé aux aidants (questionnaire, entretiens...)

Moyens nécessaires identifiés

- Espaces d'accueil dédié à l'accompagnement des proches
- Moyens de contact proposés aux proches : ligne téléphonique, mail...

Objectif 3. Promouvoir la démarche éthique et la bientraitance dans les pratiques cliniques

Axe IV AMÉLIORATION TRANSVERSALE DES PRATIQUES

Objectif stratégique 3. Promouvoir la démarche éthique et la bientraitance dans les pratiques cliniques

Pôle concerné : Tous Pôles

Contexte & enjeux

Depuis 2012, l'établissement dispose d'un **bureau éthique interne**, composé de membres volontaires. Il organise 2 à 3 séances annuelles, afin d'échanger et traiter des sujets issus de situations de soins, proposées par les équipes soignantes. Si le questionnement éthique est soutenu au sein de l'établissement, et les professionnels, quelle que soit leur fonction, connaissent l'existence du bureau et la possibilité de le saisir (rapport de certification HAS Mars 2024), ce dernier reste peu exploité et insuffisamment accessible (absence de procédure simple de saisine, information limitée, participation variable selon les services). Ainsi, comme l'a souligné le CGLPL en avril 2025, il apparaît important de faire évoluer ce bureau en **comité d'éthique**, pour mener une réflexion transversale sur les dilemmes éthiques rencontrés dans les pratiques quotidiennes, formaliser les saisines et communiquer. Le recours à l'Espace Éthique Régional, comme ressource, pour impulser cette évolution semble opportun.

La HAS rappelle que certaines situations cliniques peuvent engendrer des conflits de valeurs rendant les décisions difficiles (critère 3.1-06). Elle souligne l'importance d'une réflexion éthique **collective, interdisciplinaire, structurée et menée en temps opportun**, associant patients et proches lorsque pertinent, et pouvant s'appuyer sur des ressources externes.

Les retours des professionnels confirment plusieurs enjeux majeurs :

- Un besoin fort d'**espaces de réflexion** ;
- Un besoin de temps et de disponibilité pour participer à des séminaires ou instances dédiées ;
- La nécessité de rapprocher la réflexion éthique des pratiques de terrain ;
- Un renforcement des liens avec l'Espace Éthique Régional ;
- Un besoin très exprimé de **supervision**, afin de retrouver sens, cohérence d'équipe et capacité réflexive dans des contextes de tension.

Les psychologues, dont l'effectif a doublé en cinq ans (environ 75 en 2025), ont vocation à soutenir la supervision interne, mais leur mobilisation reste limitée. Les équipes expriment une attente forte d'un cadre institutionnalisé de supervision, par métiers ou par services, avec le soutien du Collège des psychologues.

Actions envisagées

Intitulé	Description
IV.3.1 Redynamiser l'espace éthique interne à l'établissement	▪ Clarifier les missions du comité d'éthique EPSM : réflexion transversale, soutien aux dilemmes cliniques, accompagnement des équipes dans les choix complexes. ▪ Mieux faire connaître le comité d'éthique auprès des professionnels et faciliter son accès (fiche de saisine simple, diffusion des modalités de recours). ▪ Formaliser un lien régulier avec l'Espace Éthique Régional et recourir à ses ressources lorsque nécessaire. ▪ Développer des temps d'échanges interdisciplinaires, en proximité, pour accompagner les équipes confrontées à des situations à fort enjeu éthique. ▪ Établir un calendrier annuel d'actions et le décliner.

IV.3.2. Systématiser la pratique de la supervision au sein de l'établissement	▪ Généraliser la supervision en mobilisant le Collège des psychologues, conformément au projet initial de renforcement des effectifs. ▪ Organiser des temps réguliers (a minima un par an dans chaque service) de supervision en service, cadrés (objectifs, fréquence, confidentialité), adaptés aux contraintes horaires (jour/nuit) et intégrant, lorsque pertinent, la dimension éthique. ▪ Favoriser les supervisions croisées entre équipes, en s'appuyant sur les compétences internes. ▪ Intégrer la supervision comme outil de soutien à la qualité de vie au travail et de prévention de l'épuisement professionnel.
--	---

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de rencontres / réunions du comité d'éthique interne ; diversité des professionnels impliqués
- Mise en place et utilisation d'une procédure simple de saisine du comité d'éthique (fiche, mail dédié)
- Nombre de recours à l'Espace Éthique Régional
- Taux de services ayant bénéficié d'une supervision sur l'année
- Nombre de supervisions réalisées (par équipes ou croisées)
- Régularité des supervisions (fréquence prévue vs réalisée)
- Retour des équipes sur les apports des supervisions et du comité d'éthique (impact sur la pratique et qualité des sujets traités)

Moyens nécessaires identifiés

- Mobilisation du Collège des psychologues pour la mise en place des supervisions.
- Mobilisation de professionnels volontaires et engagés pour le comité d'éthique.
- Outils simples (fiche de saisine, diffusion d'informations, tableau de suivi).
- Temps institutionnel réservé à la supervision et aux réunions du comité d'éthique (plages dédiées intégrées dans l'organisation des équipes).

Points de vigilance

- Tension forte entre la nécessité de réfléchir collectivement et le manque de temps disponible dans les services : importance de formats courts, décentralisés et soutenables.
- Participation des professionnels basée sur le volontariat mais nécessitant un portage institutionnel fort pour éviter l'essoufflement.
- Difficulté d'assurer une présence médicale au sein du bureau éthique en période de tension démographique.

Objectif 4. Renforcer la pluriprofessionnalité des accompagnements et l'intégration de nouvelles compétences

Axe IV AMÉLIORATION TRANSVERSALE DES PRATIQUES

Objectif stratégique 4. Renforcer la pluriprofessionnalité des accompagnements et l'intégration de nouvelles compétences

Pôle concerné : Pôles de psychiatrie de l'adulte, Pôle PMO, Pôle Psychiatrie légale, Pôle Psychiatrie transversale

Contexte & enjeux

L'EPSM s'est engagé depuis plusieurs années dans une montée en pluralité professionnelle, soutenue par l'intégration progressive de nouveaux métiers et de nouvelles formes d'expertise. La dynamique est réelle mais demeure hétérogène, avec des pratiques encore dépendantes des histoires de pôles et des cultures d'équipe.

Plusieurs constats clés ressortent :

- **Une ouverture assumée à l'évolution des métiers**, avec l'entrée en poste ou en formation de plusieurs IPA mention « Psychiatrie et santé mentale » sur les pôles sectorisés, mais dont le positionnement reste à préciser pour certains et à harmoniser, et un projet d'IPA mention « Pathologies chroniques » au sein du Pôle PMO.
- **Une culture du rétablissement désormais installée, appuyée sur la pair-aidance, avec des médiateurs de santé pair (MSP)** au sein du dispositif Ariane et un objectif de deux MSP dans chaque pôle au sein des équipes rétablissement pour fin 2026.
- **Une montée en compétences éducatives identifiée comme essentielle**, avec la présence d'éducateurs spécialisés sur les unités TSA (Émergence, Emila), et un besoin identifié notamment pour les patients chroniques et/ou complexes.
- **Une organisation actuelle qui limite les espaces de travail réellement pluriprofessionnels**, avec des réunions de staff fortement concentrées sur les situations individuelles au détriment des questions de fonctionnement, posture, collaborations, processus ; un manque de temps pour des réunions croisées entre dispositifs.

La pluriprofessionnalité ne peut pas être réduite à la délégation d'actes : elle exige **une organisation adaptée au partage de compétences**.

Actions envisagées	
Intitulé	Description
IV.4.1. Accompagner institutionnellement l'intégration de nouvelles compétences dans les équipes	▪ Bien structurer l'arrivée et l'intégration des professionnels apportant de nouvelles compétences au sein des équipes. ▪ Renforcer les espaces partagés, le temps d'élaboration, la co-construction des approches entre les différents corps professionnels, par une organisation adaptée (avec notamment la réintroduction régulière de staffs de fonctionnement dans les équipes, et les échanges croisés entre dispositifs) ▪ Prendre en compte la façon dont l'introduction de compétences vient interroger la place de chacun dans les équipes.
IV.4.2. Poursuivre et généraliser le déploiement de médiateurs de santé pairs au sein des équipes	▪ Poursuivre le déploiement des missions des MSP sur trois axes au sein d'Ariane et des équipes rétablissement : - Accompagnement des équipes (sensibilisation, travail sur les représentations, appui rétablissement) - Participation aux espaces institutionnels (staffs, réunions de

	service, groupes projets) - Entretiens individuels avec les usagers ▪ Assurer leur intégration dans les équipes (formation, parcours institutionnel avec passage par Ariane, tutorat MSP), en appui sur le service Ariane, centre référent de territoire, et sur l'expertise du CCOMS.
IV.4.3. Poursuivre le déploiement des IPA au sein de l'EPSM (mentions « Psychiatrie et santé mentale » et « Pathologies chroniques stabilisées ») : élaboration d'un cahier des charges institutionnel à adapter aux pôles et services, recrutements, accompagnement à l'intégration	▪ Élaborer un cahier des charges institutionnel définissant des repères communs, en s'appuyant sur le modèle PEPPA : missions possibles, articulations avec les médecins, espaces de coordination, posture clinique, périmètre somatique vs psychiatrique. ▪ Maintenir une adaptation par pôle pour garantir l'appropriation par les équipes médicales. ▪ Intégrer un IPA Pathologies Chroniques Stabilisées (PCS) au sein du Pôle PMO, pour le suivi en intra-hospitalier et renforcer la ressource en IPA PCS pour les consultations spécialisées au SIMP des patients suivis en ambulatoire (voir axe II objectif 4). ▪ Organiser le déploiement opérationnel, en précisant les fonctions : - En extra : partenariats, lien avec les PSLA, les centres de santé coordination avec le champ somatique, évaluation psychiatrique... - En intra (Pôle PMO) : consultations somatiques, suivi des pathologies chroniques... - Examiner la pertinence d'une implication en psychiatrie de liaison au SAU. ▪ Accompagner l'intégration dans les équipes : formation, rencontres d'équipes, appui méthodologique.
IV.4.4. Renforcer la mise en place de protocoles de coopération pluriprofessionnelle (IDE-médecins, IDE-AS...)	▪ Cartographier les protocoles nationaux validés (HAS, COPSy) et identifier ceux transposables à l'EPSM. Ex : protocole du CH du Vinatier sur la délégation de la réalisation de l'ECG par l'IDE à une aide-soignante en CMP). ▪ Définir une méthode interne : - Encadrement via des protocoles écrits, - Formation préalable, - Critères d'ancienneté, - Modalités de supervision et d'évaluation. ▪ Mettre en œuvre les protocoles et les évaluer.
IV.4.5. Renforcer les compétences éducatives dans les parcours patients	▪ Développer l'approche éducative, en particulier pour les patients chroniques. ▪ Déployer le poste d'éducateur spécialisé dans le cadre du binôme de coordination au sein du Pôle Calvados Sud, l'évaluer en 2027 et en envisager la diffusion sur les autres pôles. ▪ Articuler l'action éducative avec les dispositifs de réhabilitation (Ariane, MSP, équipes sectorisées de rétablissement). ▪ Définir, après une réflexion institutionnelle, une maquette organisationnelle des HDJ selon leur typologie (« classique ou de « crise ») précisant, le cas échéant, la place des éducateurs spécialisés au sein des HDJ.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombres de MSP déployés par pôle et participation aux espaces institutionnels
- Nombre d'accompagnements usagers (et d'entretiens / de groupes) réalisés sur chaque pôle et retours

qualitatifs

- Existence et diffusion du cahier des charges IPA
- Nombre d'IPA déployés et missions exercées en intra / extra
- Nombre de protocoles de coopération mis en œuvre et équipes impliquées
- Retours des équipes sur la qualité des concertations pluriprofessionnelles (questionnaire / entretiens)
- Nombre de réunions de staff pluriprofessionnels de fonctionnement mises en place par service et régularité

Moyens nécessaires identifiés

- Appui juridique / qualité pour la formalisation des protocoles de coopération.
- Outils supports : référentiels métiers, guide IPA, protocoles, espaces de supervision...

Points de vigilance

- Importance d'accompagner l'intégration des nouveaux métiers

Objectif 5. Améliorer les outils de l'accompagnement (PSP, MAPS)

**Axe IV
AMÉLIORATION TRANSVERSALE DES
PRATIQUES**
**Objectif stratégique 5. Améliorer les outils de
l'accompagnement (PSP, MAPS)**
Pôle concerné : Pôles de psychiatrie de l'adulte, Pôle Psychiatrie transversale
Contexte & enjeux

L'EPSM déploie plusieurs outils essentiels à la structuration des parcours et à la participation des patients, mais ceux-ci restent hétérogènes dans leurs usages, leurs formats et leur articulation avec les systèmes d'information :

- **Le Projet de Soins Personnalisé (PSP)** est en cours de déploiement en ambulatoire, mais son absence d'intégration au DPI jusqu'à ce jour a conduit à des modèles dispersés. L'intégration imminente du module dans Cortexte permettra d'uniformiser le document. Selon les recommandations de la HAS, le PSP est le cadre clinique global et le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) en est le volet centré sur la participation du patient (objectifs, priorités, rôle dans le parcours).
- **Les Directives Anticipées en Psychiatrie (ou Mesures Anticipées en PSychiatrie, MAPS)** sont encore peu déployées au sein de l'EPSM, leur absence a été soulignée lors de la dernière certification HAS. L'outil existe dans Cortexte, mais la pratique reste inégale selon les équipes. Le CHU utilise un DPI différent, ce qui nécessite une clarification et un travail conjoint pour garantir la disponibilité des MAPS lors des admissions en urgence (accès des équipes du SAU à Cortexte). Leur déploiement représente un enjeu majeur de la prochaine certification (volets participation du patient / respect des droits / anticipation des crises).

Le passage d'un simple « consentement » à une logique de **participation active** du patient est un enjeu fort, cohérent avec les pratiques de rétablissement qui s'installent aujourd'hui dans l'hôpital.

Actions envisagées	
Intitulé	Description
IV.5.1. Déployer le Projet de Soins Personnalisé, en répondant à un enjeu fort de recherche de participation du patient	▪ Mettre en place un groupe de travail pour configurer et finaliser le module PSP dans Cortexte (modèle commun, structuration des champs). ▪ Intégrer le volet PAP dans le PSP, conformément aux recommandations HAS (volet centré sur la participation du patient), en s'appuyant notamment sur les assistants de service social, les équipes rétablissement et les binômes de coordination de parcours. ▪ Accompagner les équipes à l'usage du module (formation / tutoriels / appui de proximité). ▪ Sensibiliser les équipes à la participation des personnes concernées, en s'appuyant sur le service Ariane et sur les équipes rétablissement de chaque pôle.
IV.5.2. Déployer les Directives Anticipées en Psychiatrie (MAPS) et structurer le lien avec le CHU pour leur prise en compte par le SAU	▪ Former les professionnels de l'EPSM et du territoire aux MAPS et à leur intégration informatisée ▪ Uniformiser les pratiques d'utilisation des MAPS dans les CMP, HDJ et unités d'hospitalisation. ▪ Créer un mode opératoire d'accès depuis Cortexte pour les agents du SAU du CHU CAEN (et/ou envisager la systématisation de l'envoi du MAPS dans le DMP « Mon espace santé » du patient).

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accompagner les équipes dans l'information aux patients (moment opportun, conditions, mise à jour des directives). |
|--|---|

Indicateurs de suivi / résultats

- Taux de PSP/PAP saisis dans Cortexte (par pôle / par CMP)
- Part des PSP/PAP intégrant explicitement les objectifs et priorités exprimées par le patient
- Part des équipes formées / sensibilisées à la participation du patient
- Nombre de MAPS saisis dans Cortexte et mises à jour annuellement
- Part des admissions SAU pour lesquelles les MAPS ont pu être consultées
- Retours qualitatifs des équipes sur l'ergonomie des modules PSP/MAPS

Moyens nécessaires identifiés

- Appui de la DSI et de la Direction Qualité pour la configuration et le déploiement du PSP-PAP dans Cortexte.
- Articulation opérationnelle avec le CHU pour l'accès SAU aux MAPS.
- Temps institutionnel pour la formation rétablissement / participation du patient.

Points de vigilance

- Les MAPS doivent être expliquées et proposées dans la bonne temporalité pour la personne, avec un accompagnement adapté
- Le lien avec le CHU est essentiel pour garantir l'effectivité des MAPS en situation de crise.

Objectif 6. Déployer une activité de recherche médicale et paramédicale en s'appuyant sur les dynamiques territoriales

Axe IV AMÉLIORATION TRANSVERSALE DES PRATIQUES

Objectif stratégique 6. Déployer une activité de recherche médicale et paramédicale en s'appuyant sur les dynamiques territoriales

Pôle concerné : Tous Pôles

Contexte & enjeux

La recherche était déjà un axe prioritaire dans les précédents projets médico-soignants. **Aucune structuration** réelle n'a vu le jour, malgré une réelle **volonté collective** et une conviction que le déploiement de la recherche est un réel **levier d'attractivité** pour le recrutement.

Plusieurs freins persistants ont empêché l'émergence d'une activité de recherche solide :

- Difficulté à identifier des projets communs avec le CHU ;
- Manque de temps et faible disponibilité des praticiens de l'EPSM ;
- Sollicitation encore trop limitée du DIM ;
- Travaux ponctuels existants mais non fédérés (Ariane, unité sport-santé, thèses en psychologie) ;
- Absence d'ARC et de structuration interne du fait de l'absence d'habilitation universitaire propre ;
- Difficulté pour l'EPSM de réunir les ressources nécessaires pour être centre investigateur, ce qui nécessite un adossement à des établissements habilités.

Le projet médico-soignant envisageait la mise en place d'une fédération territoriale de recherche, mais ce type de coordination dépasse ses capacités propres. Ainsi, une **structure de coopération régionale en santé mentale**, financée par l'ARS est en cours de construction. Elle se basera à compter de 2026 sur le **GTCRC élargi à la Basse-Normandie et qui comportera une thématique spécifique « Santé mentale »**. **17 établissements autorisés en psychiatrie en sont les membres fondateurs, dont l'EPSM de Caen.**

Actions envisagées

Intitulé	Description
IV.6.1. Participer aux activités de la structure de coopération régionale autour de la recherche en santé mentale en cours de mise en place, afin de disposer de moyens pour diriger / participer à des recherches	▪ Contribuer aux travaux de définition des formes juridiques permettant l'organisation territoriale de la recherche en santé mentale, rassemblant les établissements publics et privés autour de la recherche. ▪ Inscrire l'établissement dans la future structure régionale, afin de : - Développer des partenariats en recherche médicale et paramédicale, avec mobilisation possible de la DRCI des établissements universitaires pour piloter des projets. - Contractualiser avec des établissements habilités à diriger des recherches, afin de permettre la participation de l'EPSM à des recherches fondamentales, appliquées ou multicentriques. - Favoriser une approche pluriprofessionnelle de la recherche, intégrant les psychologues, les infirmiers, les assistants de service social, les médiateurs de santé pairs, les équipes impliquées dans des travaux en lien avec CHU / universités (ex. sommeil et groupes thérapeutiques Ariane – CHU – Rouen). - Bénéficier de ressources en ARC mutualisées. ▪ Contribuer à l'identification des thématiques prioritaires pour la future structure régionale (pas uniquement de recherche fondamentale : inclure clinique, qualitative, paramédicale).

Indicateurs de suivi / résultats

- Participation formelle de l'EPSM à la structure régionale (réunions, GT, gouvernance)
- Nombre de partenariats ou conventions établies avec des établissements habilités
- Nombre de projets de recherche auxquels l'EPSM participe (CHU, universités, inter-ETS).
- Nombre de professionnels impliqués (psychologues, IDE, ASS, MSP...).
- Nombre de publications/communications en lien avec ces recherches

Moyens nécessaires identifiés

- Mobilisation des équipes autour de la structure de coopération régionale.
- Soutien de la DRCI des établissements partenaires (via la structure régionale).
- Coordination interne à structurer

Points de vigilance

- Manque d'expérience interne

Objectif 7. Développer une culture d'évaluation continue des pratiques et de leur pertinence

Axe IV AMÉLIORATION TRANSVERSALE DES PRATIQUES

Objectif stratégique 7. Développer une culture d'évaluation continue des pratiques et de leur pertinence

Pôle concerné : Tous Pôles

Contexte & enjeux

La **notion de « pertinence »** est au cœur des attendus de la certification HAS (critères 2.4-01 et 2.4-06 notamment), qui invitent les équipes à analyser collectivement leurs pratiques, à s'appuyer sur des protocoles actualisés et à mobiliser des indicateurs cliniques adaptés pour identifier les axes d'amélioration.

En psychiatrie, ces attendus se heurtent à **plusieurs limites** :

- Une absence de définition partagée de la pertinence, certaines équipes utilisant le terme pour désigner des EPP ponctuelles sans référentiel commun ;
- Une culture déclarative encore fragile, notamment pour les EIG et les presque accidents, en particulier en ambulatoire ;
- Des outils de recueil de l'expérience patient encore embryonnaires (questionnaires de satisfaction et de sortie, dispositif e-satis psychiatrie obligatoire depuis quelques mois, implication des médiateurs de santé pairs) et insuffisamment exploités dans une optique d'amélioration des pratiques.

Les équipes psychiatriques ont exprimé une réserve vis-à-vis de la notion de « **culture du résultat** », perçue comme inadaptée aux soins en psychiatrie.

Il est donc proposé de centrer l'action sur la **pertinence des pratiques**, avec un pilotage par indicateurs **adaptés à la psychiatrie** en vue de déployer progressivement la notion de résultats qui concerne la mise en adéquation des pratiques de soins mises en place avec les effets obtenus.

Actions envisagées	
Intitulé	Description
IV.7.1. Renforcer la prise en compte de l'expérience patient	▪ Explorer, en lien avec les recommandations HAS, le développement progressif d'outils de mesure de l'expérience patient adaptés à la psychiatrie (type PROMS), même en l'absence de référentiels standardisés en psychiatrie. ▪ Promouvoir et structurer l'usage d'e-satis psychiatrie, et organiser un retour régulier des résultats auprès des équipes. ▪ Consolider l'usage des questionnaires de sortie et de satisfaction, et organiser leur analyse collective et restitution régulière. ▪ Mobiliser les patients dans la construction et l'analyse des retours d'expérience, en veillant à leur place de contributeurs. ▪ Structurer progressivement un pilotage par indicateurs cliniques et organisationnels adaptés à la psychiatrie (questionnaires de satisfaction et de sortie, e-satis, analyses d'EIG, EPP), afin d'objectiver les axes d'amélioration sans assimilation à une logique de performance.
IV.7.2. Systématiser et consolider l'analyse des EIG et des presque accidents, y compris en ambulatoire	▪ Systématiser les analyses d'EIG sur les trois thématiques prioritaires : risque suicidaire, prise en charge médicamenteuse, agressions sexuelles. ▪ Clarifier la définition des presque accidents et structurer leur recueil institutionnel. ▪ Relancer l'EPP institutionnelle sur le risque suicidaire (sous format RMM) et

	l'inscrire dans un dispositif pérenne articulé avec le GT risque suicidaire, chargé de l'analyse des EIG, de l'harmonisation des pratiques et des actions de prévention. ▪ Clarifier et partager la distinction entre EPP (démarche formalisée attendue par la HAS) et groupe de travail (GT), afin d'articuler les deux outils et d'éviter les confusions dans l'analyse du risque suicidaire et d'autres thématiques. ▪ Développer les analyses en ambulatoire, même avec des éléments partiels. ▪ Installer deux GT pérennes : GT risque suicidaire et GT agression sexuelle, chargés de proposer des actions de prévention et correctrices. ▪ Valoriser les bilans de médication dans la démarche institutionnelle et les inscrire sous forme de revue de pertinence médicamenteuse structurée.
--	--

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre d'outils d'expérience patient développés ou exploités (questionnaires de sortie/satisfaction, e-satis) et avancement des travaux sur des PROMS adaptés à la psychiatrie
- Nombre de temps de restitution et d'analyse avec les équipes des données recueillies par ces outils
- Nombre d'EIG analysés sur les trois thématiques prioritaires
- Nombre d'EPP relancées, en particulier sur le risque suicidaire
- Nombre de presque-accidents recensés et discutés
- Nombre d'actions correctrices issues des GT (suicide, agression)
- Nombre de revues de pertinence médicamenteuse formalisées

Moyens nécessaires identifiés

- Mobilisation des professionnels impliqués dans l'expérience patient (IDE, psychologues, MSP, ASS...).
- Soutien du pôle PMO pour développer et structurer les bilans de médication vers des analyses de pertinence médicamenteuse.
- Outils numériques simples pour questionnaires internes et exploitation d'e-satis.

Points de vigilance

- Sensibilité forte à la notion de « résultat » : nécessité de maintenir la démarche centrée sur la pertinence.
- Déclarations d'EIG en ambulatoires complexes, données parfois incomplètes.

Objectif 8. Mieux anticiper la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Axe IV AMÉLIORATION TRANSVERSALE DES PRATIQUES

Objectif stratégique 8. Mieux anticiper la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Pôle concerné : Tous Pôles

Contexte & enjeux

La HAS attend des établissements de santé qu'ils aient la capacité d'anticiper et de gérer les situations sanitaires exceptionnelles (risques physiques, psychiques, numériques, énergétiques), en se dotant :

- D'un **plan de gestion de crise graduée** (critère 3.1-05) permettant l'activation rapide d'une organisation spécifique, d'une cellule de crise et de modalités d'alerte adaptées ;
- D'un **plan de continuité et de reprise d'activité (PCA/PRA)** définissant les activités prioritaires, les modes dégradés et les fonctions critiques à maintenir (critère 3.1-04) ;
- D'exercices réguliers de **simulation en santé** pour renforcer la capacité des équipes à faire face à des événements inhabituels ou critiques (critère 3.2-04).

L'EPSM dispose d'un plan de gestion graduée mais l'encadrement n'y a pas encore été formé. La cartographie des risques numériques est en cours et doit déboucher sur un **Plan de Continuité Informatique / Plan de Reprise Informatique (PCI/PRI)**. En revanche, le **PCA/PRA** de l'établissement reste à formaliser et nécessite un travail conjoint avec les équipes de soins pour définir les priorités cliniques en mode dégradé.

L'enjeu est donc double : garantir une **réaction coordonnée** et maîtrisée en cas de crise et sécuriser la **continuité des activités essentielles** de l'établissement.

Actions envisagées	
Intitulé	Description
IV.8.1. Former l'encadrement au plan de gestion graduée de la crise	▪ Mettre en place une formation de l'encadrement (cadres soignants, cadres administratifs, astreintes) aux modalités d'activation du plan de gestion graduée : - Compréhension des niveaux 1 et 2 - Procédures d'alerte - Déclenchement de la cellule de crise - Circuits décisionnels - Communication interne ▪ Intégrer des exercices de simulation en santé dans le plan de formation (gestion de tension, rupture de service, arrivée massive de population). ▪ Mettre à jour au besoin le plan de gestion de crise, et diffuser les évolutions auprès de l'encadrement.
IV.8.2. Poursuivre les travaux de formalisation d'un plan de continuité et de reprise de l'activité en lien avec les équipes de soins	▪ Finaliser le PCI/PRI. ▪ Engager la formalisation du PCA/PRA avec les équipes de soins : - Mobiliser les directions via un Bilan Initial d'Activité (BIA) pour identifier les fonctions critiques et structurer les contributions au PCA/PRA - Définition des priorités de soins avec les équipes médicales et l'encadrement soignant - Définir des scénarios de modes dégradés pour les services techniques, logistiques, restauration, pharmacie

	- Temps d'échanges avec les cadres pour valider la faisabilité des modes dégradés
--	---

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de cadres formés au plan de gestion de crise graduée
- Nombre d'exercices de simulation ou de tests de cellule de crise réalisés annuellement
- Finalisation et validation du PCI/PRI
- Avancement du PCA/PRA en lien avec les équipes de soins (fonctions critiques identifiées, priorités de soins définies, rédaction en cours ou finalisée)

Moyens nécessaires identifiés

- Ressources pour la formation et les exercices de simulation
- Outils de communication (fiches réflexes, procédures, annuaires d'astreinte).
- Espaces dédiés pour la cellule de crise et les réunions interservices

Points de vigilance

- Assurer la participation des équipes de soins pour garantir la faisabilité des priorités cliniques retenues : importance d'un pilotage centralisé et d'une répartition claire des responsabilités.

Objectif 9. Développer une culture du développement durable

Axe IV
ACTIONS TRANSVERSALESObjectif stratégique 6. Développer une culture du
développement durable

Pôle concerné : Tous Pôles

Contexte & enjeux

L'établissement est soumis aux risques de son environnement (incendie, tempête, inondation, etc.) et ses activités entraînent des conséquences sur le climat, la biodiversité, les eaux ou encore les sols. L'établissement doit, pour pérenniser son activité, maîtriser les risques environnementaux auxquels il est exposé tout en prenant en compte son impact social et environnemental.

La démarche de développement durable présente de nombreux intérêts pour un établissement :

- Développement d'une culture du développement durable et solidaire partagée par l'ensemble des acteurs ;
- Implication des usagers ;
- Développement d'une dynamique partenariale et d'une ouverture sur l'extérieur ;
- Projets fédérateurs et approche pluridisciplinaire.

Actions envisagées	
Intitulé	Description
IV.6.1. Sensibiliser les professionnels aux soins écoresponsables et à l'impact environnemental de leurs pratiques	▪ Mettre en place des formations / sensibilisations - Identifier les bonnes pratiques, les outils et les acteurs ; - Identifier les impacts de l'hôpital sur son environnement ; - Consolider les temps de sensibilisation (journée développement durable...) ; - Proposer des guides d'action simples, des affiches dans les services, des newsletters régulières avec des écogestes du mois. ▪ Accompagner les professionnels dans la mise en œuvre des projets de développement durable au niveau des unités et des services
IV.6.2. Améliorer l'efficacité énergétique	▪ Intégrer une stratégie développement durable partagée avec les partenaires territoriaux. ▪ Favoriser les énergies renouvelables. ▪ Consolider le plan de sobriété énergétique. ▪ Optimiser les réseaux.

Indicateurs de suivi / résultats

- Indicateur consommations d'eau, gaz électricité
- Bilan des émissions de gaz à effet de serre
- Indicateur tonnage déchets
- Travaux et aménagements impliquant des mesures portant sur la sobriété énergétique
- Exhaustivité des partenaires (liste à jour)

Moyens nécessaires identifiés

- Référent développement durable.
- COPIL Développement durable.

IV. CONCLUSION

Si le Projet médico-soignant 2022-2025 s'est inscrit dans une perspective de développement de la culture du « Rétablissement », le nouveau Projet médico-soignant 2026-2030 poursuit ce cheminement dans une approche visant toujours plus la pluriprofessionnalité et l'inclusion des patients dans leur parcours de santé.

En 2025 et durant 6 mois, la communauté hospitalière a été invitée à réfléchir sur les orientations à donner à cette nouvelle feuille de route qui définit les axes prioritaires de travail pour l'EPSM de Caen pour les 5 années à venir. Ainsi, une centaine de professionnels tant médicaux que non médicaux, en qualité de membres de la gouvernance, des instances professionnelles et de membres des équipes soignantes ont œuvré au sein de groupes de travail et de relecture avec leurs pairs sur les hypothèses de travail qui amèneraient aujourd'hui à poser les bases des projets qui seront collectivement portés.

Vous avez pu prendre connaissance, à travers la déclinaison de ce projet et pour chacun des champs d'activité de l'établissement, de la richesse des réflexions et de l'ampleur de la tâche.

Ces défis que nous nous sommes fixés ont pour vocation d'inscrire plus fortement l'EPSM de Caen dans un contexte en forte mutation où l'interconnaissance et la coopération sont des leviers incontournables pour une réponse juste aux besoins de santé de la population. A ce titre, fort de sa position d'établissement de référence du Calvados, les orientations déclinées dans ce nouveau Projet médico-soignant ont pris en compte tant les expertises à renforcer, les innovations à engager, la politique de santé à intégrer que les valeurs à réaffirmer.

Par conséquent, le Projet médico-soignant 2026-2030, avec l'appui du Projet social et du Schéma directeur immobilier, constituera le cadre de nos actions dans un environnement dans lequel nos liens de collaboration se renforceront grâce au travail de tous nos professionnels pour un parcours de soins et d'accompagnement construit pour et avec les patients, de la crise psychique au rétablissement et de l'hôpital à la cité.

LISTE DES ABREVIATIONS

A

AAJP : Allocation d'Accompagnement d'une Jeune Personne (citée dans le contexte des aides MDPH)

AAP : Appel à Projets

AEEH : Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé

APA : Activité Physique Adaptée

APUI : Accompagnement Post Urgences Intensif

ARC : Attaché de Recherche Clinique

ARS : Agence Régionale de Santé

ASR : Accueil Sans Rendez-vous

B

BAPU : Bureau d'Aide Psychologique Universitaire

BIA : Bilan Initial d'Activité

C

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CDU : Commission Des Usagers

CH : Centre Hospitalier

CHAB : Centre Hospitalier Aunay-Bayeux

CHG : Centre Hospitalier Général

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLS : Contrat Local de Santé

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CME : Commission Médicale d'Établissement

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPEA : Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CP : Centre Pénitentiaire (ex: CP Caen Ifs)

CPP : Centre Périnatal de Proximité

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRA : Centre Ressources Autisme

CRP : Centre Ressources Psychotraumatismes

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

CSM : Centre de Santé Mentale

CTSM : Contrat Territorial en Santé Mentale

CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

D

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DAM : Direction des Affaires Médicales

DG : Directeur Général

DIM : Département de l'Information Médicale

DPI : Dossier Patient Informatisé

DRCI : Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation

DSI : Direction des Systèmes d'Information

E

EIG : Événement Indésirable Grave

EMMH : Équipe Mobile Mineurs Hospitalisés

EMPP : Équipe Mobile Psychiatrie Précarité

EMS / ESSMS : Établissement (et Service) Social ou Médico-Social

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

EPSM : Établissement Public de Santé Mentale

ETP :

Sens RH : Équivalent Temps Plein

Sens Soins : Éducation Thérapeutique du Patient

F

FALC : Facile À Lire et à Comprendre

FHM : Fondation Hospitalière de la Miséricorde

FIOP : Fonds d'Intervention pour l'Organisation des Parcours

FNAVDL : Fonds National d'Accompagnement Vers et Dans le Logement

G

GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

GT : Groupe de Travail

H

HAS : Haute Autorité de Santé

HC : Hospitalisation Complète

HDJ : Hôpital De Jour

I

IA : Intelligence Artificielle

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IME : Institut Médico-Éducatif

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

IPA PCS : IPA mention Pathologies Chroniques Stabilisées

IPA PSM : IPA mention Psychiatrie et Santé Mentale

IQSS : Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins

L

LSST : Lieu de Santé Sans Tabac

M

MAPS : Mesures Anticipées en Psychiatrie (ou Directives Anticipées en Psychiatrie)

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MBCT : Mindfulness Based Cognitive Therapy (Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience)

MDA / MDAJA : Maison des Adolescents (et des Jeunes Adultes)

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MG : Médecin Généraliste

MNEA / MNPEA : Mesures Nouvelles en Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

MSP :

Sens Soins : Médiateur de Santé Pair

Sens Ville : Maison de Santé Pluriprofessionnelle (souvent cité dans le contexte des PSLA)

P

PAP : Plan d'Accompagnement Personnalisé

PCA : Plan de Continuité d'Activité

PCI : Plan de Continuité Informatique

PCME : Président de la Commission Médicale d'Établissement

PCO-TND : Plateforme de Coordination et d'Orientation - Troubles du Neuro-Développement

PGFP : Plan Global de Financement Pluriannuel

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PMO : Pôle Pharmacie, Médecine et Odontologie

PMR : Personne à Mobilité Réduite

PMS : Projet Médico-Soignant

PPEA : Pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

PRA : Plan de Reprise d'Activité

PRI : Plan de Reprise Informatique

PROMS : Patient-Reported Outcome Measures (Mesures des résultats rapportés par les patients)

PRS : Plan Régional de Santé

PSLA / PLSA : Pôle de Santé Libéral Ambulatoire

PSP : Projet de Soins Personnalisé

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

R

RMM : Revue de Mortalité et de Morbidité

RSVA : Réseau de Services pour une Vie Autonome (porteur de la Communauté 360)

RU : Représentant des Usagers

S

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAS :

Sens Régulation : Service d'Accès aux Soins (contexte SAS Normandie / Calvados)

Sens Pénitentiaire : Quartier "SAS" (Structure d'Accompagnement vers la Sortie ou zone d'évaluation au Centre Pénitentiaire)

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SIMP : Service Intersectoriel de Médecine Polyvalente

SL : Soins Libres

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SSC : Soins Sans Consentement

SSE : Service de Santé Étudiant

T

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

TCC :

Sens Psychothérapie : Thérapies Cognitivo-Comportementales (contexte CRP)

Sens Somatique : Traumatisme Crânien / Cérébral (contexte "situations complexes" et dépendance)

TDAH : Trouble du Déficit de l'Attention avec/sans Hyperactivité

TND : Troubles du Neuro-Développement

TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme

U

UCA : Unité de Coordination Addictologique

UDAF : Union Départementale des Associations Familiales

UEEA : Unité d'Enseignement Élémentaire Autisme

UEMA : Unité d'Enseignement Maternelle Autisme

UF : Unité Fonctionnelle

UMPSA : Unité Mobile de Psychiatrie du Sujet Âgé

UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

UTF : Unité de Thérapie Familiale