



Projet d'établissement

2026 - 2030

Promotion de la santé mentale

Filières coordonnées

Compétences expérientielles

Santé globale

Innovations



Introduction

Après plus d'une année à travailler collectivement pour transformer notre établissement, nous réaffirmons dans ce projet d'établissement notre souhait de poursuivre pendant les 5 prochaines années notre démarche de modernisation et de renforcement de la qualité et de la sécurité des soins.

Au service des personnes depuis très longtemps, notre établissement a construit son action autour d'un modèle protecteur, indispensable pour accompagner la vulnérabilité et faire face aux situations de crise. Mais ce modèle, à lui seul, ne répond plus pleinement aux attentes des patients, des familles et de la société.

Nous sommes convaincus qu'une nouvelle étape doit être franchie.

C'est le sens de ce projet d'établissement : **passer ensemble d'un modèle principalement protecteur à un modèle plus personnalisé et véritablement promoteur de la santé mentale.**

Ce choix est un choix de confiance.

Confiance dans les capacités des personnes à être actrices de leur parcours.

Confiance dans les savoirs croisés des patients, des proches et des professionnels.

Confiance dans la capacité collective de notre institution à poursuivre sa transformation.

Ce projet repose sur une ambition simple mais exigeante : mieux prendre en compte chaque personne dans sa singularité, dans toutes les dimensions de sa santé, et tout au long de sa vie. Il vise à rendre nos parcours plus lisibles, plus coordonnés, plus accessibles, tout en renforçant l'autonomie, les habiletés sociales et le pouvoir d'agir des patients.

Il affirme également notre volonté de faire évoluer nos pratiques en garantissant le respect des recommandations en vigueur, en intégrant davantage la prévention et la promotion de la santé, y compris dans les moments les plus critiques, en soutenant l'innovation et la recherche, et en faisant de chaque professionnel un partenaire du rétablissement.

Ce projet n'est pas uniquement une feuille de route. C'est un engagement collectif. Il ne prendra tout son sens que par l'implication de chacun : professionnels, patients, aidants et partenaires.

En le portant ensemble, nous construisons une psychiatrie encore plus humaine, plus ouverte, plus personnalisée — une psychiatrie qui soigne, mais aussi une psychiatrie qui accompagne, qui soutient et qui permet de vivre.

Dr Valérie Denux

DIRECTRICE DU CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ
FONDATION BON SAUVEUR DE LA MANCHE

La Fondation Bon Sauveur de la Manche

La Fondation Bon Sauveur de la Manche (FBSM) est une **Fondation de droit privé reconnue d'utilité publique**, à but non lucratif, relevant du statut d'Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC). Elle constitue un **acteur de référence** dans les domaines de la santé mentale, de la psychiatrie, du handicap et de la perte d'autonomie sur les deux tiers nord du département de la Manche.

Issue de la fusion, en 2017, des Fondations Bon Sauveur de Picaudville et de Saint-Lô, la FBSM s'inscrit dans une histoire institutionnelle de **plus de trois siècles**, caractérisée par un **engagement constant** au service des personnes en situation de vulnérabilité. Elle concourt à une mission d'intérêt général fondée sur des **valeurs de solidarité, d'équité et d'accessibilité aux soins**.

Les actions de la Fondation s'appuient sur des **principes éthiques forts** : respect de la personne, reconnaissance de son unicité, promotion de la dignité, de l'autonomie et du pouvoir d'agir. L'accompagnement proposé vise à **considérer la personne dans sa globalité**, à travers ses dimensions somatique, psychique et sociale, et à favoriser son rétablissement, son épanouissement et son inclusion.

L'organisation de la FBSM repose sur une **approche pluridisciplinaire et partenariale**, s'inscrivant dans une logique de **coopération territoriale** et d'**innovation**.

Son implantation territoriale permet de garantir une offre de soins et d'accompagnement diversifiée, graduée et de proximité, en adéquation avec les besoins de la population.



20 682
personnes accueillies

1 909
salariés

En santé mentale, la rencontre a une place particulière dans l'accompagnement du patient. Elle est essentielle pour travailler l'alliance thérapeutique et placer la personne accompagnée au cœur de son parcours de soin. Cette rencontre mérite d'être régulièrement interrogée et ajustée, et le travail collectif joue alors un rôle central dans cet exercice d'équilibre. Le patient trouve ainsi, auprès des équipes soignantes mobilisées autour de lui, une écoute, une attention et les compétences nécessaires à son diagnostic, à son traitement, à son suivi.

Il doit aussi pouvoir trouver sur le territoire qu'il habite, un certain nombre de relais et de ressources sur lesquels il peut s'appuyer pour vivre avec ce qu'il doit traverser et même parfois porter.

Ce double impératif oblige à penser les prises en charge au sein et au-delà du périmètre du centre hospitalier. Au sein de l'hôpital d'abord, où la « pluridisciplinarité de la prise en charge » et le « parcours patient » sont naturellement des lignes directrices de nos fonctionnements internes. Au-delà de l'hôpital ensuite, où la recherche des partenariats comme l'inscription dans les dispositifs territoriaux ne sont plus aujourd'hui une option.

Répondre à cette double exigence nécessite d'adapter nos postures, de faire place à l'autre, de s'ouvrir à la collaboration et de s'inscrire dans les réseaux du territoire. Dans la droite ligne du projet Institutionnel de la Fondation Bon Sauveur de la Manche, le projet d'établissement du Centre Hospitalier Spécialisé nous propose d'emprunter cette voie particulière et nous invite à relever ce défi de la transformation. C'est ce qui nous permettra d'apporter les réponses les plus adaptées aux personnes accueillies et à leurs familles et donc de remplir la mission qui nous a été confiée.

Xavier Bertrand

DIRECTEUR GÉNÉRAL
FONDATION BON SAUVEUR DE LA MANCHE

1 246 lits et places

752



Médico-social

494



Sanitaire

Le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS)

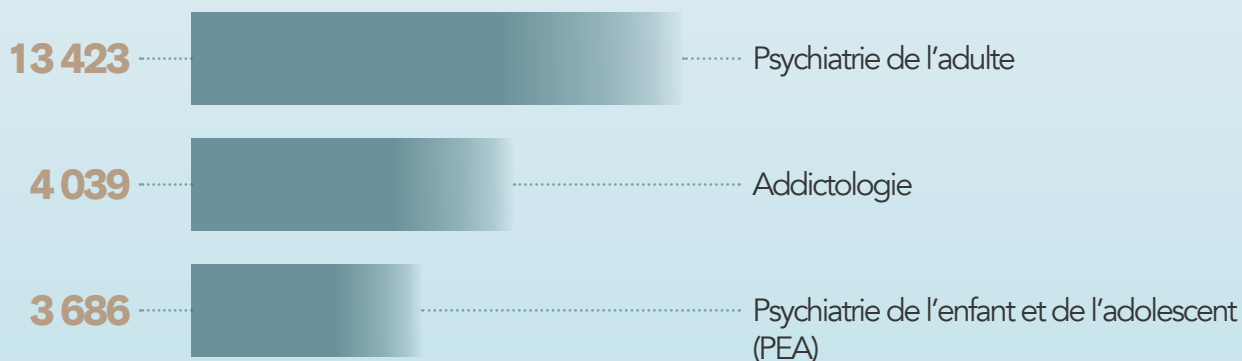
Le dispositif sanitaire est porté par le Centre Hospitalier Spécialisé, qui assume sa **mission de service public hospitalier**, notamment en **psychiatrie et en addictologie**, dans le cadre d'une délégation de service public confiée à la Fondation. Les modalités de prise en charge sont diversifiées (hospitalisation complète, hospitalisation de jour, soins ambulatoires, dispositifs de proximité, équipes mobiles, soins à domicile), afin de garantir la continuité, la coordination et la personnalisation des parcours de soins.

Le centre hospitalier spécialisé s'est structuré autour de **plusieurs filières de prise en charge** : psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de sa famille, psychiatrie périnatale, addictologie, psychiatrie de la personne âgée, réhabilitation psychosociale ainsi que les soins somatiques et la pharmacie clinique, après des travaux de réorganisation de juin à décembre 2025. Son organisation cible est en cours de déploiement progressivement sur l'année 2026.

Le présent projet d'établissement s'inscrit donc dans une dynamique de transformation, d'intégration du nouveau projet territorial de santé mentale (PTSM II) et d'adaptation continue aux besoins du territoire et des usagers. Il fixe les orientations stratégiques visant à renforcer **la qualité, la lisibilité et la cohérence de l'offre de soins**, dans une approche centrée sur la personne accompagnée.

Le CHS en chiffres

19 428 patients suivis



494 lits et places
répartis par pôle

389



Adulte

68

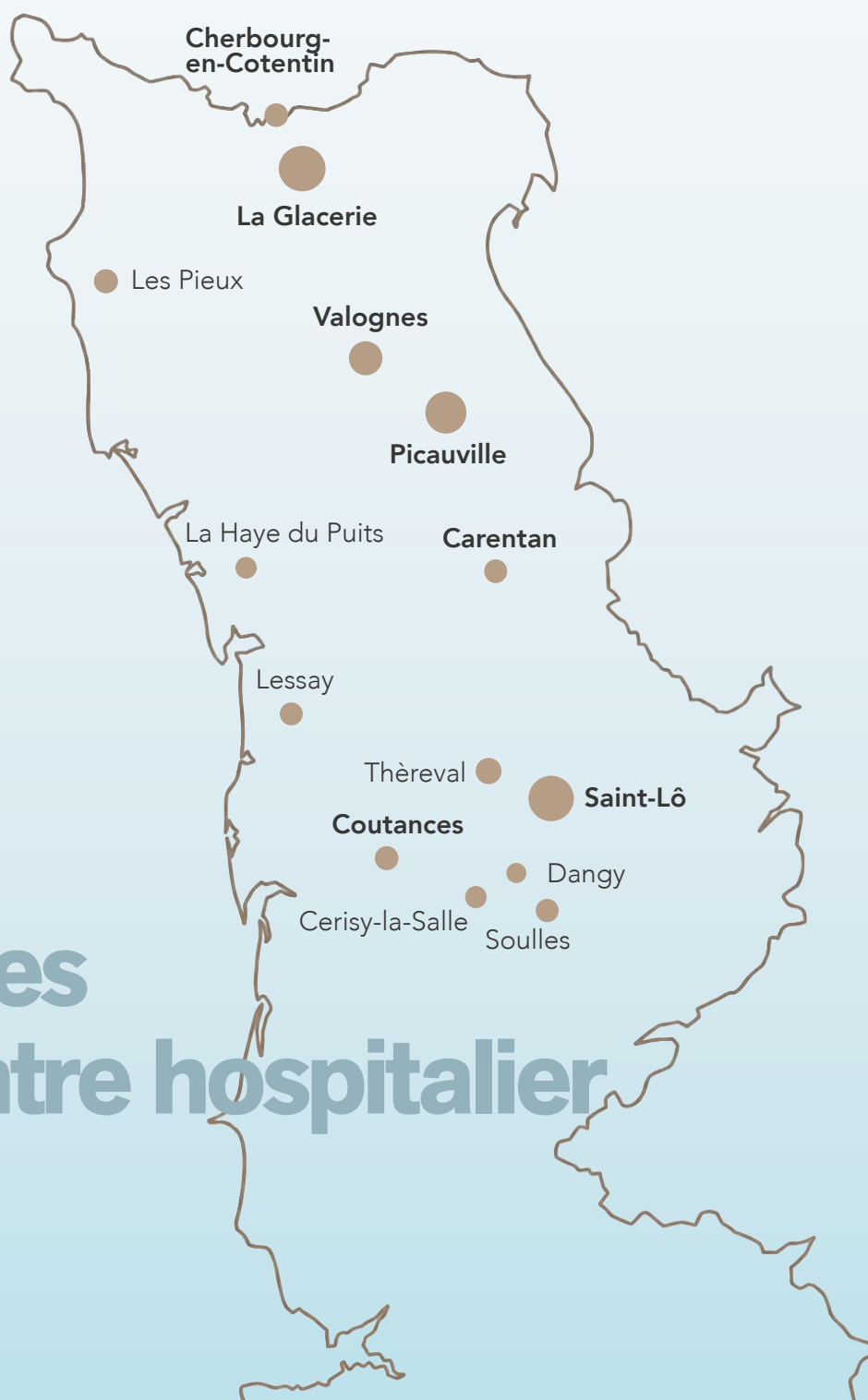


Addictologie

37

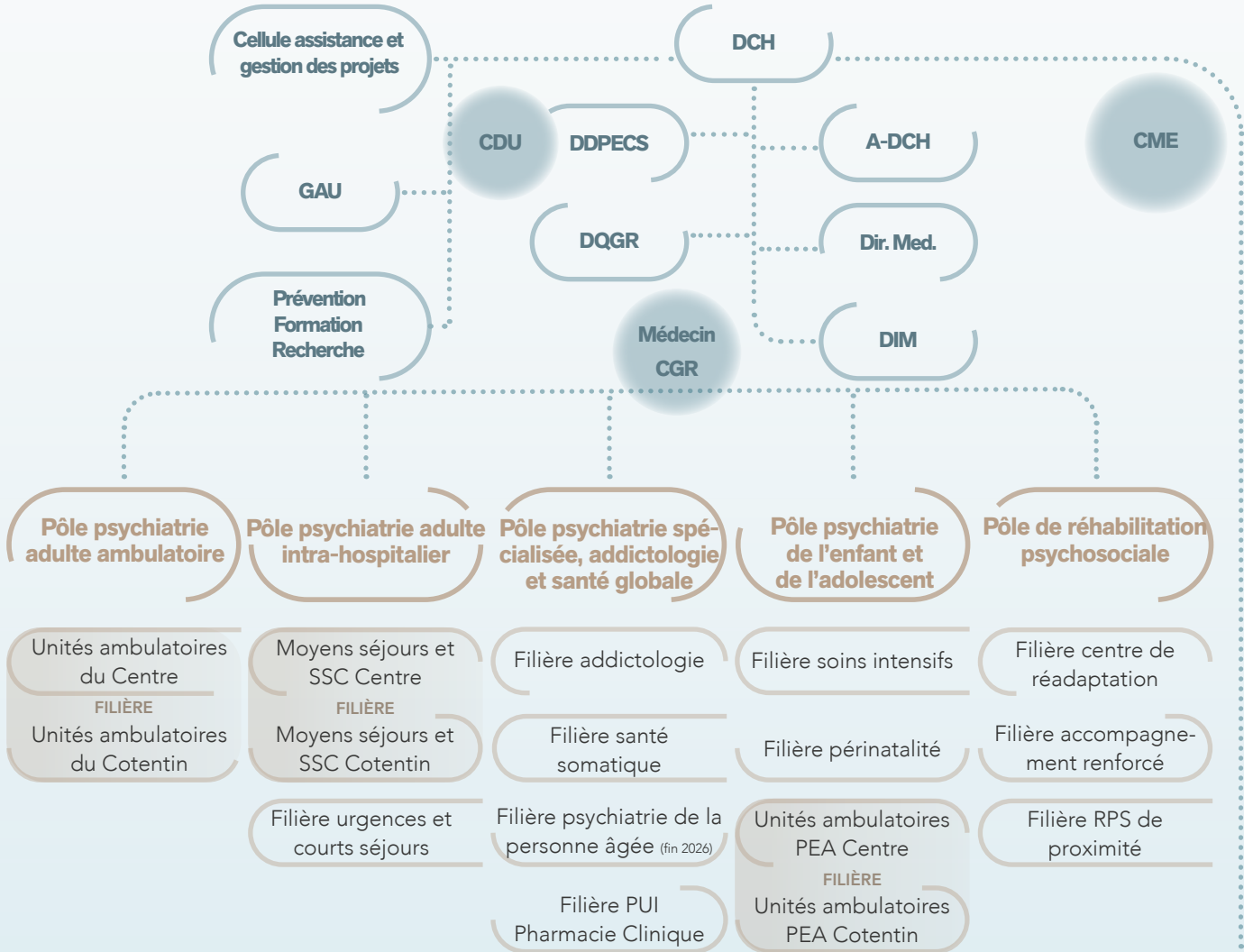


PEA



**Les sites
du centre hospitalier**

Organigramme du CHS 2026



Fonctions support

- Direction de la communication et du mécénat
- Direction des ressources humaines
- Direction finances, audit et contrôle de gestion
- Direction des ressources internes (services techniques et logistiques, services économiques, système d'information, grands travaux)
- Cellule juridique

DCH : Directrice du Centre Hospitalier
A-DCH : Adjointe à la Directrice du Centre Hospitalier
DDPECS : Directeur Délégué aux Prises en Charge Sanitaires
Dir. Med. : Directeur Médical
DQGR : Directrice Qualité, Gestion des Risques
Médecin CGR : Médecin Coordinateur Gestion des Risques
DIM : Direction Information Médicale
GAU : Gestion Administrative des Usagers
CME : Commission médicale d'Etablissement
CDU : Commission des Usagers

Le projet institutionnel de la Fondation

Cadre de référence du CHS

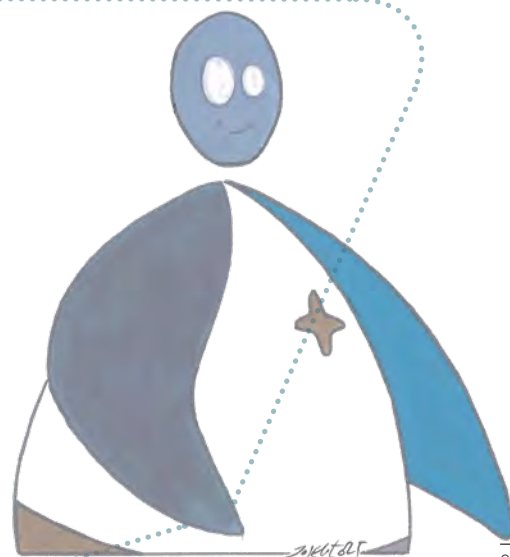
La Fondation Bon Sauveur de la Manche a réaffirmé son ambition dans son projet institutionnel 2025-2030 d'avoir une vision globale de l'homme. Elle a à cœur de **prendre soin de chaque personne, dans l'unité de ses trois dimensions que sont le corps, l'âme et l'esprit**. Elle cherche donc, en tenant compte tant des difficultés somatiques, que des souffrances psychiques, des besoins d'intériorité et de sens de chaque personne accueillie dans ses structures, à soulager, à protéger, à éclairer.

Pour relever cette ambition commune, la Fondation préconise des **relations ajustées**, dont la relation soignant-soigné en est une expression essentielle ; des **collaborations efficaces**, notamment entre les structures de la Fondation elles-mêmes mais aussi avec les partenaires de son territoire ; et enfin le développement de **dynamiques d'avenir**.

Ces trois ambitions sont des thématiques structurantes qui contribuent très fortement à l'identité de la Fondation, à **l'esprit Bon Sauveur**. Ce sont également des outils puissants et complémentaires pour continuer d'explorer les nouvelles manières de prendre soin et ainsi maintenir un accompagnement humain et durable des personnes les plus fragiles de notre territoire.

Le projet d'établissement du Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) se doit donc de représenter l'expression de ces exigences fortes de la Fondation. Ainsi si le CHS est évidemment d'ores et déjà dans une dynamique pour soulager et protéger, il souhaite développer sa capacité à prendre soin de manière spécifique de chaque personne dans sa dimension globale et à l'éclairer sur le chemin de la compréhension de sa maladie et de son aptitude à y faire face.

Ensemble, pour un
accompagnement
humain et durable







— Le cap

Quel cap pour le Centre Hospitalier Spécialisé pour les 5 prochaines années ?

Un hôpital dont le modèle est essentiellement protecteur est tourné vers la réduction des risques, vers des pratiques plutôt sécuritaires et vers la protection des patients vus principalement comme des personnes vulnérables. La notion de protection n'est évidemment pas à abandonner mais il est nécessaire de trouver un point d'équilibre avec un modèle plus personnalisé et promoteur dans une logique proactive. Dans ce modèle, l'hôpital, en lien avec ses partenaires, devient un lieu de **développement du bien-être** et pas seulement de gestion des troubles, il analyse et personnalise les besoins de chaque patient et leur offre un parcours le plus adapté possible via des filières transversales, il valorise les forces et les capacités des patients (autonomie, créativité, relations sociales), les soins sont fortement tournés vers le rétablissement et enfin le personnel est formé non seulement à protéger mais aussi à soutenir l'autodétermination pour que les personnes accompagnées accèdent à une meilleure qualité de vie.

Nous ambitionnons de développer cette nouvelle approche qui demande des efforts importants d'évaluation de notre organisation et de nos pratiques pour porter la vision positive suivante : **le patient peut être l'acteur principal de sa prise en charge.**



Passer d'un modèle essentiellement protecteur à un modèle plus personnalisé et promoteur de la santé mentale

8 axes d'efforts pour conduire cette ambition

Donner la parole aux compétences expérientielles
(patients, soignants et aidants)

1

2

Développer une approche de santé globale des patients

Mettre en place des parcours coordonnés et lisibles

3

4

Adapter les prises en charge à tous les âges de la vie

Renforcer l'autonomie et les habiletés sociales des patients

5

6

Inclure l'action promotrice à la gestion des situations de crises et d'urgence

Développer la recherche et l'innovation

7

8

Permettre aux soignants de devenir des partenaires « du pouvoir d'agir » des patients

1 Donner la parole aux compétences expérientielles

C'est reconnaître que le vécu génère un savoir spécifique incarné, différent du savoir généré par les études, mais tout aussi indispensable pour comprendre, soigner et transformer les pratiques.

3 grands types de compétences

Compétences du patient

Donner la parole au patient, ce n'est pas juste « l'écouter », c'est lui donner le « **pouvoir d'agir** ». C'est aussi accepter que cela bouscule les hiérarchies traditionnelles des savoirs psychiatriques.

Pour cela, il est nécessaire de lui **reconnaître son expertise et sa légitimité à s'exprimer** car il a une expérience directe de la maladie. Il a la connaissance intime de ce qui l'aide, de ce qui le blesse, de ce qui le soigne. Il est nécessaire de l'intégrer dans les processus de décision et dans son projet de soins. **La parole des patients** doit pouvoir influencer grâce à l'expression directe pour chacun d'eux (satisfaction / insatisfaction / PROM¹s / PREM²s) mais aussi grâce à une représentation forte via des espaces de décision où leur parole compte en regard de celle des cliniciens comme, par exemple, la Commission des usagers (CDU) (qui peut être mixte avec des patients et des aidants), des médiateurs santé pairs (MSP³), des pairs-aidants⁴, des patients experts⁵ ou encore des patients ressources⁶. Même si ces rôles sont encore en cours de clarification par la Haute Autorité de Santé (HAS), ils apportent chacun dans leurs champs d'expériences des éclairages précieux. L'institution se doit d'augmenter leur nombre et de les positionner auprès des équipes au sein des différentes filières de prise en charge. L'objectif est aussi de développer des **formations co-animées** avec eux, de mettre en place des **protocoles de soins co-construits** ou encore de **promouvoir des recherches participatives**.

Compétences de l'aidant

Les aidants ont souvent un rôle déterminant dans les périodes de transition : admission, sortie d'hospitalisation, reprise d'activité, changements de traitement. Il est important de les soutenir et de les aider en les formant grâce à des programmes sur la relation aidant-aidé (psychoéducation, groupes de pairs, ateliers). C'est en reconnaissant leur place dans les échanges soignants-soignés (avec l'accord du patient), en valorisant leur connaissance de la capacité relationnelle du patient (peurs, détresse, ressources, etc.) et enfin en identifiant **leur rôle émotionnel, logistique et parfois**

thérapeutique que l'on peut capitaliser sur leur savoir. En effet, les aidants sont en mesure de reconnaître les signes précoces de rechute, de connaître les meilleurs moyens de gestion des crises du quotidien, d'identifier les **facteurs déclenchants ou apaisants**. Ils sont **rassurants** par leur capacité à instaurer des routines stabilisantes et savent communiquer de manière adaptée avec la personne.

Les professionnels peuvent les aider à identifier ces aptitudes et à définir ce qui relève d'eux et ce qui relève du soin médical, pour éviter la surcharge ou la culpabilité. De plus, le CHS doit davantage informer les aidants à chaque étape du parcours du patient pour leur donner les moyens de soutenir leurs proches dans et hors de l'hôpital.

Compétences des professionnels

Au-delà de la compétence purement professionnelle des soignants acquise lors de leur formation et au fil des expériences, les professionnels de santé peuvent se positionner à la fois pour faire évoluer l'institution vers une meilleure intégration de la promotion de la santé mentale mais aussi vers l'augmentation du pouvoir d'agir des patients.

Pour l'institution elle-même, il est important de pouvoir s'appuyer sur la **capacité de transmission des savoirs** par les professionnels pour les professionnels via le tutorat ou la production de contenus de formation continue par exemple.

Pour la relation soignants-soignés, les professionnels doivent pouvoir passer d'une logique purement de soins à une logique d'Empowerment (habilitation) du patient afin qu'il devienne un véritable acteur de son parcours. Il s'agit alors pour les soignants de pouvoir **se former à la promotion du bien-être** et de favoriser les réunions de coordination pluridisciplinaires (RCP) pour favoriser le meilleur accompagnement possible à l'autonomisation.

C'est une modification, plus ou moins importante en fonction des pratiques déjà en place, du regard sur le patient et de la manière de travailler. L'objectif est dans tous les cas de continuer à **renforcer la dimension humaine des pratiques**.

¹**PROMs** : Patient Reported Outcome Measures / Evaluation par le patient des effets des soins reçus

²**PREMs** : Patient Reported Experience Measures / Evaluation de la qualité des soins perçus par les patients

³**MSP** : Médiateur de santé pair / professionnel diplômé dont la particularité est d'avoir une expérience personnelle vécue d'un trouble psychique ou d'un parcours de rétablissement, et de mettre ce vécu au service d'autres personnes concernées ainsi que des soignants.

⁴**Pair-aidant** : personne ayant vécu une expérience similaire à celle d'une autre qui utilise son vécu, ses compétences et son parcours de rétablissement pour soutenir, informer et accompagner cette autre personne.

⁵**Patient expert** : un patient expert est une personne vivant avec une maladie chronique ou un trouble de santé, qui a développé au fil du temps une connaissance approfondie de sa condition et qui met cette expertise au service d'autres patients ou des professionnels de santé.

⁶**Patient ressource** : agit comme le patient expert mais sans nécessairement avoir reçu une formation structurée.

Les objectifs à atteindre

- Mieux écouter les patients et leur donner la parole en renforçant notamment la CDU et la pair-aidance
- Renforcer le pouvoir d'agir des patients
- Développer des formations coanimées, des protocoles de soin coconstruits et des recherches participatives
- Développer le partenariat avec les aidants en reconnaissant leur rôle majeur
- Renforcer et capitaliser sur les compétences de nos professionnels de santé dans le champ de la promotion de la santé mentale via le tutorat ou la production de contenus de formation par exemple

2 Développer une approche de santé globale des patients

C'est considérer une personne dans l'ensemble de ses dimensions, et non uniquement à travers sa maladie ou son symptôme.

La santé globale de nos patients est très dépendante des vulnérabilités qu'ils présentent tant sur le plan physique que mental, social et environnemental. **La prise en compte des déterminants de santé** tels que la nutrition, la pratique sportive, le sommeil, les addictions, etc., est un facteur de prévention et d'amélioration de la prise en charge thérapeutique in fine. Il est donc essentiel de bien identifier tous ces critères et d'accompagner le patient sur ces aspects, soit directement, soit en partenariat.

Il est à noter que les patients de psychiatrie et d'addictologie ont en général une surmortalité somatique. Ils sont plus à risques de maladies cardio-vasculaires, métaboliques, hépatiques et endocriniennes. Ils ont, de plus, assez souvent un accès plus difficile aux soins somatiques de ville ou ont des parcours de soins fragmentés entre psychiatrie et médecine générale.

C'est pourquoi, l'objectif est de **développer au sein de l'établissement l'interconnexion entre des soins de qualité psychiatriques, addictologiques, somatiques et pharmaceutiques** tant au niveau médical que paramédical. Les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) doivent pou-

voir inviter à ce partage autour de cas de patients, la conciliation médicamenteuse doit pouvoir éviter l'iatrogénie et les interactions médicamenteuses, les lettres de liaison doivent enfin pouvoir être l'expression de cette prise en charge globale. Une réactualisation régulière des connaissances en particulier dans le domaine somatique des professionnels de santé pratiquant en psychiatrie et addictologie est indispensable.

Concernant **le repérage des vulnérabilités**, la consultation du DMP⁷ et les dépistages (non réalisés précédemment) doivent être systématisés, la formation de toutes les catégories professionnelles intervenant auprès du patient ou l'utilisation de leurs compétences (notamment par l'utilisation de thérapies par médiation) pour l'identification des déterminants de santé doivent être renforcées.

Les partenariats avec les professionnels de santé de ville, notamment avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), mais aussi avec tous les dispositifs d'accompagnement (DAC⁸, Communauté 360⁹, etc.) ou encore avec les autres centres hospitaliers, sont essentiels afin de pouvoir mettre en place un « **accompagnement à la santé globale** » en dehors de notre établissement.

Les objectifs à atteindre

- Identifier et intégrer systématiquement dans les objectifs de prévention et dans le plan de soins les vulnérabilités et les déterminants de santé des patients
- Mieux lier les prises en charge psychiatriques, addictologiques, somatiques et pharmaceutiques
- Veiller à la qualité et la sécurité des soins
- Renforcer les partenariats pour développer la prévention et l'accompagnement à la santé globale de nos patients

⁷DMP : Dossier médical partagé

⁸DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) - structure destinée à aider les professionnels de santé, du social et du médicosocial et à coordonner l'accompagnement des personnes ayant des parcours de santé complexes.

⁹Communauté 360 : Dispositif national destiné à simplifier l'accès aux droits, aux soins et aux solutions d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap et leurs proches.

PTSM
Manche

Priorité 3 – Obj.20, 21

Cette orientation s'inscrit dans les objectifs du PTSM visant à améliorer l'accès aux soins somatiques et à renforcer la coordination ville-hôpital.

3 Mettre en place des parcours coordonnés et lisibles

C'est faciliter l'orientation des patients et éviter les ruptures de prise en charge.

L'objectif de développer des parcours de soins coordonnés est de construire une meilleure articulation entre hospitalisation complète, hospitalisation partielle, prise en charge ambulatoire, prévention et désigmatisation, soins complémentaires via d'autres spécialités ou encore avec des prises en charge d'aval relevant du champ médico-social.

Pour cela, il est important **d'améliorer la lisibilité** en mettant en place des filières (qui correspondent à des modalités de prises en charge de qualité pour un type d'activités homogène). Ces filières de soins permettent d'approfondir le développement de compétences et de mieux diriger le patient vers le soin adapté à son besoin spécifique. Elles doivent cependant être souples entre elles. Le dialogue entre les intervenants de ces filières, sous forme de réunions de coordination pluridisciplinaires (RCP) notamment, est indispensable pour articuler les différentes étapes du parcours. Cette lisibilité sur chacune des étapes facilite l'orientation des patients.

Il est attendu, de plus, de définir une **gradation des prises en charge** qui ne doit pas être perçue

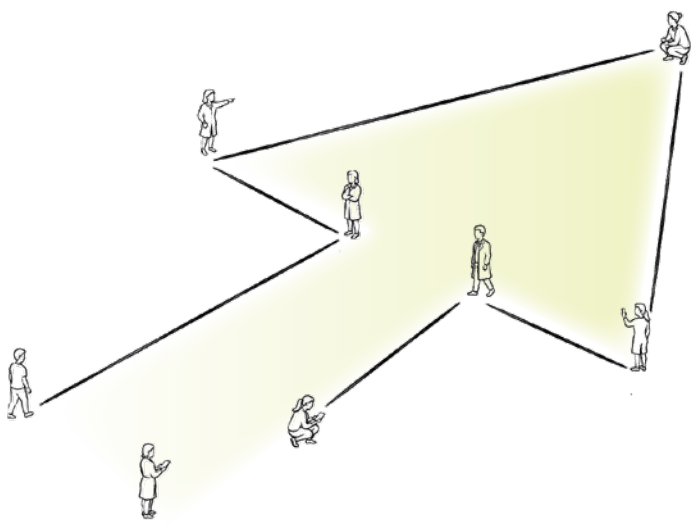
comme des prises en charge par défaut mais plutôt comme une véritable réflexion structurée. La gradation est en effet une manière d'organiser les soins en fonction du niveau de complexité, des besoins du patient et des compétences nécessaires. L'objectif est de proposer **le bon soin, au bon endroit, au bon moment**, en évitant les hospitalisations inutiles et en optimisant les capacités des établissements.

Il est important aussi de développer **la personnalisation** de la construction des parcours à travers les plans de soins de chaque patient, grâce notamment à des outils facilitateurs et à du monitoring qui permet de recueillir de la donnée « patient » et d'adapter régulièrement leur parcours. Pour les patients complexes, un travail autour de « l'aide à suivre le parcours » pourra être conduit.

Enfin, il est essentiel **d'articuler les soins avec l'environnement extérieur** à l'établissement. Pour cela, chaque filière est en charge de mettre en place des partenariats efficaces en évitant la dispersion potentielle.

Les objectifs à atteindre

- Construire des parcours dans le cadre de filières articulées en elles
- Garantir la qualité et la sécurité des soins
- Intégrer la prévention et la désigmatisation au sein de chacune des filières
- Définir la gradation des prises en charge
- Personnaliser les parcours et les monitorer
- Prolonger ces parcours en se liant à des partenaires



PTSM Manche Priorité 2 – Obj.10, 11

Cet axe s'inscrit dans la priorité 2 du PTSM visant à structurer des parcours coordonnés et à renforcer l'interconnaissance des acteurs.

4 Adapter les prises en charge à tous les âges de la vie

C'est accompagner les personnes du début à la fin de leur existence.

Chaque période de la vie a ses particularités qu'il est absolument nécessaire d'intégrer. La psychiatrie et l'addictologie se doivent d'adapter leurs méthodes, leurs outils et leurs objectifs à chaque étape de la vie. L'accompagnement des équipes de soins, des professionnels en soins somatiques, des pharmaciens, mais aussi des professionnels hors soins (ex. : psychoéducateurs, assistantes sociales, etc.) est indispensable pour appréhender les spécificités des patients de manière adaptée. Au-delà de chacune de ces étapes, **la transition entre elles est un enjeu majeur.**

Quelques exemples de particularités notables montrant à quel point les pratiques doivent être adaptées :

Période périnatale

- 1 Vulnérabilité psychique accrue
- 2 Transformations biologiques
- 3 Enjeux relationnels

L'enfance

- 1 Approches thérapeutiques adaptées au développement
- 2 Partenariat essentiel avec les parents, l'école ou encore les éducateurs

L'adolescence

- 1 Période charnière où l'identité se construit
- 2 Début possible de troubles psychiatriques sévères

L'âge adulte

- 1 Accompagnement nécessaire dans la vie professionnelle et familiale
- 2 Prévention des rechutes
- 3 Soutien à l'autonomie

Le grand âge

- 1 Troubles cognitifs conjoints
- 2 Isolement et perte d'autonomie
- 3 Comorbidités somatiques importantes



Les projets de transition liés à l'âge sont indispensables pour éviter les ruptures de parcours et les risques d'arrêt de suivi, les rechutes ou encore les pertes de repères. La transition se doit donc d'être anticipée, coordonnée entre les acteurs du soin concernés, personnalisée en fonction de l'évolution de chacun, progressive, centrée sur le patient, avec le soutien des éventuels aidants.

Les objectifs à atteindre

- Identifier les particularités de chaque âge en multidisciplinarité pour répondre de manière adaptée aux besoins
- Au-delà des spécificités de l'âge, personnaliser les besoins particuliers
- Mettre en place des projets de transition

PTSM
Manche

Priorité 2 – Obj.10, 17

Cette orientation répond aux objectifs du PTSM visant à adapter les prises en charge aux différents âges de la vie et à sécuriser les transitions.

5 Renforcer l'autonomie et les habiletés sociales des patients

C'est aider une personne à améliorer sa manière d'interagir avec les autres, afin de faciliter sa vie quotidienne, ses relations, son autonomie et son intégration sociale.

Autonomiser les patients vis-à-vis de leur prise en charge, c'est leur permettre de **participer activement** aux décisions et à leur mise en œuvre concernant leur traitement et leur parcours de soins. Pour cela, il est nécessaire de les soutenir dans leur **capacité à faire des choix** en les aidant à comprendre leur maladie, leurs symptômes et les effets des traitements. Il faut aussi encourager l'apprentissage de stratégies **d'autogestion** (par exemple reconnaître les signes précoces de rechute ou développer l'autosoin tel que le programme PAAM¹⁰), l'éducation thérapeutique du patient et **réduire les hospitalisations évitables ou réduire au maximum les durées d'hospitalisations** afin d'éviter la création d'un lien de dépendance à l'institution.

Renforcer les habiletés sociales des patients est **souvent un objectif central des soins psychiatriques**, car les troubles psychiques peuvent par-

fois altérer la communication, la confiance en soi ou la compréhension des codes sociaux.

L'objectif est donc d'accompagner les patients **à toutes les étapes de leur prise en charge**. Il s'agit de **travailler sur les compétences** qui permettent d'entrer en relation avec les autres, de comprendre et respecter les règles sociales, d'exprimer ses besoins et ses émotions, de résoudre des conflits et enfin de coopérer et travailler en groupe.

Renforcer les compétences des patients les aide donc à s'autonomiser, à mieux s'intégrer, à réduire l'isolement, à améliorer leur qualité de vie et à favoriser leur rétablissement. Pour cela, des partenariats sont indispensables pour donner accès à une offre graduée et diversifiée **d'hébergements** et favoriser la réintégration dans le monde du travail, adapté au handicap du patient.

Les objectifs à atteindre

- Autonomiser les patients le plus tôt possible
- Développer des stratégies d'autogestion / autosoin
- Réduire les hospitalisations évitables et réduire les durées d'hospitalisation autant que possible
- Développer en partenariat une offre graduée et diversifiée d'hébergement en santé mentale
- Développer leurs compétences sociales
- Développer des partenariats avec le monde du travail



¹⁰PAAM : Patient en Auto-Administration de ses Médicaments. Ce programme vise à renforcer l'autonomie des patients et à réduire les risques d'erreurs médicamenteuses lors de leur sortie.

6 Inclure l'action promotrice à la gestion des situations de crise et d'urgence

C'est une manière de penser la crise non seulement comme un événement à mieux maîtriser, mais aussi comme une opportunité d'apprentissage, de prévention et de rétablissement.

Inclure l'action promotrice dans la gestion des situations de crise et d'urgence en psychiatrie signifie que l'intervention au moment de la crise doit être pensée de **manière la plus apaisante possible** en tenant compte des souhaits exprimés préalablement par le patient (s'ils existent). De plus, en amont et en aval, il est nécessaire de mettre en place une démarche qui vise à **renforcer durablement les capacités de la personne**, de son entourage et des équipes pour anticiper, réduire la fréquence, l'intensité ou l'impact des crises futures.

Il est utile d'apprendre au patient et à ses aidants à faire la différence entre l'urgence réelle ou ressentie. Le **service d'accès aux soins en psychiatrie (SAS psy)** est un dispositif d'aide à l'appréciation de la situation qui pourra être mobilisé.

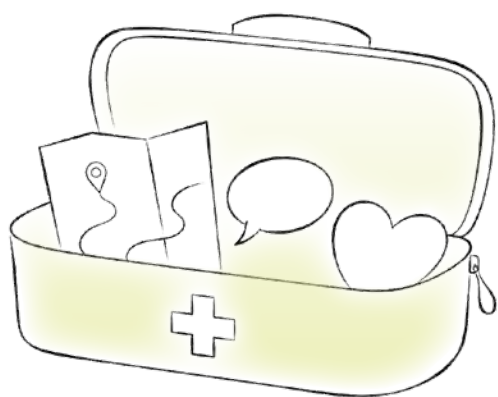
« Mon GPS » est l'outil identifié pour **les mesures anticipatoires de psychiatrie**. Il doit trouver racine dans la relation établie entre soignant et soigné pendant les inter-crisés, dans le lien de confiance mis en place avec son entourage, et en prenant en compte les ressources mêmes du patient.

L'**environnement d'accueil** du patient doit pouvoir être apaisant, hypo-stimulant et sécurisant. Les recours à l'isolement et à la contention doivent être rares, réservés à des situations très particulières et justifiés.

Des **stratégies d'autorégulation** doivent pouvoir être identifiées et mises en place avec le patient par des équipes formées aux **approches cliniques relationnelles** et à la **transmission de techniques d'apaisement**.

Les objectifs à atteindre

- Travailler sur les actions de prévention des crises avec le patient et son entourage
- Diffusion de « mon GPS » pour les mesures anticipatoires de psychiatrie personnalisées
- Mieux réguler et orienter les demandes
- Analyser avec nos partenaires SAMU et urgences les raisons des mesures de péril imminent déclenchées afin de les réduire au maximum
- Travailler sur l'environnement d'accueil
- Tendre vers une politique 0 contention et la poursuite de la diminution des mesures d'isolement
- Travailler sur des stratégies d'autorégulation
- Former les professionnels de santé aux approches cliniques relationnelles



PTSM
Manche

Priorité 4 – Obj.22, 24

Cette orientation s'inscrit dans les objectifs du PTSM visant à améliorer la coordination des urgences et à anticiper les situations de crise.

7 Développer la recherche et l'innovation

C'est améliorer notre réponse aux besoins des patients en augmentant notre efficacité et en apportant de nouvelles solutions à des situations complexes, voire des impasses thérapeutiques.

Toute structure de soin a le devoir **d'inclure en permanence les nouvelles connaissances** scientifiques, les nouvelles technologies et de réaliser des analyses de **retours d'expérience**. Il faut pour cela faire de la veille, recueillir des données et s'interroger régulièrement sur nos pratiques pour être en mesure d'adapter nos prises en charge et nos organisations. **Toutes les catégories professionnelles** composant notre structure hospitalière doivent pouvoir être sensibilisées aux nouvelles pratiques et participer à des études ou lancer des projets de recherche. Cela participe à l'amélioration collective de la **qualité** ainsi qu'à l'attractivité d'un établissement en mouvement et ouvert.

Les innovations sont au service des patients mais aussi des professionnels de santé. Pour les patients, il s'agit d'innovations thérapeutiques (médicaments, psychothérapies, thérapies numériques) et organisationnelles pour leur prise en charge (parcours, équipes mobiles, pair-aidance). Pour les professionnels, il s'agit de leur libérer du temps pour le consacrer aux soins tels que le développement de la relation avec le patient, et de

faciliter leur travail pour diminuer la pénibilité de leur charge quotidienne.

Cela étant, cet accès aux innovations nécessite une **évaluation récurrente de leur impact afin d'en mesurer les bénéfices réels**. C'est pourquoi, le recueil de façon systématique des données cliniques est essentiel.

Enfin, **la démarche de recherche et d'innovation doit être coordonnée, valorisée** (par l'acquisition de points SIGAPS¹¹ et SIGREC¹² afin d'obtenir des crédits MERRI¹³) **et pilotée** via le Comité Scientifique. Les projets doivent être sélectionnés en fonction de leur pertinence par rapport au positionnement scientifique de l'établissement et à sa capacité à y investir des ressources. Il est à noter que ces travaux peuvent se faire en autonomie ou en partenariat.

Les objectifs à atteindre

- Être en mesure de réinterroger nos pratiques et nos organisations régulièrement pour inclure les nouvelles connaissances et technologies
- Ouvrir la recherche et l'innovation à toutes nos catégories professionnelles
- Évaluer l'impact des innovations
- Recueillir les données cliniques des nouvelles pratiques expérimentées
- Répondre aux appels à projets
- Travailler avec des partenaires
- Valoriser nos travaux
- Coordonner et piloter la recherche

¹¹**SIGAPS** : Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques qui mesure la production scientifique d'un établissement via ses publications référencées dans Medline.

¹²**SIGREC** : Système d'Information et de Gestion de la Recherche et des Essais Cliniques qui recense et valorise les essais cliniques menés dans les établissements de santé.

¹³**MERRI** : Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation qui financent les établissements de santé.

8 Permettre aux soignants de devenir des partenaires « du pouvoir d'agir » des patients

C'est passer d'une logique de « faire pour » à une logique de « faire avec ».

L'objectif est de renforcer la connaissance et les outils des professionnels de santé afin **d'accompagner le patient à devenir acteur de son parcours**. Il faut pour cela les aider à **changer de culture** quand cela est nécessaire. En effet, leurs études ne les ont pas forcément bien préparés à cette approche.

La formation continue relative à la **promotion du bien-être**, les **groupes de travail** autour de la réflexion sur l'**autonomisation des patients**, les **collaborations interdisciplinaires** sont autant de leviers pour les amener à reconnaître le patient comme expert de sa vie, à accepter l'incertitude du résultat ou la non-maîtrise totale de la prise en charge, à développer des stratégies d'autonomisation et à développer l'écoute active.

Les compétences à cultiver pour obtenir de tels résultats sont la **communication collaborative**, la co-construction des objectifs, le développement de la prévention et de l'éducation thérapeutique et enfin un travail autour de l'approche par les forces du patient. Cela demande un temps d'analyse personnalisée pour chaque patient, une traçabilité des constats et un suivi de son évolution.

L'organisation du travail s'en trouve impactée et il est donc nécessaire de travailler sur des approches innovantes. Les professionnels de santé et l'institution elle-même doivent reconnaître la place de l'Empowerment (développement des habiletés).

Comment inclure la nécessaire construction de la relation dans la prise en charge ? Qui doit être référent du patient dans son parcours ? Comment renforcer encore l'interdisciplinarité entre les différentes étapes du parcours patient ?

Au-delà de l'aspect organisationnel, tout le personnel (soignants et hors soins) doit **intégrer les valeurs du respect et de la confiance**. Pour cela, la transparence, la reconnaissance des émotions, la construction d'une relation symétrique autant que possible ou encore la bienveillance exigeante doivent faire partie de la démarche de l'ensemble des équipes.

Enfin, il est important d'**encourager les professionnels à prendre soin d'eux-mêmes** car le partenariat exige une présence, une disponibilité mentale et une qualité d'attention.

Les objectifs à atteindre

- Mettre en place des formations sur la promotion du bien-être des patients
- Développer les collaborations interdisciplinaires et la communication collaborative
- Valoriser et sécuriser l'autonomisation des équipes soignantes pour l'accompagnement des patients
- Reconnaître à tous les niveaux la place de l'Empowerment des patients (via des ateliers sur le pouvoir d'agir par exemple)
- Travailler sur les valeurs du respect et de la confiance soignants-soignés
- Encourager et favoriser les soignants à prendre soin d'eux-mêmes (notamment à travers la qualité de vie au travail, QVT)

PTSM
Manche

Priorité 6 – Obj.31

Cette orientation rejoint les objectifs du PTSM visant à renforcer les compétences psychosociales et à faire évoluer les pratiques professionnelles.



Table des matières

Introduction	3
La Fondation Bon Sauveur de la Manche	4
Le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS)	6
Le Projet Institutionnel de la Fondation	9

Le cap

Quel cap pour le Centre Hospitalier Spécialisé pour les 5 prochaines années ?	12
Donner la parole aux compétences expérientielles	14
Développer une approche de santé globale des patients	16
Mettre en place des parcours coordonnés et lisibles	17
Adapter les prises en charge à tous les âges de la vie	18
Renforcer l'autonomie et les habiletés sociales des patients	19
Inclure l'action promotrice à la gestion des situations de crise et d'urgence	20
Développer la recherche et l'innovation	21
Permettre aux soignants de devenir des partenaires du «pouvoir d'agir» des patients	22

La méthodologie

La démarche d'élaboration et de suivi du projet d'établissement	28
Analyse du bilan du projet médico-soignant 2021-2025	29
Origines des attendus intégrés pour la construction du projet	30
Définition et construction du cap et de ses axes	31
Synthèse du sondage	34

Les projets

Projet des usagers	38
Favoriser la participation active du patient dans l'organisation des prises en charge et dans la construction de son propre projet de soin	40
Développer et structurer la pair-aidance	41
Améliorer l'accès aux droits et à l'information	42
Ouvrir l'hôpital sur la cité et lutter contre la stigmatisation	43
Créer une Maison des Usagers sur chacun des territoires couverts par le CHS	44

Projet médico-soignant	46
-------------------------------	----

► Vers des objectifs transversaux

Utiliser les principes de la thérapie institutionnelle comme levier pour atteindre le cap de notre projet d'établissement	48
Structurer la thérapie systémique (ThSy)	50
Intégrer l'art-thérapie moderne	52
Poursuivre le renforcement de la prise en charge somatique des patients de psychiatrie	54
Consolider et renforcer le déploiement de la pharmacie clinique	58

► Vers des objectifs de prise en charge plus populationnels

Rendre plus lisible et continue la prise en charge ambulatoire en psychiatrie adulte	61
Soins sans consentement : aller vers la prévention et des alternatives à l'isolement	65

Renforcer la prise en charge des patients en situation d'urgence et de crise	68
Renforcer la prise en charge globale en addictologie	72
Structurer une filière dédiée à la psychiatrie de la personne âgée	76
Renforcer le parcours patient en psychiatrie, de l'enfant, de l'adolescent et de sa famille ..	80
Développer la filière de périnatalité	84
Réhabilitation psychosociale et inclusion : aller vers une psychiatrie orientée rétablissement	87

Projet recherche et innovation 90

Structurer notre politique de recherche et d'innovation	91
Identifier clairement le positionnement scientifique de l'établissement en matière de recherche et d'innovation	92
Utiliser les innovations numériques et technologiques pour mieux répondre aux enjeux du soin, de la prévention et de la coordination des parcours patients.....	93

Projet culturel 96

Considérer la culture dans la prise en charge globale du patient	97
Favoriser l'accès à la culture et le respect des droits culturels	98
Lutter contre la stigmatisation et renforcer l'ouverture sur la cité	98
Structurer et développer une offre culturelle partenariale pérenne	99
Contribuer à donner une image attractive de l'établissement	100

Projet de gouvernance 102

Une gouvernance médico-soignante-administrative plus intégrée et plus opérationnelle	102
Une gouvernance de relais et d'autonomisation via la ligne managériale	105
Une gouvernance de pilotage par la donnée	106
Une gouvernance intégrant les usagers	107
Une gouvernance via des projets et de l'innovation	108
Une gouvernance s'appuyant sur des partenariats	109

Volet social du Centre Hospitalier Spécialisé 112

Développer un environnement de travail sécurisant au sein du CHS	112
Fédérer les équipes	113
Concilier aspirations individuelles et besoins collectifs	114

Projet numérique 116

Mieux répondre aux besoins des usagers	117
Assurer la sécurité et le suivi des données qui sont confiées au CHS	118
Fluidifier en toute sécurité les échanges en interne et avec les partenaires	119
Utiliser l'intelligence artificielle en conscience	120

Projet immobilier 122

Garantir le respect des normes pour chaque unité	123
Utiliser le bâti comme levier d'organisation et de transformation de l'établissement	124
Optimiser les structures sur le plan logistique, environnemental et esthétique	125
Piloter une mise à niveau continue du patrimoine immobilier	126

Conclusion 131





— La méthodologie

La démarche d'élaboration et de suivi du projet d'établissement

Le projet d'établissement a été élaboré selon une **démarche collective, structurée et participative**, visant à garantir sa pertinence stratégique et son appropriation par l'ensemble des acteurs.

Il s'appuie d'abord sur **l'identification des attendus** du conseil d'administration de la Fondation, des tutelles, du territoire à travers le projet territorial de santé mentale (PTSM), des patients et des soignants, afin d'améliorer nos prises en charge et de répondre aux exigences. Un diagnostic partagé a été réalisé, intégrant les forces et les faiblesses de notre établissement, l'analyse des besoins du territoire et les évolutions des politiques publiques en santé mentale.

Sa construction a intégré l'analyse du bilan du projet médico-soignant 2021-2025, les travaux de concertation réalisés entre juin et décembre 2025 pour la réorganisation en filières de l'établissement afin d'apporter « **la garantie de l'égal accès de nos concitoyens à des soins courants et de recours pertinents et de qualité** », les travaux de 20 groupes de travail dédiés à l'élaboration du présent projet, les constats d'un voyage d'étude au Canada, et enfin les réponses à un sondage généralisé au sein non seulement du centre hospitalier mais aussi de la Fondation dans son ensemble.

Les contributions recueillies ont permis de définir un **cap général à suivre et des axes d'efforts pour le projet d'établissement**. Les **huit axes stratégiques identifiés ont ensuite été déclinés en grands objectifs structurants**. Ceux-ci ont servi de fils conducteurs pour les travaux des différents **projets opérationnels**, dont le projet médico-soignant. Des objectifs opérationnels ont ainsi pu être dégagés. Chaque pôle, filière et service pourra proposer tout au long de ces 5 années des actions concrètes qui seront suivies annuellement.

Des **indicateurs clés** permettant de suivre annuellement l'impact du projet d'établissement sur nos pratiques ont été définis. Les cibles liées à ces indicateurs seront revues annuellement.

Le projet constitue donc une **feuille de route évolutive**, fondée sur le suivi d'indicateurs, une évaluation régulière et une gouvernance dédiée, dans une logique d'amélioration continue de la qualité. Dans ce projet d'établissement, le choix a été fait de ne pas traiter la qualité comme un projet autonome mais comme une dimension essentielle et constitutive de chaque projet décrit ci-après.

identifier

diagnostiquer

co-construire

déployer

évaluer

Analyse du bilan du projet médico-soignant 2021-2025

Le présent projet d'établissement s'inscrit dans la continuité du projet médico-soignant (PMS) 2021-2025, dont il constitue à la fois l'aboutissement et le prolongement. Il va au-delà du projet médico-soignant cette fois car il intègre l'ensemble des dimensions institutionnelles, organisationnelles et territoriales.

Structuré autour de sept axes stratégiques déclinés en fiches projet, le PMS 2021-2025 a fait l'objet d'une évaluation globale de son déploiement. Cette analyse met en évidence un niveau de mise en œuvre globalement satisfaisant, avec une mobilisation significative des équipes et des avancées concrètes sur plusieurs thématiques prioritaires.

L'axe relatif à l'optimisation des parcours de santé, de soins et de vie présente un taux de réalisation de 82 %, traduisant une dynamique réelle d'amélioration de la coordination, de la continuité et de la fluidité des prises en charge. Les autres axes – qu'il s'agisse de l'adaptation de l'offre ambulatoire, de la réponse aux besoins des populations spécifiques, du développement de la réhabilitation psychosociale, du soutien aux droits des usagers, du renforcement de la recherche et de la formation, ou encore de la promotion de la santé mentale – témoignent également d'une progression notable, bien qu'hétérogène selon les projets.

Ce bilan met en lumière plusieurs acquis structurants, notamment le développement de nouvelles modalités de prise en charge, le renforcement des pratiques professionnelles, et une attention accrue portée aux droits et à la participation des usagers. Il souligne également des marges de progression, en particulier en matière de lisibilité de l'offre, de diffusion des innovations et de consolidation de certaines organisations.

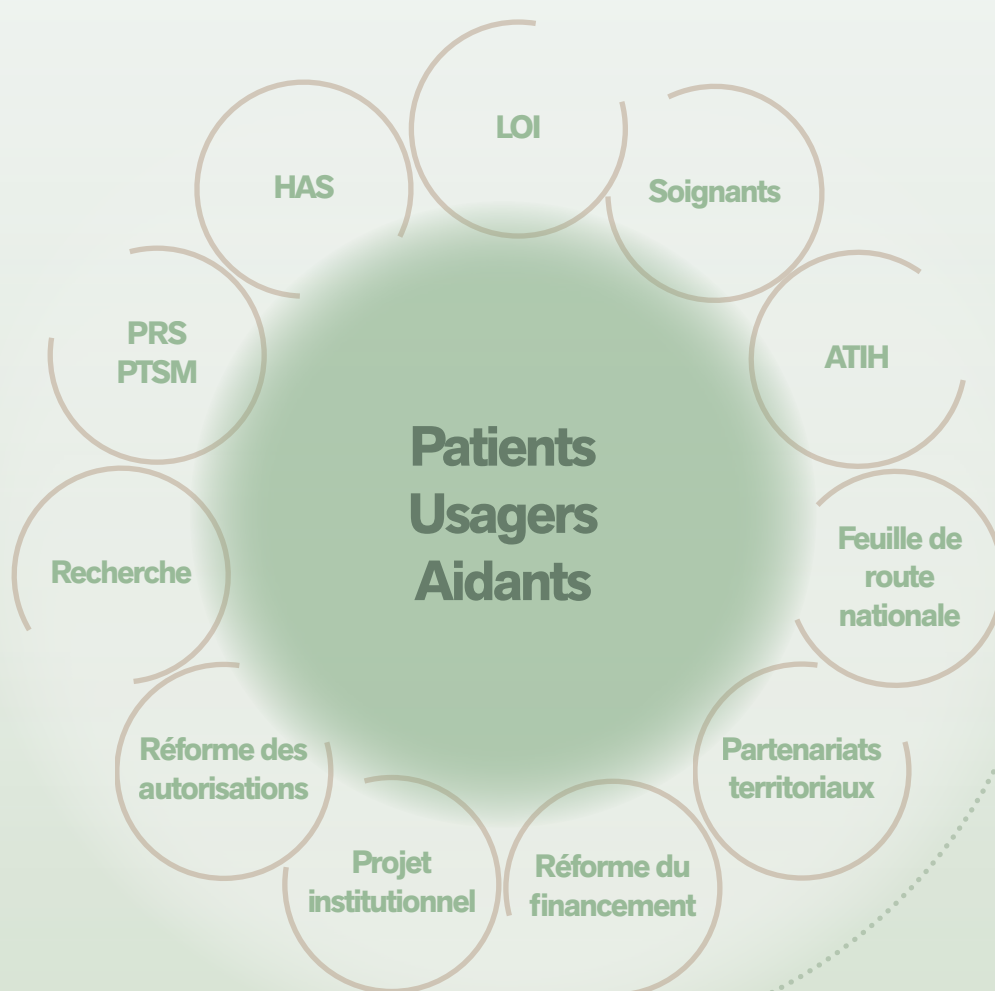
Le suivi du déploiement du PMS a été assuré par l'organisation de trois journées de bilan d'étape sur la période 2021-2025, permettant d'informer et d'impliquer les professionnels de la Fondation autour des projets engagés. Si des actions de communication régulières ont été menées, ce bilan souligne la nécessité de renforcer encore la diffusion de l'information et le partage des avancées, en s'appuyant sur une stratégie de communication interne plus structurée et plus visible.

Ainsi, l'analyse du PMS 2021-2025 a constitué un socle essentiel pour le présent projet d'établissement qui a cherché dans ses objectifs à consolider les acquis, à tirer les enseignements des difficultés rencontrées et à orienter les priorités stratégiques à venir dans une logique d'amélioration continue au service des patients, des usagers et du territoire.

Origines des attendus intégrés pour la construction du projet

Ce schéma est la représentation synthétique de l'articulation entre les différents cadres, sources de données et leviers de pilotage qui structurent l'action de notre établissement. Il met en évidence la nécessité de croiser les orientations stratégiques — notamment celles issues du projet régional de santé (PRS) et du projet territorial de santé mentale de la Manche (PTSM) — avec les données d'activité, les référentiels nationaux, les exigences de qualité et les réalités opérationnelles de terrain.

Face aux enjeux croissants de lisibilité, d'efficacité, de qualité des prises en charge et d'adaptation de l'offre aux besoins de la population, cette représentation permet de mieux comprendre les interactions que nous avons dû intégrer telles que les obligations réglementaires, les données médico-économiques, les priorités territoriales et les objectifs institutionnels.



Définition et construction du cap et de ses axes

Définir une orientation commune

À l'issue des concertations menées dans le cadre de la réorganisation de l'établissement, les instances de gouvernance ont identifié le cap général à suivre ainsi que les principaux axes d'efforts devant structurer le futur projet d'établissement. Cette première étape a permis de définir un cadre stratégique partagé, en cohérence avec les enjeux de santé mentale du territoire et les évolutions attendues de l'offre de soins.

Consulter le terrain

Afin d'élargir la réflexion et de recueillir les attentes du terrain, un sondage a ensuite été diffusé à l'ensemble des collaborateurs du Centre Hospitalier Spécialisé. Cette consultation avait pour objectif d'identifier les propositions concrètes relatives aux orientations futures de l'établissement. Chaque catégorie professionnelle a également été invitée à exprimer les mots-clés caractérisant son métier et sa contribution aux ambitions collectives du projet d'établissement.

Construire les projets

Dans un second temps, des groupes de travail pluridisciplinaires ont été constitués autour des principales filières et thématiques stratégiques. Pilotés par les médecins chefs de filière, présents ou pressentis, en lien avec les directeurs des soins et de la gestion (DSG), ces groupes avaient pour mission d'identifier les objectifs et projets prioritaires à inscrire dans le projet d'établissement.

Pour le projet médico-soignant (PMS)

12 thématiques explorées

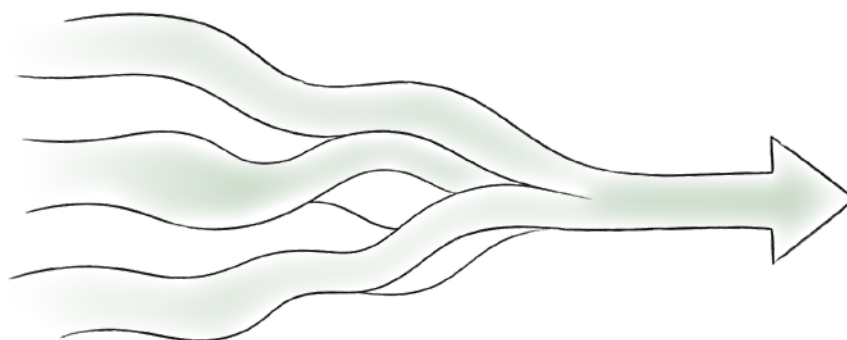
29 sessions de travail

370 professionnels réunis
différentes disciplines et représentants des usagers

12 thématiques de travail autour du PMS

- Amélioration de la prise en charge ambulatoire
- Soins sans consentement, isolement et contention
- Prise en charge des patients en situation de crise et d'urgence
- Renforcement de la prise en charge des comorbidités addictives, dont les troubles des conduites alimentaires
- Renforcement de la prise en charge somatique en psychiatrie
- Développement de la psychiatrie de la personne âgée
- Parcours de l'enfant, de l'adolescent et de sa famille
- Périnatalité
- Développement des prises en charge en réhabilitation psychosociale
- Thérapie systémique
- Projet social
- Participation et place des usagers

Les travaux conduits au sein de ces groupes ont permis de faire émerger des constats partagés, des pistes d'amélioration et des projets structurants destinés à répondre aux besoins de la population et à accompagner les évolutions des pratiques professionnelles.



8 sessions de travail pour les autres projets

- La recherche et l'innovation
- Les systèmes d'information
- Les projets immobiliers
- La pharmacie clinique
- La psychothérapie institutionnelle
- L'art-thérapie moderne
- Culture et santé mentale
- La gouvernance



La méthodologie

Mettre en cohérence les contributions

Enfin, une réunion de synthèse réunissant les rapporteurs des différents groupes de travail du PMS et la synthèse des autres travaux ont permis de mettre en cohérence les propositions formulées, d'identifier les convergences entre thématiques et de construire une vision d'ensemble à l'échelle de l'établissement.

Poursuivre la dynamique collaborative

Au-delà de leur contribution à l'élaboration du projet, plusieurs groupes de travail ont exprimé le souhait que cette dynamique collaborative se poursuive tout au long de la mise en œuvre du projet d'établissement. Cette demande témoigne de la volonté des professionnels et des usagers de rester pleinement associés au suivi, à l'évaluation et à l'adaptation des actions engagées, dans une logique d'amélioration continue et de co-construction.

Synthèse du sondage

Les professionnels du CHS expriment une vision du soin profondément centrée sur l'humain, la relation, l'écoute et l'accompagnement vers l'autonomie. Ils s'inscrivent dans une dynamique d'évolution déjà engagée, marquée par la participation des patients, la co-construction des parcours et le développement de la réhabilitation psychosociale.

Ils identifient des leviers concrets pour renforcer les prises en charge : développement des activités et des espaces de vie, structuration des parcours et des transitions, implication des aidants, ainsi que renforcement des habiletés sociales et de la prise en charge somatique.

Dans le même temps, les professionnels expriment un besoin fort de disposer de davantage de temps dédié au soin, ainsi que d'une meilleure coordination et harmonisation entre les services. Ils soulignent l'importance de structurer les parcours, de sécuriser les transitions et de renforcer le travail avec les aidants.

Les démarches de recherche et d'innovation suscitent un intérêt réel, même si leur développement reste conditionné par les moyens et l'organisation.

Les besoins en formation sont forts et ciblés : psychopathologie, psycho-traumatisme, réhabilitation psychosociale, troubles du neurodéveloppement, posture soignante, témoignant d'une volonté de faire évoluer les pratiques de manière concrète et adaptée au terrain.

Enfin, les attentes en matière de qualité de vie au travail sont importantes et convergentes : reconnaissance, communication, conditions de travail et stabilité des équipes apparaissent comme des leviers essentiels pour soutenir les professionnels dans ces évolutions.

L'ensemble dessine une orientation claire pour le projet d'établissement :

- S'appuyer sur les dynamiques existantes et l'engagement des équipes
- Renforcer la coordination, la lisibilité et la continuité des parcours
- Développer des dispositifs concrets au service du quotidien des patients
- Soutenir les professionnels à travers la formation et la qualité de vie au travail

Une vision collective se dégage : celle d'un établissement plus coordonné, plus humain et plus participatif, qui accompagne les patients dans leurs parcours de vie tout en valorisant les professionnels qui les soutiennent.

Humain

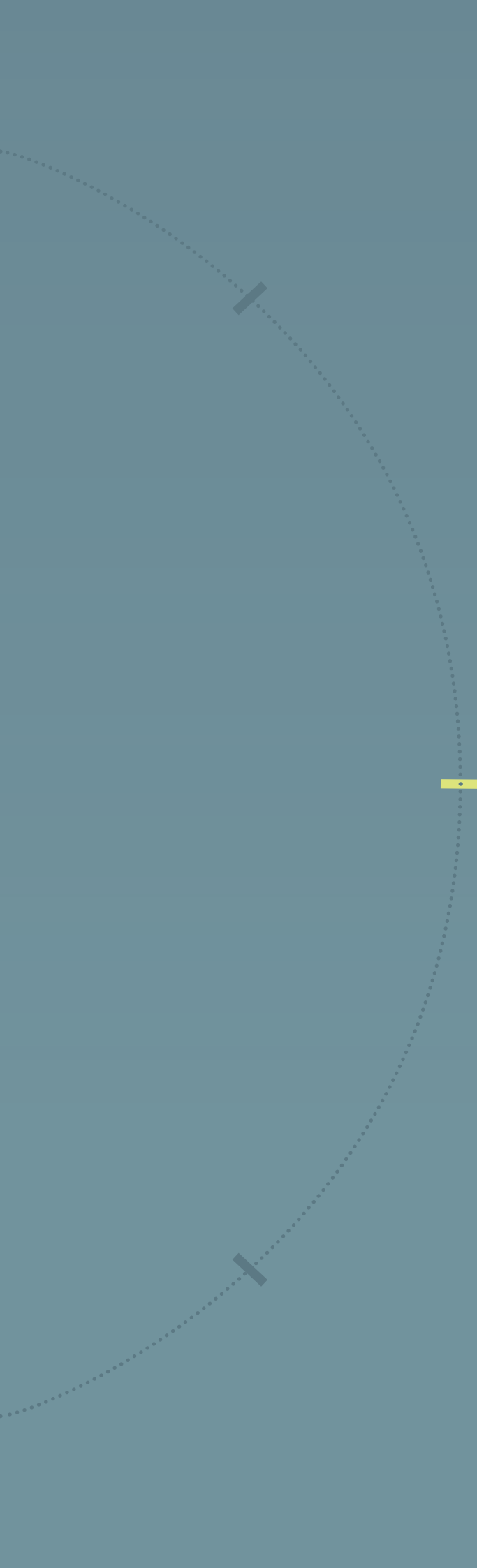
Parcours

Collectif

Professionnels





A decorative graphic on the left side of the page consists of a large, light blue dotted arc. Three short, dark blue tick marks are placed along this arc: one near the top, one near the bottom, and one in the middle. The middle tick mark is positioned directly to the left of the text 'Les projets'.

- Les projets

Projet des usagers

Faire des usagers de véritables partenaires de soin

L'évolution des recommandations nationales et régionales (HAS, ARS, sociétés savantes) donne une orientation claire du système de santé : faire des usagers de véritables partenaires du soin. Cette évolution marque le passage d'une logique institutionnelle historiquement protectrice à une approche fondée sur la participation, le rétablissement et le pouvoir d'agir des patients et de leurs aidants.

Une volonté institutionnelle à concrétiser

Au sein de l'établissement, les constats objectivent la nécessité de renforcer la place des usagers. Il existe une véritable volonté institutionnelle de renforcer leur implication mais cette volonté est inégalement déclinée dans les pratiques. Il s'agit donc de diffuser et d'harmoniser cette approche tournée vers les usagers. A ce titre, les représentants des usagers ont eux-mêmes un rôle déterminant auprès des professionnels de santé dans cette diffusion.

Développer la pair-aidance

Le développement du nombre de pairs-aidants au sein de l'établissement est aussi un levier de cette diffusion de la parole et du rôle des usagers, en augmentant le nombre de médiateurs de santé pairs (passage de 1 à 3 sur la période), en identifiant des patients ressources ou en impliquant sur des projets ponctuels des pairs-aidants issus de collectifs tels qu'Orpairs LAD piloté par l'association Les ailes déployées ou la plateforme ESPER Pro par exemple.

Mieux connaître les droits des patients

L'accent sera mis aussi sur une meilleure connaissance des droits des patients, tant du côté des usagers que des professionnels. A ce titre, des lieux d'accueil structurants seront mieux identifiés sur chacun des sites afin de renforcer l'accueil, l'information et la représentation des usagers.

Les aidants, acteurs essentiels du parcours de soins

Les aidants jouent un rôle essentiel dans le soutien auprès des usagers. En ce sens, les représentants des usagers soulignent l'intérêt du programme de psychoéducation des aidants BREF, accessible sur proposition des équipes soignantes ou à l'initiative des familles. Ce dispositif contribue à une meilleure intégration des proches dans le parcours de soins et au renforcement de l'alliance thérapeutique.

Nous sommes satisfaits quant à notre participation aux travaux institutionnels en dehors de la CDU, favorisant les échanges avec les soignants et les encadrants, notamment autour des thématiques de bientraitance.

- Les représentants des usagers

Lutter contre la stigmatisation

La dynamique de lutte contre la stigmatisation sera renforcée, à la fois à l'extérieur de l'institution mais aussi à l'intérieur car il y a souvent une stigmatisation inconsciente probablement liée à un souhait de protection et de vouloir bien faire.



Nous tenons également à remercier l'ensemble des participants pour la qualité des échanges, l'écoute attentive qui nous est accordée, ainsi que pour le climat convivial lors des réunions de la CDU et des visites des unités.

- Les représentants des usagers

5 axes d'action

- 1** Favoriser la participation active du patient dans l'organisation des prises en charge et dans la construction de son propre projet de soin
- 2** Développer et structurer la pair-aidance
- 3** Améliorer l'accès aux droits et à l'information
- 4** Renforcer l'ouverture de l'hôpital sur la cité et lutter contre la stigmatisation
- 5** Mettre en place des maisons des usagers

1 Favoriser la participation active du patient

dans l'organisation des prises en charge et dans la construction de son propre projet de soin

Le **renforcement du recueil de la satisfaction** patient ainsi que le déploiement d'outils d'évaluation de l'expérience patient tels que les **PROMs (analyse des résultats perçus)** et **PREMs (analyse de l'expérience patient)** vont permettre d'améliorer la qualité des prises en charge et mieux répondre aux attentes des usagers. Il est à noter que de nombreuses études ont montré, en effet, que l'utilisation de ces outils permet d'améliorer significativement les états de santé et de réduire les ré-hospitalisations des malades chroniques.

La participation active des patients et de leurs aidants ne peut se faire par ailleurs que s'il existe une **bonne compréhension du parcours de soins**. Un livret d'accueil dédié aux familles / aidants leur sera remis et pour les patients des **temps dédiés d'intégration** (15 min patient-soignant dans les 72h lors d'une période apaisée propice à l'échange) seront consacrés pour la lecture du livret d'accueil, en particulier pour les primo hospitalisés, et la vérification de la compréhension du cadre thérapeutique et du sens donné aux soins. Une vérification systématique de la validité de la **personne de confiance**

désignée, des directives anticipées et des consentements nécessaires sera réalisée via une « **check-list d'entrée** ».

Les **projets de soins devront être coconstruits de manière généralisée** via le déploiement d'un modèle structuré avec des points d'étape à 1 mois, 6 mois et 12 mois. Les aidants pourront être associés à cette construction et à ces points d'étape lorsque le patient le souhaite. Cette démarche doit se faire en lien avec le **soignant / l'équipe référent(e)** garant(e) de la continuité du parcours.

Dans le **cas particulier des soins sans consentement**, les principes suivants sont systématiquement appliqués : toujours expliquer ce qui se passe à chaque étape de l'admission, adapter les restrictions de liberté à chaque cas de manière adaptée à leur situation particulière, n'agir que sur motivation clinique et non de manière systématique, expliquer qu'il s'agit de mesures temporaires et réévaluer très régulièrement la situation. **Le patient, même non consentant, doit pouvoir exprimer son ressenti et ses besoins.**

Les actions à mettre en place

Temps dédié d'intégration patient-soignant et vérification systématique de la « **check-list** » d'entrée par les soignants

Toujours prendre le temps d'expliquer et d'écouter les ressentis et les besoins des patients

Co-construction des projets de soins de manière généralisée avec des points d'étape

« **Aller vers** » pour recueillir la satisfaction des patients

Ciblage prioritaire des PROMs et PREMs : unités de long séjour, dispositifs de réhabilitation, CMP

Exploitation des résultats régulièrement en équipe en associant si possible les représentants des usagers et/ou des pairs-aidants

2 Développer et structurer la pair-aidance

Le renforcement de la structuration de la pair-aidance vise à **mieux intégrer les besoins des patients** dans les projets de soins grâce à l'augmentation de la compréhension des soignants des attendus de ceux qu'ils prennent en charge. Cette dynamique **renforce la capacité de transformation des pratiques**. L'accompagnement par les pairs permet, de l'autre côté, d'**aider les patients à comprendre leur situation**, à mieux adhérer à leur traitement et à envisager leur rétablissement.

La pair-aidance peut prendre plusieurs formes : l'intégration dans les équipes de médiateurs de santé pairs (MSP) qui sont des salariés de l'établissement ; le recours à des pairs-aidants « consultants » soit salariés de plateformes, soit bénévoles regroupés en collectifs ; l'implication de patients ressources suivis ou anciennement suivis au sein de l'établissement. Toutes ces formes sont complémentaires et utilisées en fonction des situations (accompagnement des équipes et des patients au

quotidien, participation à des groupes de travail, déploiement de projets, formations, participation à des groupes thérapeutiques, etc.). Une clarification des missions potentielles de chacun sera réalisée au regard du travail en cours sur le sujet mené par la HAS d'ici fin 2026.

Au-delà de la pair-aidance par des patients, il est possible de déployer **d'autres formes d'engagement des représentants des usagers**. Ils peuvent renforcer le recueil de la satisfaction patient et son analyse, les aider à rédiger leurs directives anticipées en psychiatrie, les informer sur l'existence des groupes d'entraide mutuelle (GEM), encourager les équipes à proposer aux aidants l'intégration dans **le programme BREF¹⁴**, et piloter les sujets des droits fondamentaux, de la lutte contre la stigmatisation et de l'élaboration des parcours d'insertion et de retour à l'emploi (notamment en lien avec L'UNAFAM).

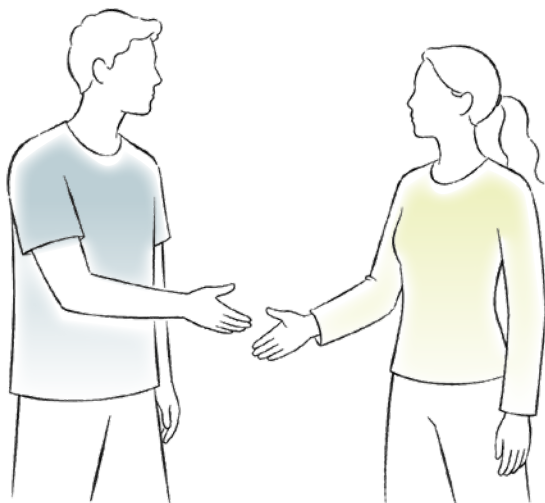
Les actions à mettre en place

Renforcer la présence de MSP avec au moins 1 par territoire à l'horizon 2030

Identifier des collectifs ou plateformes de pairs-aidants pouvant intervenir dans notre établissement

Favoriser le bénévolat de patients ressource au sein de l'établissement

Mettre des moyens à disposition des usagers pour renforcer leurs accompagnements des patients et de leurs familles (information / formation, espaces de rencontre, partenariats, accompagnement à la rédaction des directives anticipées, programme BREF, etc.)



¹⁴**Programme BREF** : Le programme BREF est un dispositif de psychoéducation court destiné aux proches de personnes souffrant de troubles psychiques, organisé en trois séances individuelles d'environ une heure chacune.

3 Améliorer l'accès aux droits et à l'information

L'établissement, en s'inscrivant dans cet objectif de renforcement de la culture institutionnelle vis-à-vis de l'accès aux droits et à l'information des patients, **renforce la confiance entre l'institution et les usagers**. Cette approche est un **levier majeur de qualité et d'équité** via la garantie de droits lisibles, accessibles et appropriables par tous. Cela se décline à travers l'organisation de l'établissement, le développement d'outils, et le renforcement du positionnement des professionnels.

L'organisation et les responsabilités seront clarifiées avec **l'identification de référents « droits des patients »** au sein des pôles et/ou des filières et/ou des services en fonction des souhaits des équipes. Cet accompagnement doit se faire en coordination entre la dimension sociale, la qualité, la pair-aidance et les représentants des usagers.

Les actions concrètes qui seront conduites pourront être le développement de supports pédagogiques (lien dans le livret d'accueil, micro-vidéos, diffusion multi-supports, etc.), la facilitation de la rédaction des directives anticipées en psychiatrie

(DAP) au sein de l'établissement ou en prenant appui sur des partenaires extérieurs (associations, GEM, etc.), le développement du numérique inclusif et facilitateur (portail patients, aide à l'ouverture d'un DMP, etc.), la gestion rationnelle et simplifiée de l'affichage des informations afin que ce soit facilement lisible, repérable et compréhensible. La compréhension nécessite une adaptation au niveau de chacun en particulier pour les personnes avec des handicaps cognitifs, psychiques mais aussi de langue étrangère.

Le rôle humain est aussi essentiel notamment dans l'accompagnement où les assistants sociaux jouent un rôle de première ligne, les secrétaires sont en mesure de donner les premières informations (formation systématique) et enfin tout professionnel de santé est capable d'orienter vers les bons interlocuteurs (connaissance des principes des droits des patients et de l'organisation pour l'accompagnement). La possibilité de mettre en place des permanences sociales est à envisager sur les différents sites.

Les actions à mettre en place

- Former tous les professionnels au respect du droit des patients
- Identifier des référents « droits des patients »
- Mettre en place des outils d'accessibilité simplifiés et adaptés à la compréhension de chacun
- Déployer largement les directives anticipées en psychiatrie (DAP)

Envisager des permanences sociales sur les différents sites



4 Ouvrir l'hôpital sur la cité et lutter contre la stigmatisation

S'ouvrir sur la cité permet de **transformer la place de l'hôpital dans la société** et le regard porté sur les patients. L'objectif est de **réduire les représentations négatives de la psychiatrie** et de renforcer l'inscription territoriale de l'établissement près des lieux de vie des usagers.

Cela signifie sortir d'une vision centrée sur l'hôpital comme lieu fermé, pour aller vers une logique de décroissement (sanitaire / médico-social / social ; hôpital / médecine de ville ; institutions / société civile) afin que **l'hôpital devienne un acteur du parcours de vie**. Pour ce faire, **les partenariats** présentent un enjeu important notamment avec des associations, des structures sociales (logement,

insertion), des acteurs éducatifs et culturels et enfin les collectivités locales. **Être présent hors les murs** est aussi un objectif pour l'établissement via ses dispositifs ambulatoires et mobiles, via ses équipes de liaison ainsi que sa participation à des actions de prévention et de sensibilisation dans la ville.

Plusieurs actions seront mises en œuvre telles que le développement d'une **communication accessible** sur notre offre de soins, le déploiement **d'actions hors les murs** notamment lors des Semaines d'Information sur la Santé Mentale (SISM), l'organisation de **séminaires sur la déstigmatisation**, et enfin le renforcement de nos **partenariats territoriaux**.

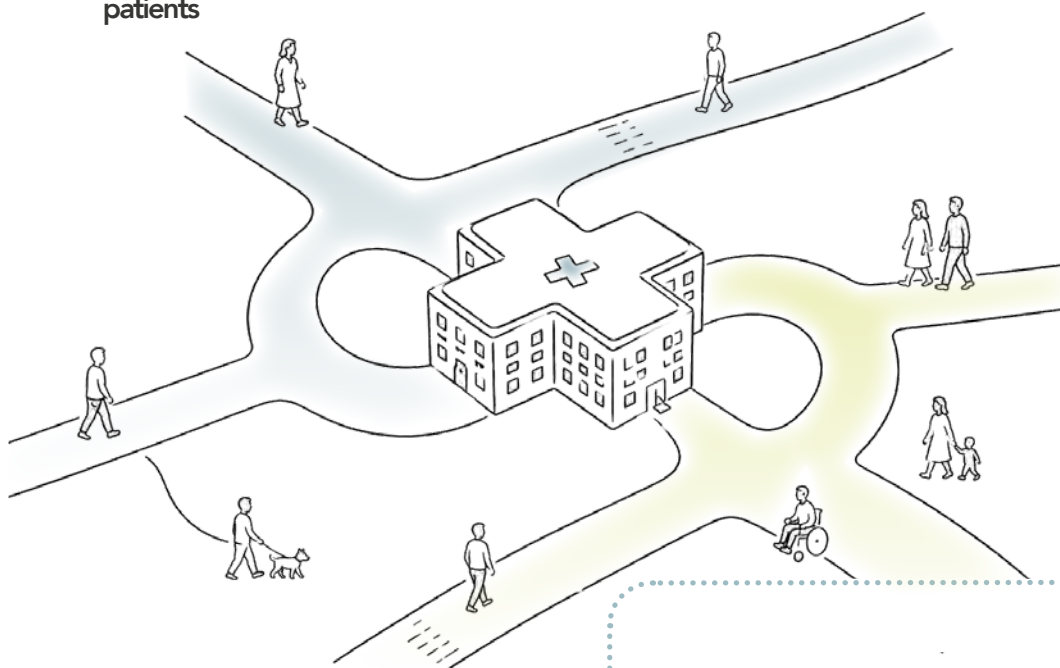
Les actions à mettre en place

Poursuivre la dynamique d'intervention de l'établissement à l'extérieur en participant à des événements et en organisant lui-même des échanges ouverts

Utiliser les outils de communication pour valoriser les métiers du CH et les succès des patients

Faire de la lutte contre la stigmatisation une thématique régulière d'échanges et de réflexions en interne comme en externe

Renforcer les partenariats notamment avec la ville et l'insertion par le logement et le travail



PTSM Manche Priorité 5 – Obj.30

Cette orientation contribue à l'objectif du PTSM visant à déstigmatiser la santé mentale.

5 Créer une Maison des Usagers

sur chacun des territoires couverts par le Centre Hospitalier Spécialisé

Le souhait de créer des Maisons des Usagers sur chacun des territoires **vise à renforcer l'expression, des droits et le pouvoir d'agir des patients**, en offrant des espaces identifiés, non stigmatisants et ouverts sur la cité. Cette démarche constitue un levier de démocratie sanitaire, de qualité des parcours et de transformation des pratiques, en intégrant les savoirs expérientiels et en favorisant la co-construction des réponses avec les usagers.

Pour cela, il sera nécessaire **d'identifier des lieux adaptés**, facilement repérables et accessibles. Des études seront conduites afin d'envisager les locali-

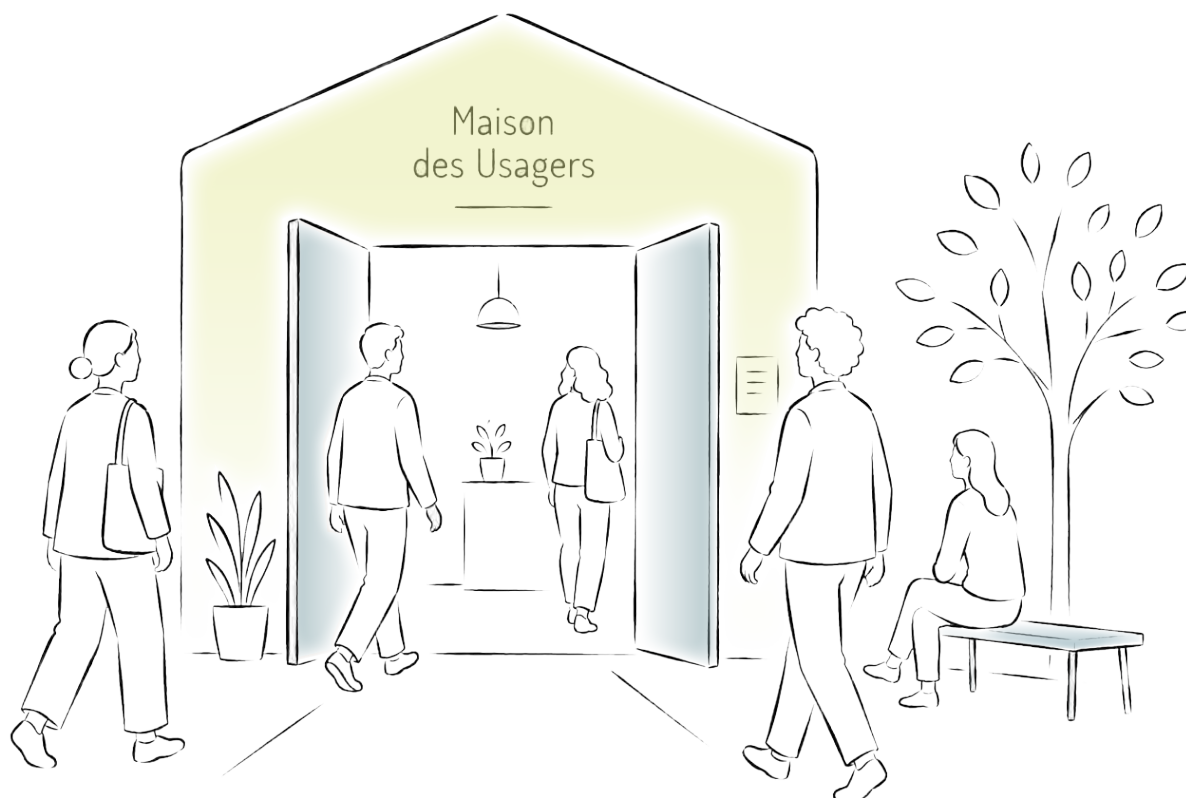
sations possibles à Saint-Lô, à Picauville et à la Glacière et d'évaluer les investissements nécessaires. Un **groupe projet** sera constitué afin de formaliser le cahier des charges. Ce groupe pourrait être constitué des représentants des usagers, du médiateur de santé pair, de patients ressources, de familles, de professionnels de santé et de la direction du CHS. L'objectif sera de définir l'organisation de ces maisons des usagers (permanence, outils numériques, cafétéria solidaire, etc.) et les services qui seront proposés (accueil, orientation, informations, documentation, médiation numérique, etc.).

Les actions à mettre en place

■ Définir et aménager des lieux adaptés

■ Définir les services proposés

■ Constituer un groupe projet



Comment mesurer nos avancées ?

Nombre de rencontres patients par les représentants des usagers



Taux d'exploitation des résultats des questionnaires satisfaction en équipe

Nombre de médiateurs de santé pairs et/ou pairs-aidants mobilisés dans l'établissement



Taux de professionnels formés ou sensibilisés aux droits des patients, à la démocratie sanitaire et à la lutte contre la stigmatisation

Nombre de patients et/ou familles accompagnés par le programme BREF



Nombre d'actions d'ouverture sur la cité et de lutte contre la stigmatisation réalisées chaque année



Projet médico-soignant

Une vision commune des parcours de soins

Le projet médico-soignant constitue la traduction concrète du projet d'établissement au sein des parcours de soins, des organisations et des pratiques professionnelles de notre centre hospitalier. Il repose sur une conviction forte : la qualité des prises en charge ne peut être assurée que par une approche pluridisciplinaire, coordonnée et centrée sur la personne. Chaque profession, chaque équipe et chaque filière de soins contribue, à son niveau, à l'atteinte du cap stratégique défini par l'établissement. Dans cette perspective, le projet médico-soignant propose un regard commun sur l'ensemble des prises en charge, tout en permettant à chaque profession d'exprimer ses engagements spécifiques et sa contribution aux évolutions attendues.

Répondre aux besoins de chaque patient

Au-delà des particularités propres à chaque population accompagnée, des objectifs transversaux structurent l'action collective. Parallèlement, le projet affirme une approche populationnelle permettant d'adapter les réponses aux besoins spécifiques des différentes catégories de patients.

Mobiliser toutes les expertises

À travers ce projet médico-soignant, le CHS affirme sa volonté de conjuguer excellence clinique, innovation, humanité et coopération, afin de construire des parcours de soins plus accessibles, plus coordonnés et plus respectueux du pouvoir d'agir des personnes accompagnées. Il constitue la feuille de route partagée de l'ensemble des professionnels qui permettra à chaque filière et chaque service de déployer leurs propres projets au service d'une ambition commune.

2 grandes dynamiques



Vers des objectifs transversaux

Vers des objectifs de prise en charge plus populationnels



Mots des médecins

équipe pluridisciplinaire
central
addictologie
travail d'équipe
réhabilitation
altruisme
pec médicopsychosociale
pénurie
psychosociale
recherche clinique
fatigue
indispensable
humanisme

Mots des cadres de santé

administration budgétaire
encadrement d'un service de soin
projet
soins
engagement
collaboration
coordination des soins
qualité
sécurité
leadership
gestion des risques
pénurie
management
polyvalence
pilotage d'équipe
adaptabilité
gestion

Vers des objectifs transversaux

Utiliser les principes de la psychothérapie institutionnelle

comme levier pour atteindre le Cap de notre projet d'établissement

Pour rappel, notre objectif est de développer une approche plus personnalisée autour de nos patients et de favoriser la promotion de la santé mentale au sein de notre établissement. Les **principes de la psychothérapie institutionnelle**, correspondant à la place centrale du patient, au soin via une dynamique collective et au fait de donner du sens à nos actions, s'inscrivent dans la même dynamique. C'est pourquoi, les unités seront encouragées à mettre en place ces principes progressivement via des propositions d'organisations innovantes qui tendent à mobiliser les patients, les professionnels dans une dynamique collective favorisant l'autonomie, la subjectivité et la reconstruction du lien social.

Plusieurs **leviers opérationnels** peuvent être envisagés comme la structuration de temps institutionnels réguliers, tout particulièrement les réunions de coordination pluridisciplinaires (RCP), comme la mise en place d'espaces de parole entre soignants et soignés, ou encore des temps de vie collective coconstruits (repas thérapeutiques, ateliers, etc.).

L'ensemble des professionnels de la FBS (y compris non-soignants) doivent pouvoir se sentir investis du rôle de partenaire du pouvoir d'agir des patients en s'engageant dans la relation et le collectif que ce soit avec les autres professionnels, avec les pa-

tients ou avec leurs aidants. Ils doivent aussi développer le réflexe d'analyse de leurs pratiques et utiliser des temps de supervision. Ils doivent pouvoir s'enrichir aussi de l'expérience des autres grâce au partage de compétences, aux immersions croisées et à l'intégration du regard des autres intervenants, même non professionnels du soin directement (notamment la pair-aidance).

Concernant les **patients**, il est important de leur donner **une place centrale** en encourageant leur participation active à la vie du service, en co-construisant leur projet individualisé, en leur donnant la parole et en considérant leur expression pour décider des organisations.

Les psychologues au sein de notre établissement ont un rôle majeur d'accompagnement des équipes pour comprendre les fondements de la psychothérapie institutionnelle et envisager leur déploiement dans leur projet de service. Il est nécessaire aussi, pour diffuser cette approche, de réfléchir à la mise en place de séances de sensibilisation pour les nouveaux professionnels dès leur intégration. De plus, comme ils l'ont fait en janvier 2026, ils peuvent proposer des temps dédiés à la réflexion autour du développement collectif de cette approche, animés par des intervenants internes ou externes.

Les actions à mettre en place

- Diffuser les fondements de la psychothérapie institutionnelle auprès des équipes
- Favoriser le dialogue collectif dans tous les cas
- Permettre aux équipes de proposer des organisations innovantes basées sur ces principes

Indicateurs clés

- Nombre de professionnels sensibilisés ou formés aux principes de la psychothérapie institutionnelle
- Nombre d'unités ayant intégré ces principes dans leur projet de service
- Nombre d'espaces de parole soignants-soignés mis en place
- Taux d'unités disposant de temps réguliers d'analyse des pratiques ou de supervision



Structurer la thérapie systémique (ThSy)

L'établissement propose des prises en charge en thérapie systémique depuis plusieurs années mais les pratiques sont hétérogènes en fonction des territoires. L'objectif est donc à présent de **capitaliser sur les bonnes pratiques** de chacun et **d'harmoniser l'organisation** de cette activité dans l'ensemble de l'établissement. Cela permettra à la fois une **optimisation des ressources** et une utilisation plus aisée des résultats à visée **d'amélioration continue**.

Cette approche centrée **sur les interactions, le contexte familial et environnemental**, est particulièrement pertinente en pédopsychiatrie, addictologie et situations complexes. C'est l'expression de la reconnaissance du fait que les troubles psychiques s'inscrivent dans des dynamiques relationnelles et environnementales nécessitant **une approche globale**, impliquant les familles et les acteurs du territoire. Le souhait est donc de pérenniser cette pratique notamment en définissant un cadre commun.

L'objectif est double : **structurer une offre identifiable en thérapie systémique et mieux intégrer la dimension familiale dans les parcours** de psychiatrie, pédopsychiatrie et addictologie quand c'est indiqué.

Structurer une offre identifiable en thérapie systémique

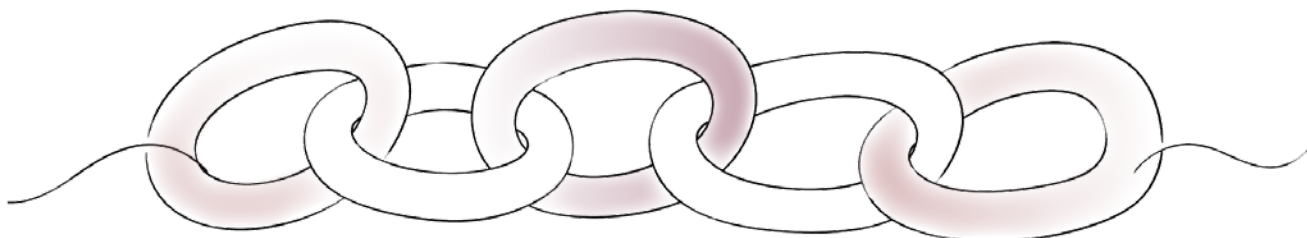
Pour mieux structurer notre offre, il est nécessaire de bien **définir les indications de prescription**, les **modalités d'adressage**, les **objectifs thérapeutiques**, **l'organisation de suivi des patients** (notion de référence), la **durée maximale de suivi**, les **critères de fin de suivi** et le **rythme des réunions de synthèse**.

Dès que ces **éléments structurants seront définis**, il sera important de **mettre en perspective les ressources actuelles formées ou en cours de formation et le souhait de déploiement sur 4 de nos sites** (Cherbourg, Valognes, Saint-Lô et Coutances) ainsi que les files actives estimées sur chaque site. Le besoin ainsi estimé en ressources humaines, par rapport aux ressources actuelles qui sont consacrées à cette activité, permettra de définir le rythme de déploiement de cette activité sur les différents sites. Ceci d'autant que la durée de formation est longue (2 cycles de 2 ans) et que des

temps de supervision doivent être intégrés dans le calcul des temps de prise en charge des patients.

Il est probablement nécessaire de mettre en place une **coordination transversale de cette activité** afin d'éviter la méconnaissance des compétences disponibles et une utilisation des ressources humaines de manière non optimale. Ceci d'autant plus que cette activité doit être exercée dans des conditions structurelles particulières (2 salles reliées, glace sans tain, caméra).

Ainsi, la structuration devra proposer un **cadre d'exercice** avec des formats diversifiés pour s'adapter aux besoins et à la capacité à faire face aux demandes, une **répartition géographique équitable** tout en prenant en compte la **soutenabilité pour l'établissement** des ressources humaines consacrée à cette activité.



Les actions à mettre en place

- Définir un cadre d'exercice institutionnel de la thérapie systémique avec des formats de mise en œuvre diversifiés (entretiens familiaux classiques, groupes multifamiliaux, thérapies de couple, interventions brèves systémiques)
- Evaluer les besoins en ressources humaines (temps d'activité + formation + supervision)
- Répartir les ressources de manière équitable et adaptée au besoin objectif sur chacun des sites
- Aménager les locaux qui le nécessiteraient sur chacun des sites

Mieux Intégrer la dimension systémique dans les parcours

La diffusion d'une culture systémique au-delà des seuls experts est à encourager en sensibilisant les équipes non spécialisées à aborder la problématique au-delà du patient isolément mais plutôt dans le cadre d'un système. Les professionnels formés à la ThSy pourront s'impliquer dans ces formations / informations.

Dans les différentes unités, on doit pouvoir proposer des **entretiens familiaux** précoces pour conduire l'évaluation ainsi que **l'implication des proches dans le projet de soin**. Le **moment de la sortie** est aussi particulièrement sensible et **l'accompagnement familial** est un enjeu majeur auquel il est important d'être attentifs.

Les équipes doivent pouvoir **avoir le réflexe d'envisager le recours à la thérapie systémique** en cas de situation complexe afin de mieux com-

prendre et agir sur les dynamiques relationnelles. Les équipes expertes peuvent alors participer à des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) pour discuter des indications.

Une analyse systémique pourrait aussi être proposée **en invitant** des professionnels de la protection de l'enfance, du secteur médico-social et de la justice (juge des enfants) afin de prendre en compte les systèmes élargis (familial, social, institutionnel). La **participation de membres de la famille éloignés** géographiquement, peut aussi être envisagée grâce au numérique.

Les **équipes mobiles adolescents** pourraient développer l'organisation **d'entretiens familiaux à domicile**, lorsque les familles sont en grande difficulté d'accès aux soins pour les encourager à débiter une thérapie systémique.

Les actions à mettre en place

- Diffuser la culture systémique au sein des unités
- Favoriser le recours à la thérapie systémique dans les situations complexes
- Organiser des interventions conjointes avec des partenaires extérieurs
- Promouvoir une approche systémique des interventions à domicile

Indicateurs clés

- Nombre de professionnels formés ou en cours de formation à la thérapie systémique
- Temps professionnel dédié à l'activité, incluant clinique, coordination et supervision
- File active annuelle des patients, familles ou couples suivis en thérapie systémique
- Délai moyen d'accès à une première consultation systémique
- Nombre de professionnels sensibilisés à la culture systémique
- Nombre d'interventions impliquant des partenaires extérieurs

Intégrer l'art-thérapie moderne

La volonté de l'établissement est d'inscrire l'art-thérapie comme une **modalité de soin à part entière**, complémentaire des approches médicamenteuses et psychothérapeutiques. L'objectif est de passer d'une approche souvent considérée comme occupationnelle vers une **pratique thérapeutique structurée, évaluée et intégrée au parcours de soin**. Le principe est de travailler avec les patients sur l'expression émotionnelle et la symbolisation, sur la restauration de l'estime de soi, sur la réduction des symptômes anxiodépressifs et psychotiques, ou encore sur l'amélioration de la qualité de vie des patients.

L'art-thérapie moderne tend à aller au-delà des formats classiques pour intégrer des approches innovantes comme par exemple la **diversification des médiations** (arts visuels, arts numériques, arts vivants, écriture thérapeutique et storytelling¹⁵). Les approches contemporaines parlent d'art-thérapie orientée rétablissement, de médiations centrées sur l'identité et le parcours de vie, les projets artistiques collectifs ou encore l'intégration des pratiques participatives des usagers.

Dans une démarche de personnalisation des prises en charge, **l'art-thérapie doit pouvoir s'inscrire**

dans le parcours du patient via l'identification de ses besoins à l'origine des indications puis en définissant des objectifs thérapeutiques. Ceux-ci doivent être mis en œuvre dans un cadre structuré et des protocoles individualisés. Les pôles pourront inscrire l'art-thérapie dans leurs projets selon les principes institutionnels définis. Des référents art-thérapie pourront être nommés parmi les professionnels, ayant suivi des **formations reconnues** (AFRATAPEM délivre des titres inscrits au RNCP et adossés à des partenariats universitaires ou Diplômes universitaires (DU) d'art-thérapie). De même les prestataires extérieurs devront attester de formations en art-thérapie accréditées pour animer des **ateliers protocolisés** (objectifs, indications, évaluations).

La production d'art-thérapie peut être un **vecteur de déstigmatisation via des partenariats** avec des structures culturelles (expositions par exemple) et éventuellement en collaboration avec des artistes en résidence. Montrer la créativité de nos patients peut permettre de changer le regard sur la maladie mentale.

L'art-thérapie peut enfin faire l'objet de **projets de recherche**.

Les actions à mettre en place

- Sensibiliser les équipes sur l'intérêt dans la prise en soin de l'utilisation de l'art-thérapie moderne
- Intégrer les séances d'art-thérapie dans les projets de soin individualisés
- Veiller à la formation des référents art-thérapie et des prestataires extérieurs
- Protocoliser les ateliers d'art-thérapie
- Mettre en place des partenariats pour faire de l'art-thérapie un vecteur de déstigmatisation dans la cité

¹⁵**Storytelling** : En art-thérapie c'est une méthode qui consiste à mettre en récit ses expériences, émotions ou vécus à travers des formes créatives (dessin, écriture, théâtre, collage, etc.) afin de favoriser l'expression de soi, la compréhension de son histoire et le mieux-être psychique.

Indicateurs clés

- Taux d'intégration de l'art-thérapie dans les projets de soins individualisés
- Nombre de professionnels formés à l'art-thérapie
- Taux d'ateliers d'art-thérapie protocolisés
- Taux de prestations externes

Mots des psychologues

écoute relation éléments d'une équipe pluridisciplinaire
réflexion évaluation singulier psychothérapies individuelles et familiales
psychothérapie hospitalisation variée clinique
pas de côté élaboration parole compétence analyse clinique
accueil de la subjectivité psychopathologie soins
rencontre observation équipe mise en sens
transformative accueil institution conflictualisation
subjectivité psychique des patients
autonomisation psychique des patients
ambulatoire enfant
évaluation
hospitalisation variée
fonctions cognitives
accompagnement
adolescent
contenance
psychanalyse
travail institutionnel
patients
travail interdisciplinaire
psychologue des parents/enfants et de la famille
réhabilitation psychosociale

Poursuivre le renforcement de la prise en charge somatique des patients de psychiatrie

L'établissement dispose d'un **service somatique intégré** et assure les consultations initiales et les suivis pour nos patients hospitalisés. L'objectif est de renforcer encore notre offre en **développant le dépistage systématique**, en **renforçant la coordination avec les acteurs de santé du territoire** et en **renforçant les compétences somatiques de l'ensemble de nos professionnels**. L'objectif est de réduire la surmortalité et la mortalité évitables de nos patients suivis en psychiatrie en assurant une prise en charge somatique précoce, coordonnée et intégrée au parcours de soins.

Développer la prévention et le dépistage systématique des pathologies somatiques

Les **patients de psychiatrie sont souvent en rupture de suivi somatique** soit en raison de difficultés à s'investir dans la gestion de leur santé, soit en raison de problèmes sociaux (pas de médecin du travail, conditions de vie par exemple), soit en raison de l'absence de médecin traitant. Ainsi, lorsqu'ils sont pris en charge dans notre établissement, tout autant en temps plein, qu'en temps partiel ou en ambulatoire, ils doivent pouvoir bénéficier, s'ils l'acceptent, de **dépistages systématiques de pathologies somatiques**.

Les **consultations initiales** lors des hospitalisations en temps plein intègrent déjà cette approche de dépistage mais il pourrait être formalisé des **protocoles ciblés** sur les facteurs de risque somatique majeurs, les maladies chroniques (diabète, maladies métaboliques, cardio-vasculaires, etc.) et **intégrer ces bilans dans les projets de soins personnalisés**.

Les patients qui accèdent directement aux prises en charge à temps partiel ou en ambulatoire

doivent pouvoir bénéficier de la même démarche. Pour cela, le service somatique a mis en place des **consultations ambulatoires de prévention (CAP) infirmières** et des **dépistages dentaires** (grâce au dentiste dont dispose l'établissement) mais cela reste encore hétérogène en fonction des unités et des territoires. L'objectif est donc de **renforcer l'équipe CAP** (IDE, IPA pathologies chroniques stabilisées, diététicienne) qui pourra couvrir l'ensemble de nos structures ambulatoires.

Enfin, les **programmes d'éducation thérapeutique** pourront être complétés par la prise en compte des traitements chroniques somatiques et par les conseils en nutrition, tabac, alcool... Le renforcement de l'activité physique adaptée au sein de l'établissement est aussi un moyen de renforcer cet accompagnement. Des **actions régulières de prévention** dans les structures de psychiatrie et d'addictologie sont organisées, comme, par exemple, des temps collectifs en CATTG : « et si on parlait de sa santé ? ».

Les actions à mettre en place

- Identifier les vulnérabilités et facteurs de risques majeurs de nos patients (hospitalisés et ambulatoires) afin de leur proposer des dépistages de pathologies somatiques
- Renforcer l'équipe CAP pour généraliser cet accompagnement en ambulatoire et temps partiel (HDJ)
- Intégrer les bilans dans les projets de soins personnalisés
- Développer des programmes d'éducation thérapeutique mixtes psychiatrie / addictologie / somatique

Renforcer la coordination avec les acteurs de santé du territoire

L'établissement ne dispose pas de plateaux techniques spécialisés, il est donc essentiel de construire des **parcours somatiques protocolisés** (cardiovasculaire, métabolique, infectieux...) avec les hôpitaux généraux de notre territoire.

Nos échanges avec les CPTS et la présence de certains de nos CMP au sein de pôles de santé de libéraux, sont des opportunités pour renforcer encore nos **partenariats avec les médecins traitants et les spécialistes de ville**. Les **lettres de liaisons** conjointes psychiatrie, addictologie et santé somatique sont des relais essentiels de prise en charge

entre professionnels de santé. Les partenariats avec les **officines de ville** sont aussi des leviers importants pour sécuriser les traitements de nos patients à l'extérieur de notre établissement.

La spécificité clinique de nos patients suivis en psychiatrie rend **parfois difficile l'analyse des plaintes somatiques**, il est donc important de pouvoir sensibiliser les professionnels de santé de ville ou aux urgences sur cette particularité. Tout comme, il est vraiment essentiel de bien explorer ces plaintes et de **toujours éliminer une cause somatique** dans le cadre d'une décompensation psychiatrique.

Les actions à mettre en place

- Mettre en place des parcours somatiques protocolisés pour les pathologies complexes avec les hôpitaux généraux
- Renforcer nos partenariats avec les professionnels de santé de ville (dont les officines) et les sensibiliser aux spécificités de nos patients
- Veiller à la transmission des informations entre professionnels de santé pour éviter les ruptures de prise en charge

Renforcer les compétences des équipes

L'**approche globale de nos patients** est un objectif majeur de notre projet d'établissement. Il est donc essentiel de développer une **culture de triple approche psychiatrie / addictologie / somatique**. Nos infirmiers qui détiennent leur diplôme d'état ont une formation initiale somatique qu'ils doivent entretenir, tout particulièrement dans le champ de la prise en charge des urgences vitales mais aussi sur l'analyse des constantes. Ces dernières doivent entraîner des réflexes d'exploration infirmière et d'alerte médicale de nos somaticiens.

Nos infirmiers, tout particulièrement, doivent être formés au **repérage des pathologies somatiques** afin de pouvoir adresser des demandes au service somatique de l'établissement. Les **outils de dépistage standardisé** ont tout intérêt à être systématisés et intégrés aux protocoles de soins (indice de

masse corporelle (IMC), tension, glycémie, ECG, etc.). Les équipements biomédicaux doivent pouvoir être régulièrement adaptés et intégrés dans les pratiques. **Des alertes et des rappels automatisés** relatives aux évaluations et réévaluations (douleur, antibiothérapie, etc.) doivent pouvoir être programmés dans le dossier patient informatisé pour aider nos professionnels. Par ailleurs, les professionnels doivent pouvoir être sensibilisés à l'intérêt de consulter et remplir le **dossier médical partagé (DMP)** de nos patients.

Le service somatique développe régulièrement des informations / formations auxquelles il est important de participer régulièrement. **L'exigence de formation continue sera renforcée** à la fois en psychiatrie et en médecine somatique.

Les actions à mettre en place

- Développer une culture de triple approche psychiatrie/addictologie/somatique de nos professionnels de santé
- Protocoller l'utilisation des outils standards de dépistage somatique
- Consulter et remplir le DMP systématiquement
- Développer une exigence de formation continue régulière dans nos domaines de compétence (psychiatrie et addictologie) combinés aux prises en charge somatiques

Indicateurs clés

- Taux de patients hospitalisés bénéficiant d'un bilan somatique initial tracé
- Taux de patients ambulatoires / temps partiel bénéficiant d'un dépistage somatique structuré
- Taux de projets de soins personnalisés intégrant un volet somatique
- Nombre de consultations ambulatoires de prévention (CAP) réalisées
- Taux de patients sous psychotropes à risque bénéficiant d'une surveillance somatique adaptée
- Taux de lettres de liaison intégrant les dimensions : psychiatrique et/ou addictologique et somatique
- Nombre de patients bénéficiant d'une action d'éducation thérapeutique mixte psychiatrie / somatique
- Taux de professionnels formés au repérage somatique, aux urgences vitales et à l'analyse des constantes
- Taux de patients pour lesquels le DMP est consulté ou alimenté



Mots des infirmiers

positionnement horizontal
usager au centre de sa pec
soins psychiques coordination
échange
écoute active
humanité
soins
accompagnement
soins
éducation
communication
écoute
bienveillance
empathie
soin relationnel
éducation thérapeutique
métier
soignant
soins
réseau
soutien
humain
projet de vie
observation
clinique
coeur
informations
prise en soins
horizontalité

Consolider et renforcer le déploiement de la pharmacie clinique

Le renforcement de la pharmacie clinique s'inscrit dans une **démarche d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse**, au regard de la fréquence des poly-prescriptions, des traitements prolongés et de la vulnérabilité somatique des patients.

En effet, il est essentiel de sécuriser les prescriptions (psychotropes, interactions, effets indésirables), d'améliorer l'adhésion thérapeutique, de prévenir l'iatrogénie médicamenteuse, d'intégrer les enjeux somatiques (métaboliques, neurologiques, cardiovasculaires), de soutenir les équipes dans la décision thérapeutique et dans la recherche et l'innovation sur les thérapeutiques médicamenteuses.

Pour cela, **deux axes** sont identifiés : la sécurisation médicamenteuse et le développement de la pharmacie clinique au plus près du patient.

La sécurisation médicamenteuse

La sécurisation médicamenteuse est indispensable à la **qualité et la sécurité des soins**. Cette approche est évidemment d'ores et déjà déployée dans l'établissement mais il est nécessaire de veiller à son **amélioration constante** notamment en intégrant des nouvelles pratiques.

Notre expérience nous a permis de démontrer la pertinence des analyses pharmaceutiques systématisées (niveau 2 et 3 selon la HAS) au sein de notre établissement et nous souhaitons **accentuer la démarche** en proposant des protocoles de surveillance spécifiques (syndrome métabolique, allongement du QT¹⁶, interactions médicamenteuses), de la conciliation médicamenteuse visant à garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soin aux points de transition (admission, transfert, sortie).

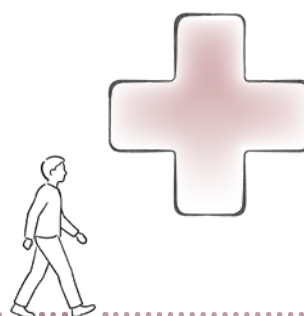
Sécuriser les traitements c'est aussi vérifier la per-

tinence des prescriptions grâce à des référentiels internes sur les bonnes pratiques en psychiatrie, la réévaluation des prescriptions, l'analyse des prescriptions hors AMM¹⁷ et enfin la contribution aux revues de morbi mortalité et lors des comités de retour d'expérience (CREX). Le **développement des compétences des équipes** via des formations / informations (comme, par exemple, le bon usage des psychotropes ou les interactions et effets indésirables), ou via la réalisation de revues thérapeutiques ou médicamenteuses, procède de la sécurité des utilisations des thérapeutiques.

L'articulation ville-hôpital, via la **coordination avec les pharmacies d'officine**, est aussi un point important en particulier au moment de la sortie des patients ou de leur admission en soins sous contrainte en particulier. Il est possible aussi de réaliser de la **télé-expertise** au profit des professionnels de santé de ville.

¹⁶**QT** : Intervalle mesuré sur un électrocardiogramme (ECG) : son allongement peut indiquer un ralentissement anormal du cycle électrique du cœur.

¹⁷**AMM** : Autorisation de mise sur le marché



Les actions à mettre en place

- Veiller à l'amélioration continue de la sécurisation médicamenteuse
- Déployer largement la conciliation médicamenteuse
- Déployer des référentiels internes régulièrement actualisés de bonnes pratiques en psychiatrie
- Proposer des revues thérapeutiques et/ou médicamenteuses
- Participer au développement des compétences des équipes en menant des actions de formation sur le risque médicamenteux
- Poursuivre les interactions avec les pharmacies d'officine
- Développer la télé expertise vis-à-vis de la ville

Le développement de la pharmacie clinique au plus près du patient

Les pharmaciens ont une place essentielle dans la prise en charge de nos patients. Il est donc important de les **intégrer au cœur des équipes** en les invitant à participer aux staffs cliniques ou, si le manque de temps complique la tâche, aux RCP de patients difficilement stabilisés.

Leur analyse pharmaceutique des prescriptions ciblées, leur accompagnement des psychiatres vis-à-vis des stratégies thérapeutiques ou encore la réflexion critique prenant en compte les traitements psychotropes et somatiques ainsi que les comorbidités addictives, constituent un précieux apport à la réflexion clinique.

La revue pharmaceutique est une évaluation systématique de la pharmacothérapie d'un patient d'un point de vue efficacité et sécurité en fonction des pathologies traitées. Elle s'inscrit naturellement dans le prolongement des activités d'analyses pharmaceutiques (valorisées par la traçabilité des interventions pharmaceutiques -IP-) et de conciliation médicamenteuse (avec IP également).

Le développement de la **pharmacie clinique au plus près des patients** peut se faire à travers des **entretiens pharmaceutiques** pour expliquer les thérapeutiques proposées, pour soutenir la gestion des effets indésirables ou encore travailler l'adhésion au traitement et l'intérêt de la bonne observance de leur traitement. Ces temps doivent

permettre de proposer des échanges simples entre le patient et le pharmacien. Un ajustement du vocabulaire scientifique et la vulgarisation des propos sont des éléments incontournables pour permettre à chaque patient d'intégrer les notions clés qui lui sont amenées singulièrement. Les actions **d'éducation thérapeutique (ETP)**, déjà bien enclenchées au sein de l'établissement via la participation aux programmes de réhabilitation psychosociale, doivent pouvoir être poursuivies, voire renforcées en particulier sur les psychotropes, les addictions ou les traitements somatiques associés. Le déploiement de cette approche inclusive de la pharmacie clinique pourra faire l'objet d'un ciblage progressif avec en priorité les unités d'admission, les patients complexes et les parcours d'addictologie.

Les pharmaciens représentent des clés importantes de l'accompagnement à la « **déprescription** » en lien étroit avec notre OMEDIT¹⁸ de référence. Un groupe de travail à la HAS, en lien avec Psychom, devrait produire un guide sur la déprescription, ce qui permettra de travailler sur une formation adaptée pour nos médecins. Dans le cadre du lien avec la ville, les médecins généralistes pourraient bénéficier de cette formation en particulier dans le cadre des prescriptions d'antidépresseurs pour lesquels on constate une surprescription en général et une initiation de traitement sans confirmation du diagnostic de dépression.

¹⁸OMEDIT : Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique

Enfin, nos pharmaciens sont essentiels au développement de notre capacité à participer à des réseaux de **centres investigateurs en recherche clinique**. L'autorisation de l'ARS sera sollicitée pour que notre établissement soit reconnu comme un site d'investigations. En effet, avec le développe-

ment d'essais cliniques décentralisés, les hôpitaux dits « périphériques » auront la mission de permettre à leurs patients d'accéder à des thérapies innovantes avant même leur mise sur le marché et donner ainsi à ceux qui le souhaitent le même niveau de chance que les patients proches des CHU.

Les actions à mettre en place

- Déploiement de la pharmacie clinique au cœur des équipes et au plus près des patients
- Renforcement de l'éducation thérapeutique au-delà des programmes de RPS
- Mise en place d'un travail avec les médecins autour de la déprescription
- Développer la capacité de devenir centre investigateur en recherche clinique

Indicateurs clés

- Taux de conciliation médicamenteuse aux étapes clés du parcours des unités identifiées comme prioritaires
- Taux d'analyses pharmaceutiques des prescriptions (niveau 2/3)
- Nombre d'événements indésirables médicamenteux
- Taux de prescriptions réévaluées régulièrement (spécifiquement antibiothérapie)
- Nombre de démarches de déprescription engagées
- Taux de patients bénéficiant d'un entretien pharmaceutique ou d'une action d'ETP
- Taux d'intervention pharmaceutique sur le projet thérapeutique individuel
- Taux de conciliation médicamenteuse de sortie transmise vers la ville



Vers des objectifs de prise en charge plus populationnels

Rendre plus lisible et continue la prise en charge ambulatoire en psychiatrie adulte

L'activité ambulatoire au sein de notre établissement représente environ 90%. Le virage ambulatoire a bien été pris et cette dynamique se poursuit. Elle représente donc une **part essentielle** des prises en charge en articulation étroite avec les partenaires du territoire.

Nos structures ambulatoires sont héritières de la sectorisation, ce qui a permis de disposer d'une répartition géographique de proximité particulièrement importante sur un territoire rural très peu doté en psychiatres libéraux. Il existe, en revanche, une importante **hétérogénéité** (fruit de l'histoire) dans les ressources consacrées à chaque territoire et dans les soins proposés. On constate d'excellentes initiatives dans chaque structure et il est possible de **s'appuyer sur celles-ci pour optimiser notre offre ambulatoire**.

Rendre plus lisible et accessible l'offre ambulatoire

Si l'établissement dispose d'une offre de structures diversifiées : CMP, soins renforcés à domicile, hôpitaux de jour, CATTG, équipes mobiles spécialisées (précarité, addictologie, périnatalité, adolescents), **elle pourrait encore s'étoffer** avec des équipes mobiles de crise, d'accompagnement au logement ou d'accompagnement à l'insertion professionnelle. Il existe des initiatives localisées sur ces thématiques telles que l'équipe mobile d'intervention rapide (EMIR) ou l'équipe d'insertion dans le Cotentin, ou encore l'infirmier d'accompagnement social pour l'insertion professionnelle à Saint-Lô. Il est à présent nécessaire **d'institutionnaliser ces belles initiatives** de manière équitable sur l'ensemble du territoire et de les structurer en termes de ressources et d'organisation.

Par ailleurs, notre hétérogénéité **rend plus diffi-**

cile la lisibilité de notre offre. Il est donc important de simplifier les modalités d'entrée dans le parcours. Pour cela, des **guichets uniques** type centre de soins ambulatoire en santé mentale regroupant l'accès à tous les dispositifs pourraient être formalisés. La **coordination avec le SAS psy** sera aussi essentielle pour réguler l'accès à notre offre de soins. En effet, au-delà de la lisibilité, les délais d'accès doivent pouvoir être diminués en dépit de la pénurie médicale. Il est nécessaire pour cela de **poursuivre notre travail sur l'accueil** (ex : IDE d'accueil au sein du CMP Pinel), sur la **priorisation et la gradation des prises en charge, ou encore sur les consultations non programmées**. Le soutien aux professionnels de santé de premier recours contribue par ailleurs fortement à l'amélioration des parcours (téléexpertise via Omnidoc, téléexpertise téléphonique via Psyline)

par les avis thérapeutiques et les conseils en matière de prescription donnés aux médecins généralistes du territoire.

L'idée aussi est de **ne pas faire tout converger vers les CMP**, qui sont d'autant plus embolisés que l'offre libérale est très réduite, voire inexistante dans certains territoires, et qu'il existe de plus en plus une **confusion entre psychiatrie et santé mentale**. Il est important de pouvoir se recentrer sur la psychiatrie et d'aborder le champ de la santé mentale avec des partenaires (médecins généralistes, psychologues libéraux, etc.).

Le développement de **programmes ambulatoires intensifs** (suivis rapprochés, soins à domicile, al-

ternatives à l'hospitalisation) et le renforcement des équipes mobiles pour intervenir **hors lieux de soins** (domicile, médico-social, lieux de travail) sont des axes de travail à explorer. Des **parcours spécifiques** peuvent être identifiés et organisés clairement pour les troubles sévères, les comorbidités addictives, les troubles du comportement alimentaire, les troubles du neurodéveloppement, etc.).

La lisibilité de l'offre passe aussi par la connaissance de celle-ci par les usagers. Des **permanences de pairs-aidants** pourraient s'envisager dans les CMP et l'accompagnement des familles / aidants dans la compréhension des parcours de soins pourrait se faire en lien avec l'UNAFAM.

Les actions à mettre en place

- Améliorer la lisibilité et l'accessibilité de notre dispositif
- Offrir le même niveau de prestations sur l'ensemble de notre territoire
- Structurer localement l'offre de soins pour permettre une gradation de l'intensité de l'offre auprès de l'usager, et répondre aux besoins individuels de chacun
- Recentrer notre activité ambulatoire sur la psychiatrie tout en adressant les personnes nécessitant des prises en charge de santé mentale à des partenaires
- Éviter le « tout convergent » vers les CMP en renforçant notamment les dispositifs « hors lieux de soins »
- Identifier des parcours spécifiques pour les troubles sévères
- Impliquer les usagers pour accompagner la lisibilité de notre offre et déployer le programme BREF

S'organiser pour permettre une continuité des parcours sans rupture

L'articulation entre les dispositifs ambulatoires, et entre ces dispositifs et l'extérieur, est un enjeu important pour la continuité des prises en charge. Plusieurs leviers existent pour éviter les ruptures. **L'organisation des liaisons avec la ville est essentielle**. L'établissement est en lien avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) dont la maturité reste encore hétérogène. La relation avec la CPTS du Cotentin est la plus forte à ce jour et peut servir de « laboratoire » pour la construction de notre relation avec les autres CPTS en devenir (Côte à Côte, Coutances, Saint-Lô).

La **transition lors des différentes étapes du parcours** doit pouvoir être sécurisée notamment lors du passage à l'âge adulte de nos patients suivis en pédopsychiatrie, des sorties d'hospitalisation, du suivi post-crise, ou du retour à domicile. Le lien entre les urgences, les unités temps plein et les structures ambulatoires est indispensable. Les **rendez-vous de sortie** doivent être systématisés et des **staffs réguliers de cas complexes** doivent être institutionnalisés. La **coordination interprofessionnelle** doit pouvoir être renforcée grâce aux infirmiers de parcours et/ou de case managers. Le **rôle des Infirmiers de Pratique Avancé (IPA)** est

particulièrement important dans le parcours ambulatoire car leurs compétences en santé mentale et dans le champ somatique permettent une approche globale et favorisent l'organisation de l'accueil et du suivi de nos patients.

Les **prises en charge en ambulatoire** doivent être

orientées rétablissement dans leur ensemble et doivent pouvoir s'appuyer sur le pôle de Réhabilitation Psycho-Sociale (RPS) lorsque c'est indiqué. Pour cela, il est important de renforcer nos liens avec le secteur social, médico-social et associatif et d'impliquer les **usagers et les aidants** (pair-aide et co-construction de parcours).

Les actions à mettre en place

- Renforcer les liens entre ville et hôpital
- Sécuriser les transitions entre les différentes étapes du parcours
- Renforcer la coordination interprofessionnelle entre temps plein, temps partiel et ambulatoire
- Positionner les IPA comme des piliers de nos structures ambulatoires et expérimenter les infirmiers de parcours et/ou les case managers
- Intégrer les soins orientés rétablissement en ambulatoire et travailler en lien étroit avec le pôle RPS

Encourager l'innovation dans les structures ambulatoires

Les équipes des structures ambulatoires seront encouragées à initier des **recherches**, tout particulièrement en sciences infirmières et en psychologie, et à **innover** grâce à la télémédecine, le suivi à distance (applications, messageries sécurisées) ou encore le déploiement de dispositifs innovants favorisant l'autonomie et l'engagement patient. Des outils tels que l'échelle PRIMO¹⁹ pour améliorer le repérage précoce des entrées dans la psychiatrie pourront être progressivement déployés par exemple.

¹⁹PRIMO : « Première Interview pour une Meilleure Orientation » : auto-questionnaire (en ligne) permettant de repérer les premiers signes de troubles psychiques, d'identifier une souffrance psychique débutante, d'orienter vers une prise en charge adaptée.

Cette approche de **l'amélioration continue**, via **les expérimentations**, devra être étayée par des études structurées sur le plan méthodologique et du recueil de données qui permettront d'analyser les résultats. Si ceux-ci sont probants, les pratiques pourront être généralisées au sein des différentes structures.

Des **journées « ambulatoires »** pourront être organisées au sein de l'établissement afin de favoriser les échanges et de partager les bonnes pratiques et idées des différentes structures.

Les actions à mettre en place

- Encourager la recherche au sein des unités ambulatoires
- Intégrer les nouvelles technologies dans les prises en charge
- Organiser des journées ambulatoires
- Encourager les expérimentations à condition que leurs données soient exploitables pour l'analyse des résultats et le partage avec toutes les équipes

Indicateurs clés

- Taux de patients réorientés hors du CMP suite à l'accueil
- Taux de patients adressés par les médecins traitants
- Délais d'attente suite à la demande pour une première consultation (IDE / IPA / Médecin)
- Nombre de consultations non programmées
- Nombre de patients adressés via le SAS psy
- Taux d'intervention « hors lieux de soins »
- Nombre de RCP (par CMP) tenues avec les unités temps plein



Soins sans consentement : aller vers la prévention et des alternatives

à l'isolement et à la contention

L'établissement est dans une **démarche de recours strictement encadré et restreint aux soins sans consentement**, en particulier à l'isolement et à la contention. Le développement **d'alternatives thérapeutiques** est recherché, en renforçant les **compétences des équipes** et en **structurant un pilotage institutionnel** visant la réduction continue de ces pratiques, dans le respect des droits, de la dignité et de la sécurité des patients.

Pour cela, un effort particulier sera déployé dans le cadre de notre projet institutionnel sur la **prévention**. Celle-ci doit se faire à trois niveaux : **1. la prévention en amont pour éviter de placer le patient en soins sans consentement (SSC) ; 2. La prévention de l'isolement et de la contention pendant les séjours en SSC ; 3. Restaurer l'alliance thérapeutique après la contrainte et éviter la répétition.**

Organiser une prévention en amont des situations de rupture

Travailler en amont est indispensable pour éviter les crises conduisant aux SSC. L'objectif est **d'identifier les signaux faibles de décompensation** avec par exemple la mise en place de staffs de repérage précoce entre les CMP, avec les consultations post-urgence (CPU) et les unités d'hospitalisation. La mise en place **d'alertes** en lien notamment avec les partenaires intervenant auprès du patient (médecin traitant, secteur médico-social, famille) et d'un suivi intensif temporaire (de type « équipe mobile d'intervention rapide (EMIR) » comme à Cherbourg) sont des leviers importants à renforcer.

Le **suivi ambulatoire intensif** via des consultations longues, des rappels systématiques, des programmes psychoéducatifs, doit pouvoir être proposé afin **d'éviter l'escalade vers des mesures coercitives**. La construction avec le patient d'un **plan de crise individualisé** dès le suivi en ambula-

toire ou lors des hospitalisations libres est un atout important pour gérer les situations de décompensation conformément au souhait du patient. **L'outil « Mon GPS »** (guide prévention et soins) est utilisé pour élaborer les **mesures anticipatoires de psychiatrie** mais il pourrait être simplifié pour certains patients car il est assez difficile d'utilisation.

Par ailleurs, un travail important de la filière urgences a pu montrer **toute l'importance d'une bonne évaluation et orientation dès la première crise**. L'unité d'accueil d'évaluation et d'orientation (UAEO) de Saint-Lô a mis en place ce dispositif et a montré qu'une prise en charge précoce adaptée de type **centre d'accueil de crise (CAC)** et l'élaboration d'un plan de soins précocement permettent d'éviter les crispations, l'escalade et in fine les SSC. Un deuxième CAC sera mis en place au sein du territoire du Cotentin.

Les actions à mettre en place

- Mise en place de staffs de repérage précoce (CMP / CPU / Hospitalisation)
- Formalisation d'un protocole de suivi ambulatoire intensif
- Élaboration d'alertes sur les décompensations en lien notamment avec les partenaires intervenant auprès du patient
- Utilisation large de l'outil GPS (en le simplifiant si besoin)
- Mise en place d'une EMIR au sein du territoire centre
- Utilisation de centres d'accueil de crises (CAC) pour favoriser l'évaluation et l'orientation et éviter les SSC

Prévenir le recours à l'isolement et à la contention

Le positionnement institutionnel est clair quant à l'isolement et la contention qui doivent rester des **mesures de dernier recours**, strictement encadrées par la loi. Lorsqu'elles sont nécessaires, elles doivent s'inscrire dans une démarche de **respect des libertés individuelles et de la dignité** ainsi que de **proportionnalité et de traçabilité**.

L'établissement a un taux deux fois moins élevé que la moyenne nationale en termes d'isolement et a un recours très exceptionnel à la contention. Cela étant, l'objectif est de toujours réaffirmer cette **volonté de tendre vers le « zéro » contention** et d'utiliser **l'isolement le plus rarement possible**.

Les **alternatives à ces mesures** doivent encore être renforcées grâce à la recherche de l'alliance thérapeutique, aux techniques de désescalade verbale et comportementale, aux approches non médicamenteuses (médiations, présence renforcée), au renforcement des effectifs si nécessaires dans les moments critiques, ou encore à la mise en place de temps d'hypostimulation (espaces d'apaisement).

La prévention de l'isolement et de la contention c'est aussi **comprendre pourquoi la crise survient** et en particulier, si celle-ci a une cause somatique qu'il est important d'éliminer systématiquement (troubles neurologiques, métaboliques, cardio-vasculaires, douleurs intenses, iatrogénie, etc.). La surveillance somatique et psychiatrique est essentielle avant, pendant si cela devient effectif, et après la mesure.

Pour accompagner les professionnels dans la mise

en œuvre de ces techniques, il est important de mettre en place des leviers organisationnels tels que le déploiement de **protocoles institutionnels de réduction des pratiques restrictives**, **l'analyse systématique des situations** ayant conduit à une mesure (revues de cas ou réunions trimestrielles avec les patients ayant vécu ces situations) et enfin la mise en place **d'indicateurs de suivi et de pilotage** (taux, durée, récurrence) partagés avec les équipes. Un **comité participatif** incluant les patients pour la co-construction des règles en matière d'isolement pourrait être mis en place à l'échelle de l'établissement (incluant l'ensemble des structures dédiées aux SSC). La **formation** est tout aussi indispensable pour permettre aux soignants d'être sécurisés. La formation OMEGA²⁰ a été mise en place pour l'ensemble des unités et actuellement 50% sont déjà formés. L'objectif est d'atteindre 100%. Pour cela, deux infirmières ont été pressenties pour bénéficier de la formation des formateurs. D'autres formations pourront être proposées comme celle proposée suite à l'étude PlaidCare²¹, ou d'autres sur le sujet de la médiation ou de la neuropsychologie de la crise. Enfin, l'accompagnement vers la **montée en compétences des professionnels sur le droit des patients** est important pour renforcer la compréhension de la nécessité de modifier certaines pratiques (usage du « pyjama bleu », utilisation du téléphone par les patients, etc.). Il est à noter que cette connaissance juridique permet aussi aux **soignants de connaître les limites pour les patients** (exigences infondées, violences physiques, etc.) et d'envisager **l'équilibre avec leurs propres droits**.

Les actions à mettre en place

- Poursuivre l'application du principe selon lequel l'isolement et la contention sont des mesures de dernier recours
- Tendre vers le « zéro » contention et des taux très faibles d'isolement
- Mettre systématiquement en place des mesures alternatives
- Éliminer systématiquement une cause somatique face à une situation de crise
- Harmoniser le cadrage et les procédures des mesures coercitives sur l'ensemble des territoires
- Assurer un suivi rigoureux des indicateurs
- Mettre en place un comité participatif incluant des patients pour l'élaboration des règles d'isolement et de contention
- Renforcer la formation de nos professionnels de santé

Restaurer l'alliance thérapeutique après la contrainte et éviter la réitération

La place du patient et de ses proches est très importante dans la **gestion de la post-crise**. Si le patient a été informé à chaque étape de sa prise en charge, il pourra plus facilement gérer la suite de son parcours de soins et l'alliance thérapeutique n'aura pas été totalement rompue. Il est nécessaire de plus, de recueillir son vécu et de l'analyser avec lui. Le **débriefing post-isolement** pourra être réalisé avec une **fiche standardisée** (ressenti du patient, compréhension de la mesure, propositions d'amélioration, traçabilité systématique, etc.) afin de pouvoir mieux exploiter les résultats pour favoriser l'**amélioration continue** de nos pratiques.

Le patient peut aussi en échanger avec des **pairs-aidants** qui ont vécu ce type d'expérience et qui ont réussi à cheminer vers la stabilisation et le rétablissement. On peut aussi utiliser ce moment pour formaliser des **mesures anticipatoires de psychiatrie**, si cela n'avait pas été fait préalablement, en capitalisant sur le retour d'expérience de

cet épisode.

A l'issue de l'épisode qui a conduit à des mesures coercitives, des **activités à visée d'apaisement** doivent être proposées (expression, dialogue, entrée douce en relation, ergothérapie, médiation animale, etc.).

Au niveau institutionnel, il est nécessaire **d'ancrer une dynamique d'amélioration** continue pour éviter la réitération. La **commission de suivi des pratiques** d'isolement / contention actuellement en place a un rôle important pour comprendre ce qui a généré la crise et pourquoi la mesure a été appliquée. Le **service qualité et gestion des risques** est particulièrement attentif au respect des bonnes pratiques. Des **audits réguliers** doivent être conduits. Enfin le **partage des données** avec les équipes et dans les instances doit permettre l'analyse collective des pratiques.

Les actions à mettre en place

- Informer le patient à chaque étape de sa prise en charge
- Proposer systématiquement au patient des débriefings en post-crise et les tracer via des fiches standardisées
- Utiliser les retours d'expérience (RETEX) des patients pour réaliser une amélioration continue de nos pratiques
- Mettre en place des activités à visée d'apaisement en post-crise
- Disposer de pairs-aidants pour accompagner les patients
- Capitaliser sur le RETEX des crises pour élaborer ou compléter les mesures anticipatoires de psychiatrie
- Faire un suivi avec la commission de suivi des pratiques et réaliser des audits réguliers à partager avec les équipes et les instances de l'établissement

²⁰OMEGA : Méthode structurée de gestion et de prévention des situations de violence et d'agressivité, largement utilisée en psychiatrie.

²¹PlaidCare : Programme de recherche national en psychiatrie consacré au moindre recours à la coercition (isolement, contention, fermeture des unités).

Indicateurs clés

- Taux de recours à l'isolement
- Taux de recours à la contention
- Durée moyenne des mesures
- Nombre de patients concernés
- Taux de réitération
- Nombre de formations réalisées
- Taux de débriefings post-crise réalisés avec le patient

PTSM
Manche

Priorité 4 – Obj.24

Cette orientation s'inscrit dans les objectifs du PTSM visant à prévenir les situations de crise, à anticiper les décompensations afin de limiter le recours aux mesures de contrainte.

Renforcer la prise en charge des patients en situation d'urgence et de crise

L'établissement souhaite **renforcer la prise en charge des urgences et des situations de crise psychiatrique** en général, par la structuration d'une filière territoriale réactive intégrant des dispositifs dédiés (équipes mobiles, unités de crise), la consolidation des pratiques cliniques, et l'organisation d'un suivi intensif post-crise. L'enjeu se situe dans la **réduction des hospitalisations inadéquates** et la **diminution des soins sans consentement**.

Structuration de la filière « urgences et courts séjours »

Par la mise en place de la filière « urgences et courts séjours », le souhait est de **structurer une réponse rapide, coordonnée et graduée** aux situations de crise psychiatrique, garantissant sécurité, accessibilité et continuité des soins. Les deux défis dans les situations de crise sont **d'adapter le niveau de soins à la gravité et d'éviter les hospitalisations inadéquates**.

L'amélioration de l'accessibilité et de la réactivité de la réponse à l'urgence / crise repose tout d'abord sur l'articulation urgences / psychiatrie / ambulatoire / médico-social via une **bonne inter-connaissance** et des **procédures partagées avec le SAMU**. Le déploiement du service d'accès aux soins (SAS) filière psychiatrie sur le département de la Manche (**SASPsy50**) à partir de septembre 2026 va permettre une meilleure régulation des situations de crise urgentes, de pré-crise ou de situations non urgentes à orienter (utilisation d'une grille d'évaluation standardisée). La **télé-psychiatrie d'urgence** (en EHPAD, aux urgences, à domicile) pourra être protocolisée et utilisée avec l'accord du patient.

L'enjeu est de diminuer la pression aux urgences en évitant des passages qui peuvent être gérés autrement tout en garantissant une prise en charge globale (psychiatrique et somatique). En effet que ce soit aux urgences ou ailleurs, **toute crise éti-quetée « psychiatrie » doit prioritairement faire l'objet d'une élimination systématique de toute cause somatique**. Sur ce point, des actions de

déstigmatisation devront être organisées car trop souvent, la plainte somatique est négligée face à des patients connus comme ayant une pathologie psychiatrique.

Pour les patients que nous connaissons ou d'autres, adressés par leur médecin traitant sur la base de critères d'adressage, un **accueil direct** est organisé à l'unité d'accueil, d'évaluation et d'Orientation (UAEO) à Saint-Lô et sera développé sur le site de la Glacière à l'automne 2026. Cela permettra d'éviter des passages aux urgences sauf en cas de besoin d'un plateau technique somatique préconisé par nos médecins somaticiens. La **fluidité des échanges entre les services d'urgences et ces unités** est importante et un travail sur les transports sanitaires entre ces structures sera réalisé en partenariat avec les hôpitaux généraux et l'Agence Régionale de Santé (ARS).

L'accueil dans nos unités, intégrant des **centres d'accueil de crise (CAC)**, à savoir l'UAEO à Saint-Lô et l'unité Roubary en cours de transformation à la Glacière, pour une hospitalisation pouvant aller de 24 à 72h, permet une évaluation de la situation, un apaisement de la crise (notamment via des espaces apaisants) et une orientation vers un parcours de soins. Il est important de **tenir compte des différents âges de la vie** dans notre organisation. Pour les adolescents, le service Parenthèse, en cours de reconstruction et d'augmentation capacitaire, travaillera sur la gestion de la crise chez les adolescents en lien avec les services de pédiatrie

des hôpitaux généraux du territoire. Pour les crises dans le cadre de la périnatalité, une structuration de la filière est en cours. Enfin, pour les personnes âgées, un travail entre les CAC et la filière « psychiatrie de la personne âgée » sera réalisé.

Des travaux au niveau ministériel sont en cours sur le sujet des équipes mobiles de crise. L'établissement souhaite s'inscrire dans cette dynamique et répondra à des appels à projet pour déployer ce type de réponse. Des **hospitalisations de jour « aigües »** existent au niveau de l'unité Horizon à

Coutances et à la Glacière. Cette offre sera amenée à s'étendre comme alternative à l'hospitalisation complète.

Concernant les **consultations post-urgence (CPU)**, elles sont organisées à l'UAEO et à l'AMP à Saint-Lô, à l'APU à Cherbourg, mais pourraient être aussi organisées au sein de l'unité Roubaire en cours de transformation. Les CMP seront plutôt enclins à ouvrir des **créneaux de consultations non programmées** pour les situations non urgentes passées par le SAS psy 50.

Les actions à mettre en place

- Adapter le niveau de soins à la gravité de la crise
- Déployer le SAS Psy 50 en lien avec le SAMU et les acteurs du territoire
- Déployer la télé-psychiatrie d'urgence
- Éliminer systématiquement une cause somatique face à une crise psychiatrique
- Travailler sur les flux de transports des patients en crise
- Harmoniser l'accueil direct sur l'ensemble de l'établissement
- Déployer les CAC sur les deux territoires nord et centre
- Déployer des équipes mobiles de crise
- Augmenter notre capacité à accueillir nos patients en hospitalisation de jour aigüe
- Adapter la gestion de la crise aux âges de la vie (périnatalité, mineurs, personnes âgées)
- Organiser les CPU de manière harmonisée sur l'ensemble des territoires
- Formaliser les créneaux de consultations non programmées dans les CMP

La consolidation des pratiques cliniques

Le souhait est de **renforcer la qualité clinique pour la gestion des situations aigües** grâce à divers leviers. Des **protocoles standardisés de gestion de crise** pour les équipes, à travers l'ensemble de l'établissement, pourront être développés sur des thématiques comme l'agitation, le risque suicidaire, la décompensation psychotique ou encore les intoxications. La **diffusion des pratiques** de désescalade et de gestion non coercitive devra s'étendre, la formation des équipes sur l'urgence psychiatrique et l'urgence somatique pouvant entraîner des décompensations, devra être intégrée à nos programmes de **formation continue**.

La **capitalisation de l'expérience** est aussi une condition d'amélioration continue et de partage des compétences. Des **immersions croisées** pourront être organisées au sein de l'établissement

entre les différentes unités mais aussi au sein des urgences somatiques où se trouvent les antennes de psychiatrie. L'**analyse des pratiques professionnelles**, les **revues de pertinence** des prises en charge lors des crises et les réunions de coordination pluridisciplinaires (**RCP**) pour confronter les regards sont autant de bonnes pratiques à renforcer.

Le déploiement de **pratiques innovantes** sera encouragé comme, par exemple, la mise en place des thérapies brèves dans le cadre du centre départemental du psycho-traumatisme (CDPM) ou la mise en place de protocoles pour l'utilisation de la Ké-tamine IV dans les crises suicidaires résistantes ou enfin la remise en service de la sismothérapie. Les prises en charge dans le cadre des crises liées à un contexte de troubles du comportement alimentaire (TCA) seront travaillées avec les professionnels, en-

core trop peu rompus à ces troubles. Toutes ces pratiques feront l'objet d'informations vers l'ensemble de équipes de l'établissement, et de formations pour ceux qui seront amenés à les utiliser.

Les équipes doivent avoir le réflexe de **rechercher systématiquement l'existence de mesures anticipatoires de psychiatrie**, via la consultation du dossier médical partagé (DMP), du dossier patient informatisé et via l'interrogation du patient et de son entourage. L'objectif est de pouvoir orienter la prise en charge de la crise en fonction des souhaits du patient. La période de crise n'est pas le bon moment pour réaliser des mesures anticipatoires de psychiatrie si elles n'existent pas encore. Il est utile dans ce cas de bien tracer les réactions du patient

et les soins prodigués lors de la phase aiguë afin de pouvoir exploiter ces données en post-crise pour renseigner l'outil GPS (guide prévention et soins) d'anticipation après la crise.

Enfin, **l'implication des patients experts et médiateurs de santé pairs (MSP)** pour accompagner les formations des soignants est très importante afin que les professionnels puissent, à travers le prisme des patients, mieux comprendre ce que vit celui qui est en crise. Des **outils de simulation** se multiplient en ce sens, comme par exemple, se retrouver dans la tête d'un schizophrène envahi par des hallucinations. L'établissement explorera la possibilité de se doter de ce type d'outils.

Les actions à mettre en place

- Définir des protocoles standardisés de gestion de crise pour servir de guide aux professionnels
- Diffuser les bonnes pratiques de gestion de crise via la formation continue
- Capitaliser sur l'expérience (immersions, analyse de pratiques, revues de pertinence, RCP, etc.)
- Remettre en place la sismothérapie
- Développer et diffuser des pratiques innovantes (thérapies brèves, protocoles kétamine IV, TCA, etc.)
- Rechercher systématiquement les mesures anticipatoires de psychiatrie
- Impliquer les patients-experts et les MSP dans la formation des soignants
- Déployer des outils de simulation des pathologies en psychiatrie

L'organisation d'un suivi intensif post-crise

Assurer la continuité à la sortie de crise est indispensable si l'on veut éviter la réitération. Soit le patient est hospitalisé en sortie du centre d'accueil de crise, soit il est suivi en HDJ aiguë, soit il est suivi en ambulatoire avec une surveillance à domicile ou un rendez-vous en CMP au plus tard 15 jours après la sortie. Le suivi ambulatoire intensif peut faire appel à des **équipes de suivi intensif** (suivi renforcé à domicile – SRD - comme à Cherbourg) et nous souhaiterions expérimenter le suivi par des **cases managers**. Des **interventions apaisantes** en suivi de crise (ateliers) seront déployées sur l'ensemble du territoire.

Des innovations technologiques pourront être utilisées comme le **suivi numérique post-crise** (applications, alertes précoces) ou des **systèmes de coordination en temps réel entre acteurs** notam-

ment pour accompagner les patients vers des dispositifs sociaux (logement, précarité).

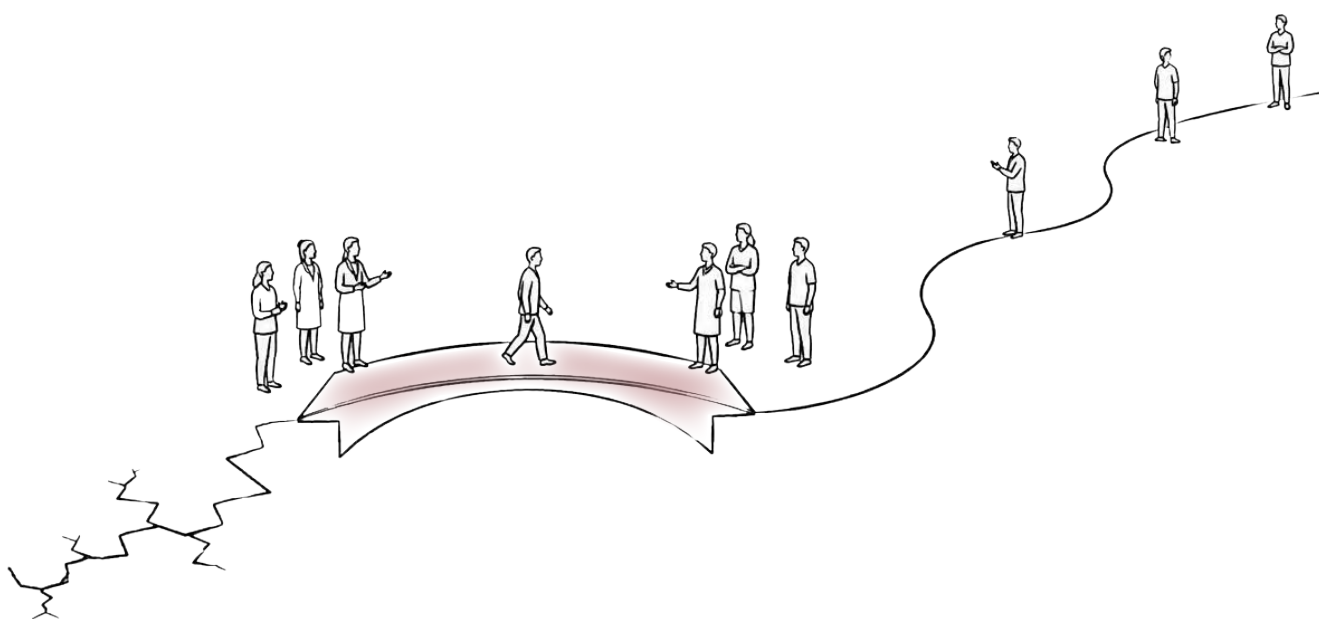
Les **proches et les aidants** impliqués dès la phase de crise, doivent pouvoir être accompagnés pour gérer la post-crise (adultes et mineurs), notamment à travers la construction ou l'adaptation en lien avec le patient du plan de soins (systématiquement réévalué à 6 mois) et des mesures anticipatoires de psychiatrie. Ces plans doivent intégrer à chaque fois les résultats du **débriefing avec le patient** à distance de la crise, dans un lieu neutre. Enfin, le « **Good Lives Model (GLM)** », qui tend à inciter le patient à acquérir de nouvelles ressources et à réduire le risque de récurrence, pourra être expérimenté. Il pourra être proposé aux aidants d'intégrer le programme **BREF**.

Les actions à mettre en place

- Assurer la continuité du suivi en post-crise
- Déployer de manière homogène des équipes de suivi intensif
- Expérimenter les cases managers
- Développer des interventions apaisantes
- Expérimenter le suivi numérique post-crise
- Proposer systématiquement au patient le dé-briefing à distance de la crise
- Impliquer les proches et les aidants dans la formalisation ou la révision du plan de soins et des mesures anticipatoires de psychiatrie
- Systématiser la réévaluation du plan de soins à 6 mois
- Tester le Good Lives Model (GLM) ou autres modèles susceptibles d'être développés dans les prochaines années

Indicateurs clés

- Taux d'activité du SAS Psy 50
- Taux de passages aux urgences récurrents
- Taux d'activité de chaque CAC
- Taux de réhospitalisation à 30 jours après une crise
- Taux de suivi post-crise en ambulatoire
- Taux de GPS
- Taux de professionnels formés à la crise au cours des 3 dernières années



Renforcer la prise en charge globale en addictologie

Le renforcement de la prise en charge globale et notamment des **comorbidités addictives** constitue un enjeu majeur qui conditionne fortement le **pronostic des patients**. Les comorbidités favorisent une augmentation des hospitalisations de tout type, une aggravation des troubles psychiatriques et une surmortalité élevée (overdoses, complications somatiques, suicides).

L'objectif est donc de développer des **prises en charges plus intégrées**, et donc plus efficaces, en considérant les troubles addictologiques, psychiatriques et somatiques dans une approche globale du patient.

Renforcer la capacité de dépistage et de suivi des addictions et de leurs comorbidités

Les **actions de prévention et de dépistage des addictions au sein du territoire** seront poursuivies avec une attention toute particulière concernant les **addictions en entreprise** étant donné les enjeux du projet «aval du futur» de l'entreprise Orano qui va générer un afflux important de travailleurs sur notre territoire dans les prochaines années. De la même manière, nous aurons une vigilance particulière à la prévention des **addictions chez les jeunes et en périnatalité** via le déploiement des Consultations Jeunes Consommateurs.

Le **dépistage des comorbidités** devra aussi se renforcer afin d'agir plus tôt et d'éviter la chronicisation et les décompensations. Pour cela, il peut être envisagé notamment l'organisation de **bilans multidimensionnels** (psychiatrique et/ou psychologique, somatique, nutritionnel, social). Le volet somatique pourra être développé au sein de

l'établissement (certains actes de niveau 1 seront possibles) suite à l'obtention de **l'autorisation de médecine** ou en partenariat avec la médecine de ville et avec les plateaux techniques spécialisés (endocrinologie, gastro-entérologie) des hôpitaux généraux, pour évaluer les complications addictives, le niveau de dénutrition et/ou les troubles métaboliques.

Au-delà de ces bilans, des consultations dédiées aux comorbidités pourraient être organisées afin de mieux orienter les patients pour la suite de leur parcours. Ces comorbidités peuvent être purement somatiques et/ou dans le champ de la santé mentale (pathologies duelles) comme les troubles du comportement alimentaire (TCA), les troubles de l'humeur ou des pathologies psychiatriques plus sévères par exemple.

Les actions à mettre en place

- Développer les actions de prévention et de dépistage des addictions en entreprise, chez les jeunes et en périnatalité
- Mettre en place des consultations dédiées aux comorbidités
- Mettre en place des bilans multidimensionnels pour dépister les vulnérabilités et les comorbidités des patients d'addictologie



Décloisonner les prises en charge

Le décloisonnement des prises en charge est une condition pour développer l'approche globale des patients en addictologie. Ce décloisonnement doit pouvoir se faire tout d'abord au sein de l'établissement notamment via des **lieux d'échanges interdisciplinaires, des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) dédiées aux comorbidités, des liaisons entre les unités d'addictologie, de psychiatrie et de pédopsychiatrie, et éventuellement des unités ou des programmes spécifiques tels que des hôpitaux de jour ou des groupes thérapeutiques mixtes.**

La nomination de référents « addictions » dans l'ensemble des unités de l'établissement permettrait de favoriser la prévention et le repérage.

Les **liens avec la ville** ont tout intérêt à être forts, il est donc important de travailler en étroite collaboration avec les CPTS du territoire. Cela permet de garantir la continuité des soins et d'éviter les rechutes notamment via des protocoles de suivi

post-hospitalisation et des relais.

Il est aussi indispensable de **s'inscrire dans les réseaux** tels que ceux des TCA (ESCAIM, CHU de Rouen, MADO), du psycho-traumatisme (CDPM), des violences intra familiales (VIF), etc.

Les **liens avec les plateaux techniques spécialisés** des hôpitaux généraux sont à maintenir voire à renforcer afin de garantir des continuités de parcours et des prises en charge adaptées pour les cas les plus complexes.

Ce décloisonnement permet de **renforcer l'interconnaissance** et de **fluidifier les échanges et les prises en charge**. La mise en place de **référents de parcours (case managers / infirmiers de coordination)** ou le renforcement et la **clarification du rôle des référents** du patient au sein des unités de soins comme garant de leur parcours pourrait permettre par ailleurs, de construire des parcours plus personnalisés pour les patients.

Les actions à mettre en place

- Mettre en place des référents addictions au sein de chaque unité de l'établissement
- Renforcer le lien avec les CPTS en matière de prise en charge des addictions
- Expérimenter les référents de parcours patients et retravailler la notion de référence
- Formaliser les interfaces et articulations avec les hôpitaux disposant de plateaux techniques spécialisés
- Décloisonner les échanges et les prises en charge au sein de l'établissement entre l'addictologie, la psychiatrie et la médecine somatique

Impliquer les patients et les pairs-aidants dans la co-construction des parcours et des projets

L'implication des patients et de leurs aidants permet d'améliorer significativement l'adhésion et l'efficacité des prises en charge. Dans cet objectif, les **patients experts et les pairs-aidants doivent pouvoir être intégrés** autour de la construction des parcours, du développement de l'éducation thérapeutique, des retours d'expérience sur les traitements en lien avec la pharmacie à usage intérieur (PUI) de l'établissement ou encore dans les projets de recherche et d'innovation (réalité virtuelle en addictologie, stimulation magnétique

transcrânienne répétitive, électroconvulsivothérapie, etc.)

La **co-construction de programmes spécifiques** doit être recherchée avec les usagers tels que les techniques cognitivo-comportementales (TCC) ou encore de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) pour les addictions et les troubles du comportement alimentaire (TCA), les thérapies motivationnelles ou encore la mise en place de groupes thérapeutiques au sein

de l'établissement pour prévenir les rechutes.

La généralisation des **livrets de bord ou d'outils de prévention individualisés** au sein des unités d'addictologie de l'établissement permettra aux patients de s'approprier leur démarche de soin en l'utilisant à chaque étape de leur parcours. Du point de vue des soignants, ce livret leur permet de mieux comprendre les ressources du patient, son ressenti vis-à-vis des soins mais aussi de mieux

anticiper les difficultés qui peuvent survenir via une bonne connaissance des préconisations en cas de crise et des personnes ressources.

Les aidants doivent pouvoir bénéficier du **programme BREF** en addictologie et pouvoir être mieux informés sur la nécessité de mesures. Ceci s'inscrit en complément des **groupes à destination des aidants** mis en œuvre au sein de la filière.

Les actions à mettre en place

- Mieux intégrer les patients et les pairs-aidants dans la construction des parcours, des programmes spécifiques ou encore des projets (expérimentations, recherche, innovations)
- Généraliser les livrets de bord de parcours ou les outils de prévention à destination des patients en addictologie
- Mettre en place le programme BREF en addictologie et renforcer les groupes aidants

Former les professionnels à l'approche globale

L'ensemble des soignants doit pouvoir être formé à l'arrivée mais aussi régulièrement au cours de la vie professionnelle, au **repérage des comorbidités psychiatriques et somatiques** et au dépistage systématique des **addictions avec substances ou comportementales** (jeux, numérique, sexe, TCA, etc.).

L'objectif est de **développer une culture commune** de l'intrication entre addictions, santé mentale et santé somatique et de favoriser le questionnement systématique de l'existence ou non de cette intrication.

Un **plan croisé de formation** pourrait aussi être envisagé en addictologie pour les équipes de psychiatrie et en psychiatrie pour les équipes d'addictologie. Par ailleurs, il pourrait être envisagé de **coupler une formation sur l'approche de santé globale avec la formation premiers secours en santé mentale (PSSM)** pour les nouveaux arrivants.

Enfin, la **réalisation d'une veille scientifique sur les nouvelles thérapeutiques, les sciences infirmières et les outils de soins** pourrait être organisée au sein du pôle « psychiatrie spécialisée, addictologie et santé globale » et faire l'objet de partages réguliers entre professionnels.

Les actions à mettre en place

- Développer une culture commune de la santé globale intégrant les addictions, la santé mentale et la santé somatique
- Explorer la possibilité de mettre en place des formations croisées
- Coupler la formation à la santé globale avec les PSSM à l'accueil des nouveaux professionnels
- Développer une veille scientifique au niveau des pôles et le partage des connaissances

Indicateurs clés

- Taux de patients suivis en addictologie ayant des comorbidités psychiatriques
- Taux d'unités de psychiatrie disposant d'un référent addictions
- Taux de dépistage des conduites addictives sur l'ensemble de notre file active en psychiatrie
- Taux de livrets de bord de parcours
- Taux de dépistage des TCA
- Taux de patients avec des comorbidités somatiques complexes
- Taux d'adressage des patients suivis en addictologie vers les plateaux techniques spécialisés en MCO

Mots des autres professionnels

ergothérapeutes | aides-soignants | secrétaires médicales | assistantes sociales | psychomotriciennes | responsables des Ressources Humaines | chargés de mission | accompagnants éducatifs et sociaux | coordinateurs | médiateurs de santé pair | infirmiers en pratique avancée | agents de soins | représentants d'usagers



Structurer une filière dédiée à la psychiatrie de la personne âgée

La **santé mentale des personnes âgées est souvent sous-estimée** et passée au second plan par rapport aux troubles cognitifs. Or, les personnes âgées sont confrontées à une accumulation de pertes, à des risques de surmédication, à des addictions et à un risque suicidaire sous-estimé. C'est pourquoi, il est souhaité la **structuration d'une filière dédiée et visible**. La formalisation d'une filière de psychiatrie du sujet âgé tout autant en intra-établissement qu'en extrahospitalier revêt une importance majeure face au vieillissement de la population en France et plus particulièrement dans la Manche.

Aujourd'hui l'établissement dispose de cette prise en charge spécifique avec une unité d'hospitalisation dédiée et une équipe mobile situées à Valognes. Ces structures peuvent ainsi représenter le point de départ de la construction de la filière qui devra couvrir l'ensemble du territoire de la Fondation.

Pour cela, une offre graduée reste à construire à trois niveaux : **1. La prévention et le dépistage ; 2. L'organisation des prises en charge de la personne âgée en psychiatrie ; 3. L'aval du parcours de soins.**

L'établissement se positionne comme **réfèrent territorial sur les troubles psychiatriques du vieillissement**.

La prévention et le dépistage

La prévention et le dépistage des troubles de santé mentale doivent pouvoir se faire avec les **partenaires de gériatrie au sein du territoire**. L'objectif est de développer une culture commune en organisant des formations mixtes ou des réunions cliniques conjointes, voire en constituant des équipes mobiles mixtes en mesure d'appuyer le maintien à domicile des personnes âgées tout en réalisant un dépistage de leur état psychique. Pour cela, la formation des professionnels de santé en contact avec les personnes âgées est essentielle pour apprendre à repérer les troubles psychiatriques, voire des addictions, et gérer les troubles du comportement.

Le lien étroit avec les hôpitaux généraux du territoire, les CPTS mais aussi les centres ressources territoriaux (CRT) et les EHPAD permettra de partager les critères d'identification des problématiques de santé mentale.

Il est cependant nécessaire de **corrélér ce dépistage psychiatrique à des évaluations gériatriques standardisées** (fonctionnelles, cognitives, iatrogéniques et sociales) afin d'être dans un continuum systémique des recommandations à faire aux médecins généralistes et aux psychiatres.

Il faut porter une attention particulière sur les actions de repérage de la **dépression** et du **risque suicidaire** et agir sur la **prévention de l'isolement**, la **prévention des chutes** et la **perte d'autonomie**. La **prévention autour des addictions** est aussi un levier important car elles sont souvent cachées et masquées par d'autres troubles. L'attention autour de la prévention du **risque médicamenteux** doit être particulièrement importante car l'iatrogénie est forte chez les personnes âgées avec des conséquences sur les troubles psychiques et les troubles du comportement. La **conciliation médicamenteuse et la déprescription** sont donc des leviers importants dans le cadre de cette filière.



Les actions à mettre en place

- Renforcer nos partenariats avec les acteurs de la gériatrie afin de favoriser le dépistage mixte des troubles somatiques, addictifs et psychiatriques
- Renforcer la prévention contre les addictions chez la personne âgée
- Proposer des formations aux professionnels de santé du territoire pour le repérage de la dépression et du risque suicidaire
- Renforcer la conciliation médicamenteuse et travailler sur la déprescription

L'organisation des prises en charge de la personne âgée en psychiatrie

La **filière de psychiatrie de la personne âgée** doit pouvoir s'organiser de manière **graduée** afin de s'adapter aux besoins de prise en charge de chaque patient : des consultations mixtes mémoire et troubles cognitivo-comportementaux, des équipes mobiles spécifiques de psychiatrie, type EMPPA et/ou des équipes mixtes gériatrie-psychiatrie, et enfin l'hospitalisation dédiée (unités adaptées ou lits identifiés).

L'**unité dédiée Ecalgrain à Valognes sera renforcée** tout en réfléchissant à des **lits dédiés à Saint-Lô**. Le renforcement de l'unité dédiée pourra se faire à travers le déploiement de nouvelles compétences (psychomotriciens, kinésithérapeutes) ou de nouvelles activités (thérapies psychosociales adaptées, activité physique adaptée, art-thérapie, etc.). Des **protocoles d'admission** pourront être mis en place ainsi que des **réunions de coordination pluridisciplinaires** entre les unités de l'établissement et avec les partenaires extérieurs.

L'équipe mobile dédiée aux personnes âgées de Valognes doit être requalifiée équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA²²). Une réflexion autour de la **constitution d'une autre EMPPA sur le centre** du département sera aussi envisagée.

La filière se doit d'être **très intégrative entre psychiatrie, gériatrie et médecine somatique** ; raison pour laquelle elle sera positionnée au sein du pôle « psychiatrie spécialisée, addictologie, santé globale ».

Les compétences de l'ensemble des professionnels de santé de l'établissement seront renforcées vis-à-vis de la prise en charge des personnes âgées car, même si une **équipe de soutien intra-hospitalière** pourra être mise en place, l'ensemble des unités reçoit des personnes âgées dans une prise en charge de premier niveau (le second niveau étant l'unité spécialisée dédiée). Les équipes doivent être **sensibilisées aux comorbidités** telles que les troubles neurocognitifs et les pathologies chroniques.

La **recherche et l'innovation** doivent être intégrées à cette filière. La **téléexpertise**, à partir des médecins de la filière, pourra être déployée vis-à-vis des médecins généralistes mais aussi vis-à-vis des psychiatres de l'établissement. Des travaux sur la **dépression du sujet âgé** ou sur la **médiation animale** sont des exemples de thématique de recherche.

Les aidants et les partenaires doivent être intégrés pleinement, en développant par exemple des **consultations dédiées pour les aidants** ou des **groupes d'accompagnement**. Les **familles doivent être associées au projet thérapeutique**. Quant aux partenaires, la filière doit être liée fortement aux réseaux gérontologiques, aux unités et dispositifs de gériatrie mais aussi aux structures médico-sociales.

²²EMPPA : Équipe pluridisciplinaire spécialisée qui intervient au plus près du lieu de vie de la personne âgée afin d'apporter une expertise psychiatrique, d'éviter les ruptures de parcours et de favoriser le maintien dans l'environnement habituel lorsque cela est possible.

Les actions à mettre en place

- Renforcer en compétences et activités l'unité dédiée Ecalgrain
- Travailler sur l'intérêt de place dédiées à Saint-Lô et/ou sur un mode équipe de soutien intra hospitalière
- Évaluer le besoin de créer une EMPPA au sein du territoire centre
- Sensibiliser l'ensemble des professionnels aux comorbidités des personnes âgées
- Développer des projets d'innovation (téléexpertise par exemple) et de recherche appliquée
- Mettre en place des dispositifs pour les aidants (consultations dédiées, groupe d'accompagnement)
- Participer aux réseaux de prise en charge des personnes âgées

L'aval du parcours de soins

Il est primordial de préparer la sortie de nos patients qui ne doivent pas rester dans notre unité dédiée en long séjour. C'est une **unité d'évaluation, d'orientation et de stabilisation** (accueil en court séjour des crises notamment) et il est très important de ne pas générer une institutionnalisation de nos patients. Des **protocoles de sortie** pourraient être travaillés en ce sens. Par ailleurs, le **sujet des soins sans consentement de la personne âgée** pourra être interrogé via notre groupe éthique et en lien avec le centre de ressources interrégional en psychogériatrie et psychiatrie de la personne âgée (CR3PA).

Pour ce qui concerne les **admissions en EHPAD**, il est constaté que le marquant « psychiatrie » est un obstacle en raison de la **stigmatisation** mais aussi en raison de groupe Iso-Ressources (**GIR²³**) bas car les patients peuvent avoir de bonnes capacités physiques mais un niveau d'autonomie psychique très dégradé. Il devient urgent, face au vieillissement de nos patients pris en charge en psychiatrie,

de disposer d'EHPAD avec un marquant fort « psychiatrie de la personne âgée ». L'appui contractuel de l'EMPPA devrait pouvoir permettre l'admission de nos patients vieillissants.

Les **dispositifs d'appui à la coordination (DAC)** ont des rôles importants sur lesquels nous pouvons nous appuyer en les impliquant le plus tôt possible pour qu'ils travaillent en parallèle de l'hospitalisation pour préparer la sortie du patient. Le **recueil du souhait du patient et de sa famille** est important afin de coconstruire la sortie et son parcours de prise en charge.

Il est important aussi de favoriser la mise en place de **directives anticipées** somatiques et de mesures anticipatoires de psychiatrie avec les patients mais aussi leurs aidants.

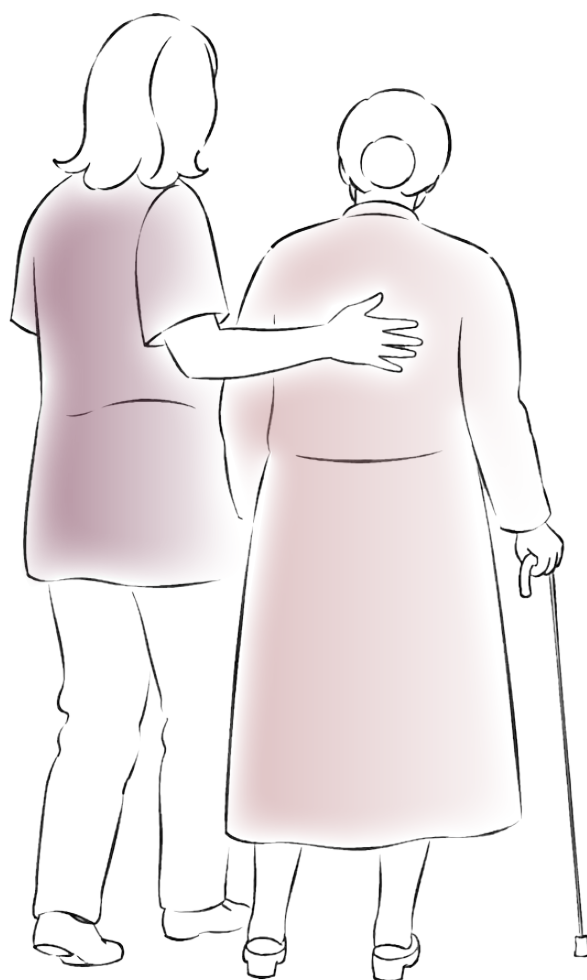
²³GIR : Il s'agit d'un outil utilisé en France pour évaluer le degré de perte d'autonomie d'une personne, principalement âgée, et déterminer son éligibilité à certaines aides, notamment l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Les actions à mettre en place

- Mettre en place des protocoles de sortie et impliquer les DAC précocement pour éviter les longs séjours
- Travailler sur la pertinence des soins sans consentement pour les personnes âgées
- Travailler sur l'accompagnement des EHPAD pour qu'ils prennent plus facilement des patients étiquetés « psychiatrie »
- Favoriser la rédaction de directives anticipées somatiques et des mesures anticipatoires de psychiatrie

Indicateurs clés

- Nombre de patients pris en charge dans la filière
- Nombre de situations repérées et orientées par les partenaires
- Taux de patients de plus de 65 ans bénéficiant d'une évaluation globale gériatrique et psychiatrique
- Nombre d'interventions des équipes mobiles (EMPPA)
- Taux de conciliation médicamenteuse chez les patients âgés
- Nombre de démarches de déprescription engagées chez les personnes âgées
- Taux de sorties avec parcours aval organisé (dont mobilisation des DAC)
- Taux de réadmissions non programmées à 30 jours



PTSM Manche Priorité 2 – Obj.17

Cette orientation s'inscrit dans l'objectif du PTSM visant à développer et structurer l'accompagnement des personnes âgées, en adaptant les prises en charge à leurs besoins spécifiques et en organisant des parcours de soins coordonnés.

Renforcer le parcours patient en psychiatrie, de l'enfant, de l'adolescent et de sa famille

L'établissement souhaite travailler sur le développement du **parcours patient en psychiatrie, de l'enfant, de l'adolescent et de sa famille** pour aller vers une logique **centrée sur le besoin de l'enfant, sa trajectoire et son environnement** dont il est intrinsèquement dépendant (famille, école, médico-social).

Pour cela, le souhait est de mettre en place des actions de **repérage renforcé**, des **coopérations étroites** avec les acteurs du territoire, une **implication forte des familles** et une **continuité des prises en charge jusqu'à l'âge adulte**.

Tout en capitalisant sur ce qui a été développé jusqu'à présent, le souhait est de mettre l'accent sur le **renforcement du repérage précoce et de la prévention**, l'articulation entre les différentes étapes des parcours, l'accompagnement des aidants et l'implication des patients, le développement d'une approche globale du sujet dans son environnement et enfin l'innovation et la formation.

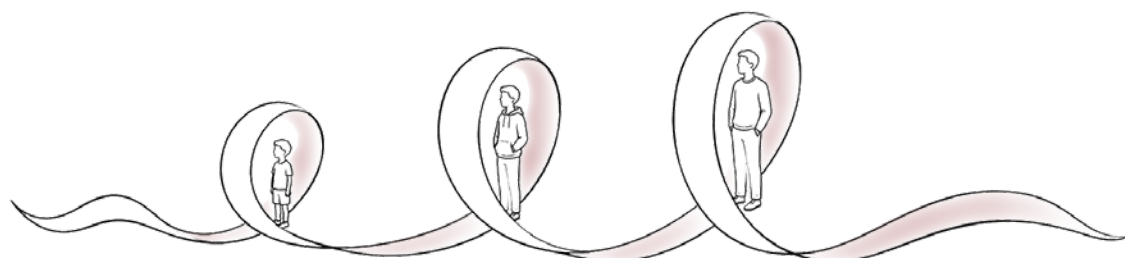
Renforcer le repérage précoce et la prévention globale

Le travail en **coordination étroite avec les acteurs de l'enfance** est indispensable pour permettre la structuration d'un repérage précoce au niveau des PMI, de la médecine scolaire, des pédiatres et des médecins généralistes. Pour ce qui concerne l'aide sociale à l'enfance (ASE), l'établissement souhaite s'impliquer plus fortement via par exemple, une **équipe d'appui à l'évaluation, à la prévention et à l'orientation** qui pourrait être mise en œuvre avec des partenaires sociaux et médico-sociaux. Lors de cette évaluation, un **bilan social systématique** devrait pouvoir être réalisé en impliquant les assistantes sociales.

S'appuyer sur une **démarche d'évaluation et d'orientation** plus dynamique devrait permettre une priorisation plus efficace afin d'éviter l'aggravation de certaines situations et l'installation de troubles durables. Des **plages dédiées de consultations** d'orientation pour les cas les plus urgents pourraient être mises en place structurellement.

Au-delà des troubles de santé mentale, les **évaluations somatiques** sont indispensables à une approche globale des patients. Des dépistages dentaires pourraient être organisés, des évaluations nutritionnelles, des adressages vers la pédiatrie ou la médecine générale facilités par des relations partenariales étroites avec les hôpitaux généraux et les CPTS du territoire.

Enfin, la prévention passe par les patients eux-mêmes et leurs familles. Des **actions de sensibilisation** seront conduites comme, par exemple, l'information sur les effets secondaires des traitements. La mise en place du **Théâtre de l'Opprimé Prévention (TO Prévention)**, notamment pour les 6-11 ans au sein d'écoles demandeuses par le biais de la formation de professionnels de l'Éducation nationale et de foyers de l'ASE, permettrait d'améliorer les ressources relationnelles de ces collectifs et ainsi de limiter la survenue de pathologies chez des sujets à risque.



Les actions à mettre en place

- Donner les outils aux acteurs de l'enfance pour repérer les situations à risque
- Expérimenter la mise en place d'une équipe d'appui à l'évaluation, la prévention et l'orientation auprès de l'ASE
- Demander un bilan social systématique pour les enfants de l'ASE
- Expérimenter des consultations d'orientation dédiées aux situations prioritaires
- Inclure l'évaluation somatique dans le PTI
- Mettre en place des actions de sensibilisation à la prévention pour les patients, notamment le Théâtre de l'Opprimé Prévention (TO Prévention), et pour les familles

Renforcer l'articulation entre les différentes étapes des parcours de soin

L'articulation entre les différentes étapes des parcours de soin sera d'autant plus aisée qu'il existe des **modules de prise en charge gradués et adaptables**. L'offre de soin, structurée en niveaux (Evaluation et orientation hors lieu de soin, suivi ambulatoire, suivi intensif en HDJ ou équipes mobiles, hospitalisation en pédiatrie ou en pédopsychiatrie), se doit d'être **lisible au regard des critères de chaque type de prise en charge**. Des **parcours types à destination des familles et/ou prenants soin de substitution** (anxiété, TND, troubles du comportement, crises) pourraient être formalisés et communiqués afin de mieux susciter la compréhension et l'adhésion des partenaires et des familles aux préconisations faites en PEA. Au-delà de ces parcours types qui sont seulement des références, les parcours pourront toujours être personnalisés et adaptés en fonction des situations. Le but étant toujours de proposer "le bon soin, au bon moment, au bon niveau d'intensité" tout en donnant des repères.

Il est important de bien clarifier les **modalités d'orientation et de réorientation** en lien avec nos partenaires et d'assurer la continuité des parcours. La mise en place de **référénts de parcours pour les situations complexes** pourrait être expérimentée, de référénts parents lorsque nécessaire ainsi que la **coréférence** avec le médecin pour chaque patient. Le déploiement de **concertations pluri-professionnelles élargies** et de **synthèses communes** avec les structures qui ont été identifiées pour prendre le relais est aussi indispensable à institutionnaliser notamment avec l'ASE mais aussi avec les acteurs du médico-social et les services de

pédiatrie. L'idéal serait même de pouvoir construire des parcours globaux santé-scolaire-social.

Les **équipes mobiles** sont des traits d'union entre le soin pédopsychiatrique, le domicile, le milieu scolaire, les structures médico-sociales et la pédiatrie. Elles font partie des dispositifs clés pour assurer l'articulation et la continuité recherchées. Elles réduisent les non recours et participent à la diminution des besoins en hospitalisation. Elles doivent cependant être bien pensées et ne pas se superposer à celles de nos partenaires comme les équipes mobiles médico-sociales ou la maison des adolescents. Il est important de bien clarifier le rôle de chacune des équipes.

Par ailleurs, la livraison du nouveau bâtiment et l'augmentation du nombre de lits et de places du service La Parenthèse, seront l'opportunité de structurer les **prises en charge en urgence en pédopsychiatrie** en lien avec la pédiatrie et le SAS psy en réfléchissant à des équipes de crises ou encore au développement de l'HDJ intensif. Le **GPS adolescents** en lien avec celui des parents et/ou substituts pourrait être déployé progressivement. De plus, un outil pourrait être construit pour les enfants. L'utilisation d'outils « filet de sécurité » pourrait être déployée dans le cadre de la crise suicidaire des enfants et des adolescents.

Enfin, l'articulation des prises en charge concerne la **transition du passage à l'âge adulte**. Des dispositifs charnières peuvent être envisagés et dans tous les cas, l'anticipation est indispensable telle que décrit dans notre protocole de transition.

Les actions à mettre en place

- Structurer l'organisation et bien définir les urgences pédopsychiatriques
- Clarifier les modalités d'orientation et de ré-orientation en pédopsychiatrie
- Expérimenter des référents de parcours pour les situations complexes
- Expérimenter la coréférence pour chaque patient
- Clarifier le rôle et le positionnement des équipes mobiles vis-à-vis des partenaires
- Mettre en place des RCP élargies et des synthèses de passage d'une étape à l'autre du parcours
- Déployer progressivement le GPS enfants-adolescents en lien avec celui des parents
- Renforcer la transition vers le passage à l'âge adulte
- Améliorer la lisibilité pour nos partenaires et pour les familles, des critères de prise en charge en pédopsychiatrie et des parcours possibles

Mieux impliquer le patient et sa famille

Les **parents** doivent être intégrés comme des **partenaires de soin** en prenant le temps de leur expliquer la situation de leur enfant au-delà du livret d'accueil PEA qui décrit l'organisation des prises en charge. Ils doivent pouvoir être accompagnés dans leurs propres souffrances si besoin afin de leur permettre de tenir cette place. Dans cet objectif, le développement de la **psychoéducation**, de **groupes de parole avec les parents** et de la présence de **pairs-aidants parents** est à travailler, ainsi que les **thérapies familiales** dans leur diversité et leurs innovations par exemple : thérapie multifam-

liale. Les **liens avec les associations de parents** sont à renforcer et le **programme BREF** est à proposer aux familles.

Les **patients**, même jeunes, doivent pouvoir **s'emparer de leur prise en soin et devenir acteurs**, en proportion de leur capacité à comprendre. Cette implication renforce l'adhésion et développe l'autonomie. Pour cela, le renforcement de **l'implication des patients** dans l'élaboration de leurs projets de soin et de leur plan thérapeutique individualisé est important.

Les actions à mettre en place

- Accueillir les parents comme des partenaires de soin
- Accompagner et orienter les parents dans leurs souffrances
- Déployer le programme BREF en PEA
- Renforcer nos liens avec les associations de parents
- Renforcer l'implication des jeunes patients dans l'élaboration de leurs projets de soin et de leur plan thérapeutique individualisé



Innover et former pour permettre une amélioration continue des parcours et des pratiques

L'amélioration de l'accessibilité et du suivi peut se faire à travers des outils ou des organisations innovantes mobilisant notamment le numérique. L'utilisation des téléconsultations, de la téléexpertise en appui de nos partenaires ou encore des outils de continuité des suivis tels que des applications peut être envisagée.

Le **renforcement des pratiques** peut se faire à travers notamment la **veille scientifique** via le site Cairn par exemple, la participation à des journées scientifiques, la recherche d'outils pour faire face aux dysrégulations émotionnelles des enfants et

des adolescents. Des **protocoles de recherche** pourront être construits sur des thématiques comme le refus scolaire anxieux, les pratiques institutionnelles, l'impact de la prévention.

Afin d'intégrer les innovations issues de ces travaux, de renforcer le pouvoir d'agir des soignants (ex : langue des signes française, supports en FALC, projet de suivi individualisé, psychoéducation) ou les nouvelles pratiques de soins déjà initiées, comme, par exemple, l'utilisation de la subjectivité de l'enfant (affinity therapy), les **professionnels doivent pouvoir être formés**.

Les actions à mettre en place

- Utiliser l'innovation organisationnelle, numérique et technologique pour améliorer l'accessibilité et le suivi des patients
- Mettre en place une veille scientifique au sein du pôle
- Proposer des protocoles de recherche
- Proposer de nouvelles formations aux professionnels afin de renforcer leur pouvoir d'agir et développer de nouvelles pratiques

Indicateurs clés

- Délai moyen d'accès à une première évaluation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, par type de qualification
- Nombre de professionnels partenaires formés au repérage précoce
- Taux de patients disposant d'un plan thérapeutique individualisé intégrant les dimensions psychique, somatique, familiale, sociale et scolaire
- Taux de situations complexes bénéficiant d'un référent de parcours identifié
- Nombre de RCP élargies ou synthèses partenariales réalisées
- Taux de familles associées à l'élaboration ou à la réévaluation du projet de soin
- Taux d'adolescents concernés par une transition vers l'âge adulte disposant d'un relais anticipé

Développer la filière de périnatalité

La périnatalité est à la **croisée de plusieurs enjeux** tels que la prévention précoce, la psychiatrie, la santé des femmes et le développement de l'enfant. De plus, cette approche ne s'adresse pas à un patient mais à un **trptyque** bien souvent composé de la mère, du père et de l'enfant.

Dans le cadre du projet d'établissement, **trois grands piliers sont à consolider** : la poursuite de la structuration de l'offre de l'établissement, le développement du travail en réseau et enfin le renforcement du pouvoir d'agir des parents.

La poursuite de la structuration de l'offre de l'établissement

L'établissement dispose à ce jour de deux ETAPP (Equipe Territoriale d'Accompagnement Périnatal de Proximité), une au nord du département et une au centre ; et pratique également la périnatalité en addictologie. L'objectif est de créer une transversalité entre ces dispositifs et une dynamique d'échanges des pratiques dans le cadre de la mise en place d'une filière.

Au sein de cette filière des activités pourraient être renforcées et d'autres développées. Le développement sera recherché du côté du **repérage précoce des vulnérabilités** qui entraîne des dépressions périnatales, des troubles anxieux ou encore des addictions. Les **interventions précoces**, dès la grossesse ou le post-partum immédiat seront encouragées. **L'enjeu pour l'enfant est de prévenir les troubles précoces et de sécuriser son développement, en réduisant les facteurs de risque d'émergence des troubles neurodéveloppementaux.**

De nouvelles capacités de prises en charge seront développées telles que des **places d'hospitalisation de jour mère-bébé**, travailler avec les maternités du territoire pour identifier des projets de prise en charge commune, explorer la possibilité de mettre en place avec l'ASE un dispositif de fa-

milles d'accueil thérapeutique. **Sur le plan structurel**, les lieux d'accueil des parents devront pouvoir être adaptés à la présence des enfants (salles d'attente avec jeux, toilettes enfants, tables à langer).

Pour ce qui concerne **l'hospitalisation complète en périnatalité**, l'établissement a passé une convention avec l'hôpital du Havre qui détient l'unité de recours régional. Il s'agit alors de formaliser les critères d'adressage et les conditions d'orientation vers cette structure et celles relatives au retour.

« **L'aller vers** » pourra aussi être renforcé avec par exemple des consultations avancées d'addictologie en maternité et en centre d'action sociale pour éviter la stigmatisation et améliorer le repérage ainsi que l'accès aux soins.

Il est nécessaire aussi d'envisager des **accompagnements spécifiques** pour les parents mineurs, pour les parents confrontés à un deuil périnatal ou à une grossesse interrompue, les femmes accouchant sous X, les parents d'enfants placés et enfin l'accompagnement des familles d'accueil.

Un **livret d'accueil** décrivant les prises en charge en périnatalité sera élaboré et distribué aux patients qui entrent dans la filière.

Les actions à mettre en place

■ Structuration d'une filière de périnatalité transversale au sein de l'établissement

■ Développement du repérage précoce des vulnérabilités

- Déploiement d'interventions précoces dès la grossesse ou le post-partum immédiat
- Création de places d'HDJ et exploration d'autres besoins du territoire
- Formalisation des modalités d'adressage vers le Havre pour les hospitalisations complètes de périnatalité
- Renforcer « l'aller vers » pour notamment toucher des publics qui n'accèdent pas spontanément au soin
- Mettre en place des accompagnements spécifiques
- Élaboration d'un livret d'accueil de périnatalité

Développement du travail en réseau

Le travail en réseau au sein du territoire est indispensable pour **assurer le continuum des prises en charge** et éviter les ruptures entre obstétrique, pédiatrie et psychiatrie. Il s'agit de mettre en place des **protocoles de coopération et d'orientation avec nos partenaires** tels que les maternités, les PMI, les libéraux regroupés en CPTS ou non mais aussi le secteur social et la protection de l'enfance. Au-delà de la formalisation de conventions, les **liens doivent être entretenus** de manière dynamique via des échanges réguliers, des immersions, des formations croisées avec les partenaires de l'accompagnement aux enfants et familles comme, par exemple, les CAMSP, les réseaux de périnatalité, les autres ETAPP du département, les PMI, etc.

L'intervention des ETAPP pourrait être articulée avec le **programme PANJO** (visites à domicile prénatales de sage-femmes et infirmières puéricultrices de PMI) pour travailler les liens d'attachement et développer le sentiment de compétences parentales.

L'objectif est aussi d'accompagner la **déstigmatisation et la compréhension des enjeux de la**

psypérinatalité auprès des acteurs du territoire des futurs parents ou des jeunes parents grâce à de l'information sur la périnatalité et de la formation des professionnels pouvant être amenés à prendre en charge ces patients afin d'homogénéiser les pratiques et de renforcer la vigilance collective. Un des leviers pourrait être de profiter de leurs événements (colloques, journées des sage-femmes, cafés parents, etc.) ou d'instances se réunissant dans le cadre de leurs réseaux (PESL de Cherbourg, réseau bas normand de psychologues de périnatalité, etc.).

L'organisation de **réunions de coordination pluridisciplinaires (RCP)** pour construire un parcours personnalisé de cas à risques élevés ou de **retours d'expérience pluridisciplinaires** suite à la gestion de situations complexes doivent pouvoir être instituées avec tous les acteurs impliqués en interne à l'établissement et en externe. A fortiori, il conviendrait de les systématiser dans toutes les situations à risque d'entrée dans la pathologie psychiatrique chronique ou déjà avérée d'un des parents avec les soins conjoints comme pivot.

Les actions à mettre en place

- Mettre en place des protocoles de coopération et d'orientation avec nos partenaires
- Organiser des RCP pour construire les parcours personnalisés de cas à risque élevé et des retours d'expérience pluridisciplinaires suite à la gestion de situations complexes
- Articuler les ETAPP avec le programme PANJO
- Accompagner la déstigmatisation et la compréhension des enjeux de la psypérinatalité de l'ensemble des acteurs du territoire
- Créer une dynamique d'échanges réguliers entre acteurs de la périnatalité
- Communiquer sur le travail réalisé en périnatalité (information du public mais aussi articles scientifiques)

Renforcement du pouvoir d'agir des parents

Le **soutien à la parentalité** est primordial pour favoriser le rétablissement et éviter le basculement vers la crise. Pour travailler sur le lien d'attachement ou les compétences parentales, des groupes de parole parents peuvent être mis en place, des programmes de soutien à la parentalité peuvent être proposés et la psychoéducation développée. L'objectif est de **renforcer les capacités des familles** plutôt que de se centrer sur la pathologie.

La **pair-aidance** est un levier efficace permettant de partager les solutions trouvées dans le cadre de la gestion des situations de crise liées au lien parent-enfant (gestion des émotions face aux cris du nourrisson par exemple). Des **groupes de parole** pour évoquer l'expérience des parents et des futurs parents entre eux sont aussi des outils de partages importants.

Impliquer l'entourage des parents est une démarche qu'il est utile de rechercher avec leur accord en impliquant la fratrie, la famille élargie ou la famille d'accueil dans la prise en soin.

Lorsque l'enfant est né, il est intéressant de **pouvoir permettre aux parents de consulter aussi sans leur enfant** en leur permettant de recourir à des structures d'accueil de leur enfant telles que le Service d'accueil et de répit (SAR) ou les crèches.

La construction du **plan ou projet de soin individualisé** doit se faire conjointement avec les patients. Lorsqu'ils sont à risque, il est important de les encourager à élaborer un **plan de prévention de crise** en leur permettant de proposer d'utiliser leurs compétences dans la gestion de leurs potentielles décompensations.

Les actions à mettre en place

- Renforcer les actions de soutien à la parentalité
- Développer la pair-aidance
- Mettre en place des groupes de paroles d'expérience parents
- Impliquer l'entourage des parents
- Faciliter la garde des enfants pour les consultations de parents seuls
- Impliquer les patients dans l'élaboration du plan ou projet de soin individualisé
- Encourager les plans de prévention de crise pour les patients à risque

Indicateurs clés

- Nombre de situations suivies dans la filière périnatalité
- Délai moyen d'accès à une première évaluation périnatale
- Part des prises en charge débutant pendant la grossesse ou le post-partum immédiat
- Nombre de consultations avancées ou actions « d'aller vers »
- Nombre de prises en charge en HDJ périnatalité
- Nombre de parents bénéficiant d'une action de soutien à la parentalité ou de psychoéducation
- Taux de patients à risque disposant d'un plan de prévention de crise

Réhabilitation psychosociale et inclusion : aller vers une psychiatrie orientée rétablissement

L'établissement dispose d'une offre de réhabilitation psychosociale (RPS) depuis une vingtaine d'années qui s'est construite progressivement et de façon hétérogène dans les différents territoires. Bien qu'ancienne, cette offre n'a pas le niveau de visibilité et de lisibilité qu'elle devrait, tant en interne qu'en externe. L'objectif est donc de diffuser dans l'ensemble de l'établissement une **approche orientée rétablissement** et de développer une **offre structurée de réhabilitation psychosociale** spécifique visant le rétablissement, l'autonomie et l'inclusion des patients.

Les trois axes de développement sont : **1. La promotion d'une approche intégrée du rétablissement (soin, logement, travail) ; 2. La construction de parcours adaptés à différents profils de patients ; 3. Le pouvoir d'agir des patients et de leurs aidants.**

La promotion d'une approche intégrée du rétablissement (soin, logement, travail)

L'approche intégrée commence tout d'abord par le fait de **penser la réhabilitation à toutes les étapes de la prise en charge des patients**. Il est nécessaire de se **projeter dans le projet de soins sur le rétablissement**, à plus ou moins court terme, après la phase de stabilisation. Les soignants doivent pouvoir mettre en œuvre des **pratiques orientées rétablissement** dans l'ensemble des unités tant au niveau de la posture soignante que de l'intégration de nouveaux outils (évaluatifs et thérapeutiques). Cela signifie de recentrer les pratiques sur la **personne**, ses capacités et son projet de vie, plutôt que sur la seule maladie. Il est donc important de diffuser cette culture du rétablissement.

Lors de l'accueil de nouveaux professionnels, la sensibilisation aux pratiques orientées rétablissement doit pouvoir faire partie de la **formation d'intégration**. En **formation continue**, des sessions internes pourraient être organisées grâce, par exemple, à la mise en place d'un **groupe ressources** pour sensibiliser et former le plus grand nombre.

Pour la construction du projet de soin et de rétablissement qui vise à **réduire le handicap psychique et favoriser l'inclusion**, il est important de **prendre en compte l'environnement de vie**. C'est central

pour évaluer les compétences psychosociales des patients. L'accès à un **logement**, ou la capacité à y vivre seul, sont des enjeux majeurs sans lesquels le risque d'institutionnalisation est extrêmement élevé. L'accès à des logements accompagnés, notamment via des équipes mobiles, doit pouvoir se faire.

Le souhait ou la capacité à **travailler** est aussi un élément moteur du rétablissement. Notre ambition est de développer des **parcours vers l'emploi**.

Il est donc primordial de **développer nos partenariats** avec les acteurs du logement, les collectivités territoriales, les acteurs de la réinsertion par le travail, et les acteurs du médico-social et du social. L'approche **interdisciplinaire** doit être systématiquement recherchée autour du projet individualisé de soin et de rétablissement.

Enfin les activités favorisant la **participation sociale** sont proposées via les Centres d'Accueil Thérapeutique et de Temps de Groupe (CATTG), les Hôpitaux De Jour (HDJ) orientés réhabilitation psychosociale, les associations ou encore les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) avec lesquels nous souhaitons renforcer nos partenariats.

Les actions à mettre en place

- Diffuser les pratiques orientées rétablissement dans l'ensemble des unités (temps plein, partiel et ambulatoire)
- Réaliser systématiquement un bilan fonctionnel dès l'hospitalisation
- Développer des partenariats (logements, travail, médico-social, social)
- Mettre en place un groupe ressources pour sensibiliser et former
- Renforcer nos liens avec les GEM

La construction de parcours adaptés à différents profils de patients

Les patients ont besoin de **soins et de rythmes différents** pour se rétablir. Il est donc nécessaire de proposer des **parcours différenciés** selon les besoins et le degré d'autonomie.

L'intégration de la réhabilitation dans l'ensemble des unités (temps plein, partiel et ambulatoire) permet d'assurer une intervention précoce et l'élaboration d'un projet individualisé. Pour cela, non seulement les équipes doivent être sensibilisées, voire disposer de **référents formés**, mais doivent aussi pouvoir s'appuyer sur des **équipes RPS mobiles** qui portent les outils RPS tels que la remédiation cognitive, l'entraînement aux habiletés sociales, la psychoéducation (patients et aidants) et les programmes de gestion des émotions et de prévention des rechutes. La formation des professionnels dans le domaine des Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) et de la neuropsychologie pourra être développée dans l'ensemble de l'établissement, au-delà même de la réhabilitation psychosociale.

La coordination de ces parcours individualisés, doit s'appuyer sur le **développement des Centres de Réhabilitation Psychosociale de proximité** existant sur le territoire de la Fondation. Ces Centres RPS s'appuient sur des structures de proximité (CATTG, HDJ, équipes mobiles) proposant l'accès aux outils spécifiques de la RPS (Remédiation cognitive, Education Thérapeutique du Patient, Entraînement aux Habiletés sociales, accompagnement des aidants) et non spécifiques, permettant le maintien de la participation sociale des usagers, ainsi que sur le portage de la **fonction de "case managers"** par une **équipe mobile** pouvant intervenir en ambulatoire ou en appui des équipes intra

-hospitalières.

En complément, la RPS doit structurer une **offre de soins graduée sur la question du logement** et de l'hébergement à travers des appartements thérapeutiques, le déploiement d'un **centre de réadaptation** (sur le site de Picauville) permettant une prise en charge plus longue, favorisant leur progression dans les habiletés sociales, dans leur capacité à vivre dans les logements autonomes ou accompagnés, et dans leur projet professionnel. Enfin, l'intégration des outils et concepts clés de la Réhabilitation aux unités d'accompagnement renforcé, prenant en charge les patients chroniques complexes, doit permettre de favoriser le maintien de leurs acquis.

Le **développement de la pluridisciplinarité et la diversification des compétences** (ergothérapeute, neuropsychologue, éducateurs, moniteurs d'ateliers) est nécessaire sur l'ensemble des structures RPS et en particulier sur les dispositifs d'accompagnement au logement.

Des **unités d'accompagnement renforcé** pour les patients chroniques complexes sont aussi intégrées dans le champ de la réhabilitation psychosociale car, même si ces patients ont une autonomie très limitée, ils peuvent progresser en acquérant une autonomie minimale et être accompagnés pour maintenir leurs acquis. Les outils RPS pourront être introduits dans ces unités et les compétences y être diversifiées (éducateurs, ergothérapeutes, moniteurs d'ateliers, etc.).

Les critères d'adressage dans ces différentes unités devront être clarifiés et communiqués à l'ensemble des professionnels des unités. L'équipe mobile de soutien aux professionnels pourrait aussi

être positionnée pour accompagner les orientations. Pour la coordination de parcours, le déploiement de « cases managers » pourra être expérimenté afin d'éviter les ruptures et sécuriser les trajectoires de vie.

Les actions à mettre en place

- Proposer des parcours différenciés selon les besoins et le degré d'autonomie
- Mettre en place des référents RPS formés au sein des services intra hospitaliers
- Disposer d'équipes mobiles RPS pour accompagner les orientations
- Mettre en place un centre de réadaptation à Picauville pour offrir une temporalité plus longue à certains patients
- Doter les unités d'accompagnement renforcé d'outils et de compétences RPS
- Expérimenter les « cases managers »

Le pouvoir d'agir des patients et de leurs aidants

Promouvoir le rétablissement, c'est **rendre le pouvoir d'agir** aux patients.

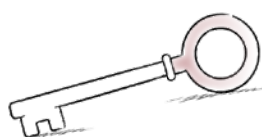
Pour commencer, il est essentiel de **coconstruire et de réévaluer régulièrement** le projet de soins et de vie **avec le patient et ses aidants**. Ils sont d'autant plus encouragés à participer activement lorsqu'ils bénéficient de l'exemple de **pairs-aidants**.

La pair-aidance est porteuse d'espoir et du message qu'il est possible de revenir dans la cité.

L'**expérience** des pairs et du patient lui-même est riche d'enseignement et favorise le pragmatisme et l'adéquation des réponses aux besoins des patients. L'établissement bénéficie d'un médiateur de santé pair salarié à Saint-Lô depuis deux ans. Sa participation aux différents dispositifs reste à structurer, car il était en formation jusqu'à présent, mais sa présence montre d'ores et déjà toute la pertinence de sa pratique au sein de l'établissement. L'ambition est de **recruter un médiateur de santé pair (MSP) à Picauville et un à Cherbourg**.

Les actions à mettre en place

- Coconstruire et réévaluer régulièrement le projet de soins et de vie avec le patient et ses aidants
- Développer le recours aux pairs-aidants au sein de l'établissement, dont 3 médiateurs de santé pairs salariés
- Utiliser le savoir expérientiel des patients et des aidants



Indicateurs clés

- Nombre de patients engagés dans un programme de réhabilitation
- Nombre de patients pris en charge au centre de réadaptation
- Taux d'accès à l'emploi ou à une activité
- Nombre de patients en logement accompagné
- Taux de ré-hospitalisation des patients suivis en RPS
- Taux de satisfaction des patients

Projet recherche et innovation

Faire de la recherche et de l'innovation un levier d'avenir

La recherche et l'innovation sont des leviers majeurs de la qualité des soins, de l'adaptation aux besoins des patients, de l'efficacité des pratiques et de la pérennité de l'établissement. Instituer une dynamique de renouveau à la fois dans le domaine clinique, stratégique, organisationnel et humain est la clé pour favoriser l'adaptation à notre environnement, l'intégration de nouvelles pratiques et de nouvelles technologies. Elle constitue enfin un facteur d'attractivité pour les jeunes générations de professionnels de santé.

De la connaissance à l'action

La recherche consiste à produire des connaissances nouvelles (comprendre des phénomènes, tester des hypothèses, générer des résultats scientifiques validés). L'innovation, quant à elle, consiste à mettre en application des idées nouvelles ou des connaissances, pour améliorer concrètement les pratiques. Les deux notions sont donc étroitement liées même si elles peuvent être indépendantes l'une de l'autre.

Développer une recherche ancrée dans notre territoire

L'établissement souhaite donc développer sa politique de recherche et d'innovation dans des champs qui sont les siens en tant qu'établissement de proximité intégré dans son territoire. Il apparaît important d'utiliser son identité propre et d'explorer ses spécificités afin de rayonner dans son périmètre d'activités et de répondre aux besoins spécifiques de la population dont il a la responsabilité.

3 axes d'action

- 1 Structurer sa politique de recherche et d'innovation**
- 2 Identifier clairement son positionnement scientifique en matière de recherche et d'innovation**
- 3 Utiliser les innovations numériques et technologiques pour mieux répondre aux enjeux du soin, de la prévention et de la coordination des parcours patients**

1 Structurer notre politique de recherche et d'innovation

La structuration de notre démarche de recherche et d'innovation (R&I) permettra à notre établissement d'être un **acteur reconnu sur les plans clinique et organisationnel**.

Le **développement de la culture R&I de l'ensemble de nos professionnels** est une première étape importante qui tend à agir simultanément sur les représentations, les compétences, l'organisation et la valorisation de ces activités. Le but n'est pas de mettre en place une élite de chercheurs mais de diffuser un réflexe collectif d'analyse, d'expérimentation et d'amélioration continue. La **recherche et l'innovation ne sont pas des activités annexes, mais des leviers d'amélioration des pratiques au quotidien**. Pour cela, il faut convaincre que la **R&I peut être accessible, compréhensible et non intimidante**. Il est essentiel que **l'ensemble de nos professionnels**, chacun dans leur champ de compétences mais aussi et surtout en interdisciplinaire, puisse proposer et déployer des projets R&I venant du terrain. La **reconnaissance des initiatives locales** doit être un critère important de notre politique R&I.

Notre politique doit donc tendre à organiser un environnement facilitateur en rendant visible et simple l'accès à l'information, l'accompagnement méthodologique et l'appui au montage et au suivi des projets. Il est nécessaire aussi que la gouvernance de l'établissement s'assure de la pérennité de cet accompagnement et notamment du fonctionnement de notre conseil scientifique et de notre co-

mité éthique qui ne doivent pas être dépendants des départs et arrivées des professionnels.

L'établissement doit se donner les moyens d'assurer un accompagnement solide et pérenne tout en étant réaliste sur l'utilisation de ses ressources. C'est pourquoi, afin de démultiplier sa capacité à mettre en place des projets ou à les suivre, il doit s'inscrire dans une démarche partenariale (plateforme régionale, CCOMS, GIRCI, etc.). Les partenaires peuvent apporter un soutien méthodologique, partager des données et de la bibliographie, favoriser des réseaux de recherche clinique décentralisée par exemple.

Enfin, la **valorisation et la reconnaissance de l'engagement** dans des projets R&I est essentielle. Cela peut se faire à travers des présentations institutionnelles des projets, l'organisation de journées R&I, la mise en lumière via des communications internes. La reconnaissance professionnelle sera mise en place aussi via l'inscription dans les parcours de carrière, le soutien à la publication et participation à des congrès, l'attribution de temps dédiés pour le projet donné après validation du conseil scientifique. Quant à l'établissement, lui-même, il peut valoriser cette activité via des **financements spécifiques attribués aux établissements de santé** pour soutenir des activités qui ne sont pas couvertes par les financements classiques. Il s'agit des Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation (MERRI).

Les actions à mettre en place

- Mise en place d'un département enseignement, éthique, recherche et innovation pour accompagner les porteurs de projets (définition des projets, méthodologie, préparation à la présentation au conseil scientifique, etc.)
- Adhérer à la plateforme régionale de recherche en santé mentale et à d'autres réseaux structurants
- Valoriser nos publications et communications via les financements des Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation (MERRI)
- Mettre en place des formations et informations sur la R&I à destination de nos professionnels (plans de formation, livrets d'accueil des professionnels, ateliers, RETEX)
- Accueillir des étudiants chercheurs, des doctorants dans différentes disciplines
- Identifier des référents R&I dans les pôles / filières
- Intégrer la valorisation et l'engagement R&I dans la politique RH

2 Identifier clairement le positionnement scientifique de l'établissement

en matière de recherche et d'innovation

L'établissement inscrit son positionnement vis à vis de la recherche et de l'innovation dans une **approche centrée sur la qualité de vie au quotidien des personnes accompagnées en psychiatrie et en addictologie**. Il vise à produire et diffuser des connaissances, des organisations et des solutions innovantes permettant d'améliorer concrètement les conditions de vie, l'autonomie et l'inclusion des patients. Pour cela, il souhaite tout particulièrement s'appuyer sur la **recherche en soins** en encourageant l'implication des personnels non médicaux à entrer dans cette dynamique mais aussi en s'appuyant sur une démarche participative intégrant les usagers comme partenaires R&I à part entière.

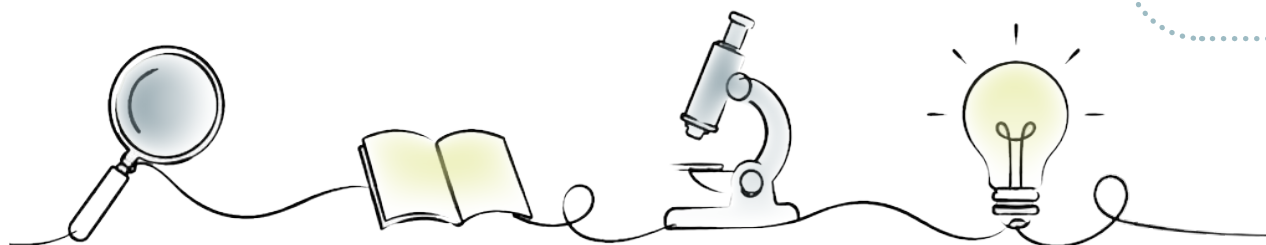
Les objectifs dans ce cadre sont : **1. Le renforcement de la qualité de vie des patients et des soignants dans leur quotidien au sein de l'hôpital ; 2. Le développement d'approches psychosociales innovantes ; 3. Le renforcement des habiletés des patients (notamment via l'éducation thérapeutique) en favorisant la compréhension de leurs pathologies, l'autonomie et l'adaptation au quotidien ; 4. L'adaptation des pratiques de soins aux évolutions de notre environnement (nouvelles théra-**

peutiques, nouvelles pratiques de consommation en addictologie, nouvelles demandes des usagers, désinstitutionalisation, etc.).

Le conseil scientifique veillera à accompagner des **projets de recherche et d'innovation rapidement utiles et concrets** qui rentrent dans la logique du projet médico-soignant (PMS). Ces projets s'inscrivent dans les disciplines de la psychiatrie à tous les âges, de la santé mentale des jeunes, de l'addictologie mais aussi des comorbidités somatiques de nos patients. Quelques exemples pragmatiques peuvent être autour de nouvelles organisations de la vie en unité (rythmes, activités, liberté), de dispositifs d'accompagnement à la vie autonome (éducation, parentalité, logement, emploi, mobilité), d'outils simples améliorant le confort (gestion du bruit, sommeil, repas) ou encore d'innovations en addictologie centrées sur la réduction des risques dans la vie quotidienne. Des travaux sur les thérapies visant à stabiliser plus rapidement et de manière pérenne les patients pourront aussi faire partie de nos priorités, seuls ou dans le cadre de réseaux de centres d'investigation.

Les actions à mettre en place

- Encourager la recherche pragmatique et l'innovation de terrain via notamment des appels à projets internes, via des espaces d'expression des idées et via des expérimentations organisationnelles
- Encourager la recherche en réseau et pluridisciplinaire
- Développer des projets en psychologie institutionnelle, sciences humaines et sociales (stigmatisation, rétablissement, inclusion)
- Impliquer les patients et les pairs (recherche participative, « patient partenaire »)
- Encourager la recherche paramédicale et en sciences infirmières



3 Utiliser les innovations numériques et technologiques pour mieux répondre aux enjeux

du soin, de la prévention et de la coordination des parcours patients

Les innovations, qu'elles soient numériques, technologiques ou organisationnelles, sont des leviers de transformation globale de notre établissement. Elles tendent à **améliorer les prises en charge et à faciliter le quotidien de nos professionnels**. Il est cependant nécessaire de toujours prendre du recul en conservant une **approche éthique et responsable de l'innovation**.

Les outils **d'aide à la décision clinique** fondés sur les preuves disponibles et adaptés aux situations individuelles ou de **médecine personnalisée** pourront être évalués comme, par exemple, l'utilisation de **l'intelligence artificielle** pour le traitement des données en vie réelle, ce qui permet de remettre les prises en charge dans leur contexte. A titre d'exemple, des outils se développent pour le repérage des rechutes en psychiatrie (analyse comportementale, données indirectes), des applications numériques de repérage précoce permettent aussi le dépistage des troubles psychiques ou l'identification des addictions.

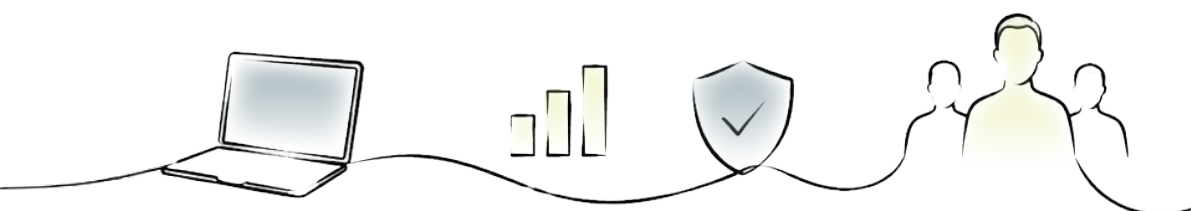
La **télémédecine** est une approche déjà bien connue en psychiatrie mais, même si elle a ses li-

mites, elle doit pouvoir permettre de faciliter la transversalité au sein de notre établissement multisites, mais aussi de renforcer le lien ville-hôpital. Les téléconsultations et la téléexpertise entre professionnels peuvent être utilisées pour le suivi de certains patients en psychiatrie et en addictologie mais aussi en appui aux urgences et aux professionnels libéraux. Le **télémonitoring** utilisant des dispositifs connectés et **applications**, pourrait être expérimenté pour le suivi de l'humeur, le sommeil ou encore l'adhésion thérapeutique en post-hospitalisation.

D'autres outils pourraient être expérimentés si les équipes le souhaitent : la réalité virtuelle en addictologie, l'éducation thérapeutique numérique, les parcours intégrés numériques (admission, soins, sortie, suivi) grâce aux portails patients, etc. La condition à ces **expérimentations est qu'elles soient toujours évaluées** à l'aide d'indicateurs et pérennisées ou abandonnées en fonction des résultats. Après avoir été testées, certaines applications pourraient, par exemple, être recommandées par notre établissement à nos patients.

Les actions à mettre en place

- Avoir une approche éthique et responsable de l'innovation
- Recueillir les données issues des expérimentations pour optimiser l'utilisation de nos ressources
- Mettre en œuvre des expérimentations à l'aide d'outils numériques pour améliorer le soin des patients et/ou faciliter le quotidien de nos professionnels



Comment mesurer nos avancées ?

Nombre de projets de recherche en cours, déposés ou validés par le conseil scientifique



Nombre de publications scientifiques, professionnelles ou institutionnelles

Nombre de communications en congrès, colloques ou journées scientifiques



Nombre de projets pilotés ou copilotés par des professionnels paramédicaux ou non médicaux

Nombre de projets innovants utilisant le numérique ou les technologies



Nombre de référents R&I identifiés dans les pôles ou filières

Nombre de projets associant des patients, aidants ou pairs-aidants



Nombre de projets conduits en partenariat ou en réseau



Projet culturel

La culture au service du rétablissement

Convaincu de l'impact bénéfique des pratiques artistiques sur la santé mentale, l'établissement inscrit la culture comme un vecteur de bien-être, d'expression et de lien social.

La culture constitue un outil privilégié pour :

- Favoriser le rétablissement,
- Soutenir l'expression et l'estime de soi,
- Renforcer l'inclusion dans la cité en y prenant sa place

Une dynamique culturelle portée par les équipes

Depuis près de vingt ans, la Fondation Bon Sauveur de la Manche développe des projets « Culture-Santé » dans le cadre des appels à projets financés par l'ARS Normandie, la Direction Régionale des Affaires Culturelles de Normandie (DRAC) et le Conseil Régional de Normandie. Les projets menés dans ce cadre constituent une première brique de l'ensemble des travaux culturels au sein de l'établissement.

Ces initiatives ne verraient pas le jour sans l'implication des équipes soignantes au sein des services. De nombreuses actions culturelles sont ainsi régulièrement initiées par ces professionnels et proposées aux patients.

Cette dynamique créative traduit la volonté constante de l'établissement de favoriser l'accès à la culture et la participation pour les usagers.

S'ouvrir au territoire pour enrichir les projets

Par ailleurs, depuis quelques années maintenant, une dynamique complémentaire est née au fil des rencontres avec les partenaires du territoire (Conseil départemental de la Manche, municipalités, tissu associatif, structures culturelles, partenaires artistiques locaux...). Des synergies se sont mises en place, permettant l'émergence d'actions culturelles et artistiques, toujours au bénéfice des usagers.

Structurer et amplifier la dynamique culturelle

Mise en place en 2025, la Mission Culture et Santé Mentale (MCSM) est venue renforcer l'implication de la Fondation dans le développement de l'accès à la culture et à la création artistique pour les usagers. Elle vise à développer, coordonner et valoriser l'ensemble des actions culturelles portées par les services du CHS. Elle s'inscrit en complémentarité des pratiques en psychiatrie en évolution permanente (réhabilitation psychosociale, pair-aidance, empowerment...).

5 axes d'action

- 1 Considérer la culture dans la prise en charge globale du patient
- 2 Favoriser l'accès à la culture et le respect des droits culturels
- 3 Lutter contre la stigmatisation et renforcer l'inscription dans la cité
- 4 Structurer et développer une offre culturelle partenariale et pérenne
- 5 Contribuer à donner une image attractive de l'établissement

1 Considérer la culture dans la prise en charge globale du patient

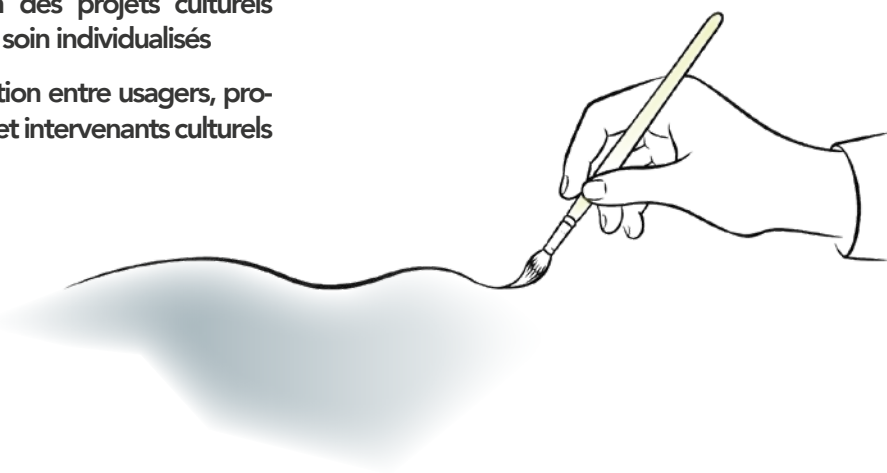
Les actions culturelles, menées conjointement avec les professionnels des services, participent pleinement à l'approche globale du soin à tous les âges.

Cette prise en charge globale se traduit d'une part, par une attention portée aux habitudes et besoins culturels et artistiques des usagers dès leur accueil, et d'autre part, par la pratique culturelle dans le quotidien des services. La mobilisation de ces leviers, complémentaires à celui du soin, permet d'accompagner les patients dans leur parcours de soin et de rétablissement.

Les pratiques artistiques favorisent l'expression, la valorisation personnelle, la cognition et la création de liens sociaux. Elles contribuent à replacer la personne au centre de son parcours, à la rendre actrice d'une place qui lui sied.

Les actions à mettre en place

- Développer les actions culturelles au sein des services et hors les murs
- Faciliter l'intégration des projets culturels dans les parcours de soin individualisés
- Favoriser la coopération entre usagers, professionnels de santé et intervenants culturels



2 Favoriser l'accès à la culture et le respect des droits culturels

L'accès à la culture constitue un droit fondamental. Il est essentiel de garantir cet accès aux personnes accompagnées en santé mentale, en tenant compte de leurs besoins et de leurs spécificités. Cette démarche s'appuie sur les principes énoncés dans la Déclaration de Fribourg sur les droits culturels (2007), qui affirme le droit de toute personne de choisir et d'exprimer son identité culturelle, d'accéder aux ressources culturelles et de participer à la vie culturelle de son choix. Elle s'inscrit également dans le respect des droits culturels reconnus par la loi NOTRe du 7 août 2015, et entend favoriser la participation de chacun à la vie culturelle, dans une logique d'inclusion et de citoyenneté.

L'enjeu est de proposer une offre culturelle accessible, diversifiée et adaptée, favorisant l'ouverture vers l'extérieur et la participation à la vie culturelle.

Les actions à mettre en place

- Diversifier les propositions artistiques et culturelles en s'appuyant sur les pratiques existantes
- Développer les sorties culturelles accompagnées
- Garantir l'accès à la culture pour les patients de tous âges
- Promouvoir et intégrer les droits culturels dans les pratiques professionnelles
- Accompagner l'émancipation culturelle des usagers durant et au-delà de leur prise en charge

3 Lutter contre la stigmatisation et renforcer l'ouverture sur la cité

La culture constitue un levier majeur de déstigmatisation de la maladie mentale. En valorisant les capacités créatives des patients et en favorisant les échanges avec le grand public, elle contribue à faire évoluer les représentations de la société et de l'utilisateur lui-même.

Les actions culturelles permettent également de renforcer la place des patients dans la société, en tant que citoyens, et de favoriser leur inclusion.

Les actions à mettre en place

- Organiser des événements culturels ouverts au public
- Valoriser les productions artistiques des patients
- Développer des actions favorisant la rencontre avec la population
- Contribuer à changer le regard sur la santé mentale

4 Structurer et développer une offre culturelle partenariale pérenne

Le développement du projet culturel repose sur une structuration claire et sur des partenariats solides avec les acteurs culturels du territoire. L'établissement s'inscrit dans les dispositifs existants (ARS / DRAC) et développe des collaborations avec des structures culturelles locales afin de renforcer la qualité et la diversité des projets proposés.

Dans ce cadre, la valorisation des équipements culturels de l'établissement constitue un enjeu important, notamment à travers le projet de réhabilitation du théâtre de la Fondation situé à Saint-Lô.

Les actions à mettre en place

- Continuer à structurer et coordonner les actions de la Mission Culture et Santé Mentale (MCSM)
- Développer et formaliser les partenariats culturels locaux (conventions)
- Accompagner les services dans leurs projets culturels, quels qu'ils soient, en fonction des besoins
- Poursuivre la veille et saisir les opportunités de financement de projets culturels en répondant aux appels à projets et appels à manifestation d'intérêt (AMI) proposés en région et au-delà (exemple Culture Santé - ARS / DRAC)
- Mettre en œuvre le projet de réhabilitation du théâtre de Saint-Lô



5 Contribuer à donner une image attractive de l'établissement

La culture est un sujet fédérateur favorisant la mobilisation de mécènes. La communication autour des actions culturelles contribue à donner une image dynamique de l'établissement, facilitant les recrutements. Les projets culturels menés sur le territoire génèrent un maillage partenarial permettant une interconnaissance au bénéfice des prises en charge. Par ailleurs, les pratiques culturelles contribuent à la déstigmatisation de la psychiatrie, y compris pour les patients et leurs aidants, apportant une image positive de la psychiatrie, favorisant l'ouverture et ainsi le recours aux soins.

Ainsi, le développement et la valorisation des actions culturelles participent à renforcer l'attractivité globale de l'établissement.

Les actions à mettre en place

- Poursuivre le travail collaboratif entre la MCSM et la Direction de la Communication et du Mécénat de la Fondation
- Poursuivre la montée en compétences de la MCSM en enrichissant ses connaissances dans le domaine de la culture (étude et échange sur les pratiques culturelles des établissements extérieurs, formation sur les droits culturels...)
- Participer aux actions culturelles, instances et temps d'échanges des partenaires du territoire pour maintenir et développer le lien et se tenir informé des actualités et opportunités qui se présentent (Office de diffusion et d'information artistique - ODIA, Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie - CDCA, ...)



Comment mesurer nos avancées ?

Nombre d'actions culturelles et artistiques réalisées



Nombre de services ou unités ayant intégré au moins une action culturelle dans leur activité annuelle

Nombre de patients participant à des actions culturelles, en intra ou hors les murs



Nombre de productions artistiques de patients valorisées : expositions, spectacles, lectures, publications

Nombre de partenariats culturels formalisés ou actifs : conventions, collaborations avec collectivités, associations, structures culturelles, artistes



Nombre de financements, appels à projets ou mécénats obtenus pour des actions Culture-Santé



Projet de gouvernance

Concilier les enjeux d'aujourd'hui et de demain

Le projet de gouvernance du centre hospitalier vise à renforcer sa capacité à concilier plusieurs dimensions telles que la qualité et la sécurité des soins, l'attractivité médicale, le pilotage stratégique des ressources, la modernisation de l'établissement, le décroisement entre ses territoires d'intervention, l'alliance entre proximité et recours et enfin le renforcement des partenariats.

Faire du collectif le moteur de la gouvernance

Pour relever l'ensemble de ces défis, il a été décidé d'impliquer plus encore le collectif et de développer une gouvernance plus participative par l'implication renforcée des soignants et des usagers et une ligne managériale qui gagne en autonomie.

6 axes d'action

- 1 Une gouvernance médico-soignante-administrative plus intégrée et plus opérationnelle
- 2 Une gouvernance de relais et d'autonomisation via la ligne managériale
- 3 Une gouvernance de pilotage par la donnée
- 4 Une gouvernance intégrant les usagers
- 5 Une gouvernance via des projets et de l'innovation
- 6 Une gouvernance s'appuyant sur des partenariats

1 Une gouvernance médico-soignante-administrative plus intégrée et plus opérationnelle

La vocation d'une gouvernance médico-soignante-administrative intégrée est de faire en sorte qu'il y ait une **logique unique entre le soin et la gestion**. Il est important de ne pas perdre de vue que le but ultime de notre établissement est de produire du soin de qualité au bénéfice de nos patients. Cela étant, cet objectif ne peut pas être atteint sans ressources. Il est donc essentiel que les deux se rejoignent et se comprennent afin de définir ensemble les priorités et les projets à conduire.

Les décisions doivent donc être prises en commun pour produire des objectifs stratégiques alignés et un travail coordonné. Pour cela, la transparence, via le partage d'informations et de données, et la compréhension commune des enjeux et contraintes de chacun sont primordiales.

C'est pourquoi, il est souhaité dans ce projet le renforcement de la parole médicale et paramédicale auprès de la direction du CHS.

Les actions à mettre en place

La création d'un poste (mi-temps) de directeur médical

en lien étroit avec la présidence de la Commission Médicale d'établissement (CME). Si la présidence de la CME a comme objectif de représenter la communauté médicale auprès de la direction de l'établissement et de donner son avis sur les questions médicales, la politique médicale d'établissement, l'organisation des soins, et les conditions d'exercice des médecins, son rôle est plutôt consultatif et représentatif. Tandis que le directeur médical a une responsabilité opérationnelle et stratégique dans la gestion médicale de l'hôpital. Il supervise l'organisation des soins, coordonne les équipes médicales. Il participe, aux côtés de la Présidence de CME et de la Direction du Centre Hospitalier, à la définition des politiques de santé. Ils veillent, ensemble à la qualité et à la sécurité des soins. Il est nommé par la direction après validation de la CME et accord du conseil d'administration de la Fondation. Il a un mandat de 5 ans mais cette fonction étant nouvelle, elle fera l'objet d'une évaluation à mi-mandat.

Une distribution élargie de la responsabilisation médicale et pharmaceutique

via la nomination de praticiens chefs de filières et de chefs de services. L'objectif est de répartir plus largement les responsabilités managériales actuelles concernant le soin afin que plus de praticiens soient impliqués dans les travaux d'organisation des prises en charge et de mise en perspective des ressources. Cette approche valorise à la fois l'implication des praticiens dans les projets de l'établissement mais aussi les responsabilise dans le domaine de l'organisation des pratiques et de la continuité d'activités. Ainsi, à chaque niveau organisationnel (pôle, filière, service), la parole et la capacité d'agir sont données aux praticiens.

La création d'un temps dédié de médecin coordonnateur de la gestion des risques :

ce nouveau poste a pour objectif d'accompagner la direction de la Qualité afin de renforcer la **sécurité des soins**. Ce médecin identifie les risques, coordonne les actions de prévention, accompagne les équipes, analyse les événements indésirables et contribue à améliorer en continu la qualité des soins. C'est un rôle essentiel aux côtés de la direction pour réduire les événements indésirables et garantir un haut niveau de sécurité pour les patients.

Le renforcement du rôle du directeur délégué aux prises en charges sanitaires :

c'est un poste stratégique, dévolu à un ancien cadre supérieur ou un ancien directeur des soins qui se situe à la croisée du **médical**, du **paramédical** et du **management hospitalier**. Il est en charge de fluidifier les parcours en contribuant à l'organisation des filières, en participant à la politique qualité et gestion des risques, en soutenant les équipes médicales dans leurs missions comme la gestion des situations particulières de patients complexes, en animant le réseau des directeurs de soins et de gestion des pôles, ou encore en réalisant un travail étroit avec les usagers.

La transformation des postes de directeurs de pôle administratifs en directeur des soins et de la gestion (DSG) :

il s'agit d'une transformation sémantique qui a une véritable signification opérationnelle puisqu'elle affirme l'hybridité de leur rôle entre soins et gestion. En effet, cela vise à renforcer le pilotage des soins (dimension clinique et paramédicale), à intégrer davantage la gestion administrative et opérationnelle dans les décisions liées aux soins, à créer une approche plus équilibrée entre direction et équipes soignantes et enfin à professionnaliser la coordination des soins en s'appuyant sur le référentiel métier des directeurs de soins.

La gestion participative des pôles grâce à un groupe de gestion du pôle composé des praticiens chefs de filières et d'un directeur des soins et de la gestion :

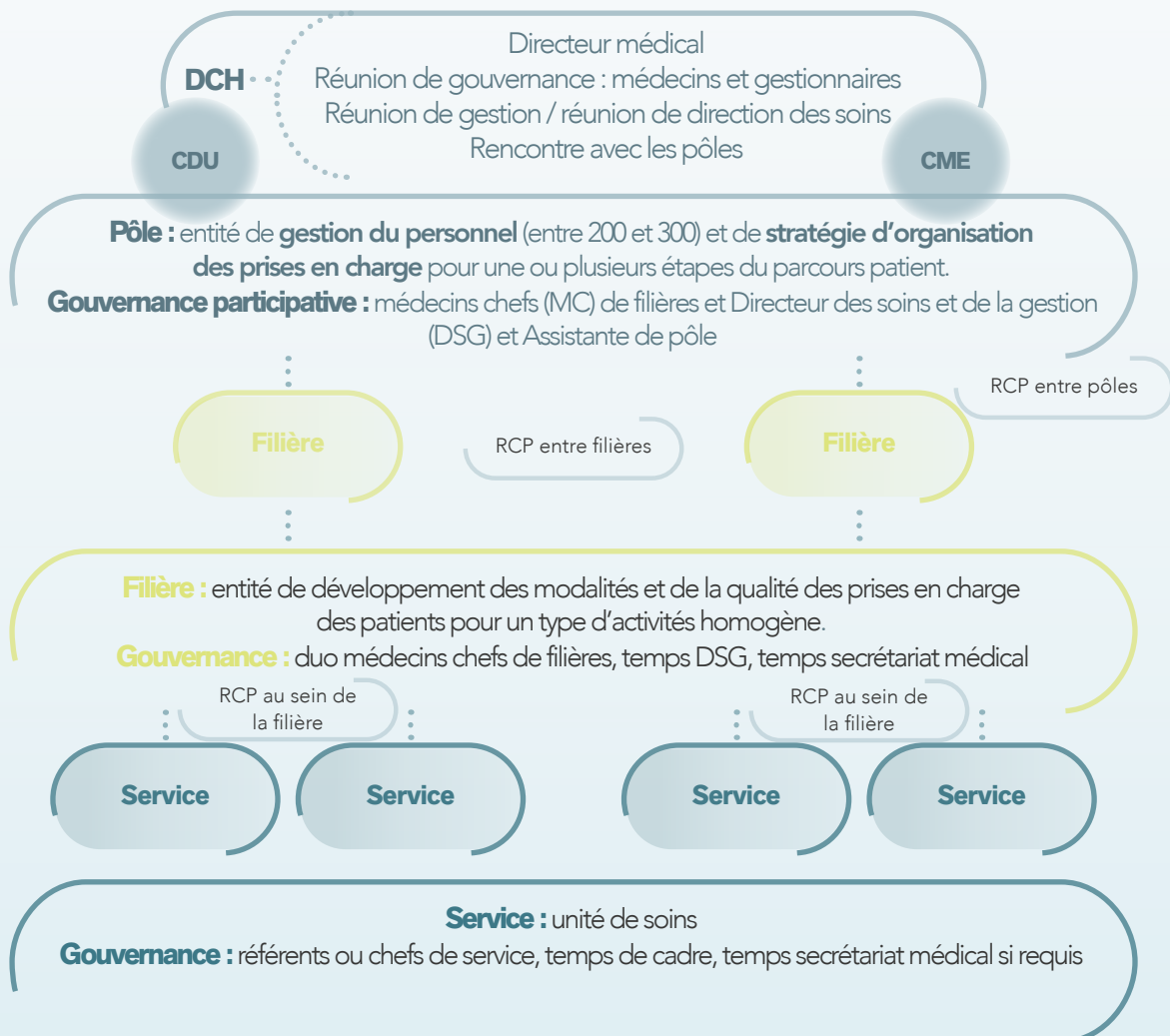
ce mode de gouvernance à plusieurs personnes et compétences s'inscrit dans les évolutions récentes de la gouvernance hospitalière qui encourage le management plus collaboratif transversal et proche du terrain. En effet cela donne la parole dans la gestion du pôle à ceux qui organisent les filières et qui ont une connaissance plus fine des besoins pour prendre en charge les patients de manière efficace. Cela responsabilise les acteurs en rapprochant les décisions du terrain et favorise l'innovation.

La création d'un poste de directeur adjoint du CHS :

ce nouveau poste a pour objectif d'accompagner la déclinaison du projet d'établissement et de favoriser une dynamique de communication entre les pôles et les filières. Ce poste permettra aussi un renforcement du pilotage et de l'analyse des données ainsi qu'un accompagnement solide pour le déploiement des projets des équipes.

Les soignants au coeur de l'organisation

Un dialogue multidisciplinaire institutionnalisé



Concilier les enjeux d'aujourd'hui et de demain

A tous les niveaux organisationnels, une intrication forte existe donc entre les gestionnaires et les soignants. L'objectif est de rendre la **gouvernance la plus opérationnelle possible** en construisant ensemble un **cadre clair basé sur des processus partagés** relevant aussi bien de la gestion que du soin. Ceux-ci permettent de clarifier et comprendre les **rôles de chacun** (ex : fiches de postes partagées), les **méthodes et outils utilisés** (ex : maquettes RH, procédures, chemins cliniques, indicateurs de qualité et de sécurité des soins, indicateurs de performance) et enfin les **processus de décision** (ex : contraintes réglementaires, critères de décision).

2 Une gouvernance de relais et d'autonomisation via la ligne managériale

Dans ce modèle, les instances de gouvernance donnent le cap, et les managers, dont certains participent à la gouvernance, sont les relais actifs disposant d'une autonomie importante pour faire vivre ce cap sur le terrain. Ils sont responsables d'optimiser les ressources qui leur ont été allouées et de prendre des décisions au plus près du terrain afin de traduire en actions opérationnelles pragmatiques les décisions stratégiques auprès des équipes.

Cette **ligne managériale** est pilotée par la direction du CHS et composée par les praticiens chefs de filières, les directeurs des soins et de la gestion des pôles, les médecins chefs de services et les cadres de soins. Pour que cela fonctionne, il est nécessaire de clarifier le rôle de chacun en s'assurant de l'existence et de la connaissance des fiches de postes mais aussi de l'articulation entre ces différentes fonctions. Cette interconnaissance permet d'assurer la cohérence d'ensemble de la ligne managériale qui devient alors le pivot du système de gouvernance. Chaque manager la composant devient acteur du pilotage et participe activement à la co-construction des décisions. Ils disposent de marges de décision sur l'organisation du travail, sur l'adaptation des orientations aux contraintes locales et peuvent arbitrer chacun dans leur périmètre (priorités, modes de fonctionnement, ges-

tion des ressources).

Des **espaces de dialogue** réguliers doivent pouvoir être mis en place afin de favoriser la compréhension commune des enjeux, de partager les questionnements, les difficultés mais aussi les bonnes pratiques pour y répondre, de sécuriser les décisions complexes. Le dialogue permet de développer la transversalité et une régulation plus fluide et équitable. C'est aussi le moyen de soutenir ses pairs.

Les **cadres ont dans cette organisation un rôle réaffirmé d'interface active** entre la direction et le terrain car ils portent les décisions auprès des équipes et font remonter les réalités du terrain, les alertes, les besoins et les propositions des équipes.

Une part plus importante d'autonomie permet aux managers de rapprocher les décisions des réalités du terrain, d'améliorer la réactivité et l'adaptation aux situations particulières et de favoriser une culture de confiance. Cela étant, cela renforce aussi l'engagement à rendre compte et la responsabilisation vis-à-vis de l'efficacité et de la qualité des soins. Ils doivent être en mesure d'évaluer et d'analyser les indicateurs de suivi concernant les objectifs validés en commun.

Les actions à mettre en place

- **Formations au management pour tous ceux qui occupent un poste managérial :**
un investissement fort dans le développement des compétences managériales (pilotage, animation, régulation) et conduite du changement.
- **Délégations explicites à formaliser :**
définir formellement et clairement le pouvoir de décision, d'actions ou de signature de chaque manager en précisant les limites et les responsabilités.
- **Détermination des marges de manœuvre en termes de ressources :**
mise en place d'un dialogue de gestion annuel entre la direction du centre hospitalier spécialisé et les pôles afin de mettre en regard les besoins exprimés et les ressources qu'il est possible d'allouer à chacun.

Dès lors que les ressources sont validées ensemble, le pôle en fait un suivi régulier et informe la direction trimestriellement de son niveau de consommation des ressources. Le pôle a la possibilité d'ajuster son rythme de consommation et l'allocation des ressources budgétées selon ses besoins. Il informe trimestriellement la direction de ses arbitrages. S'il est souhaité d'aller au-delà de l'enveloppe allouée lors du dialogue de gestion annuel, un dialogue de gestion exceptionnel est alors organisé. Au sein du pôle, le groupe de gestion décide par ailleurs du niveau d'autonomie de chaque filière.

Animation de la ligne managériale :

via le groupe de gestion comprenant la direction et les directeurs des soins et de la gestion (DSG), les réunions de la ligne managériales entre le groupe de gestion et les cadres et enfin des réunions de revues de projets.

3 Une gouvernance de pilotage par la donnée

Développer le **pilotage de l'hôpital par la donnée** a pour objectif de renforcer notre capacité à décider, anticiper et à s'améliorer en s'appuyant sur des informations fiables, partagées et exploitables. Pour cela, il est essentiel de définir les données que nous souhaitons ou que nous devons suivre. Cette donnée est très précieuse non seulement pour une bonne gestion de nos ressources mais aussi et surtout pour améliorer sans cesse notre réponse aux besoins des patients. Ce cycle d'amélioration continue par l'analyse des pratiques doit pouvoir être nourri de données les plus structurées et qualitatives possible. Ainsi se doter d'outils fiables est un enjeu majeur qui permettra non seulement de favoriser l'exploitation quotidienne des données mais aussi de conduire des études et des projets de recherche.

Les données, sous réserve de leur qualité et de leur niveau d'exhaustivité, favorisent une approche factuelle, rationnelle et argumentée afin de sortir du pilotage « au ressenti » qui est très souvent trompeur. A titre d'exemple, une étude récente de l'IRDES montre qu'il n'y a pas de corrélation entre

le taux de recours à l'isolement et la contention d'un établissement de psychiatrie avec l'épidémiologie de son territoire. Ceci alors que le ressenti était que s'il y a une population plus complexe, le recours à des mesures coercitives est logiquement plus fréquent.

Les données, par leur caractère factuel permettent aussi de partager un langage commun entre la direction, les managers de proximité et les soignants.

Les données, au-delà de leur intérêt pour la fluidité du pilotage et l'optimisation des ressources, sont, il est important de le rappeler, une exigence des tutelles des établissements de santé. Des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) sont exigés par la Haute Autorité de Santé (HAS), des indicateurs de consommation des ressources et d'activités sont demandés par les agences régionales de santé (ARS) ou encore l'établissement doit pouvoir, grâce au suivi des données, être en mesure de répondre aux diverses demandes des corps de contrôle et d'inspection.

Les actions à mettre en place

Identifier et définir les données que l'on souhaite ou que l'on doit suivre :

Il est essentiel d'identifier les attendus pour le recueil d'une donnée en particulier et de bien définir à quoi cette donnée correspond. La notion de temporalité du recueil de cette donnée doit aussi être précisée comme, par exemple, un recueil mensuel, trimestriel ou encore annuel. Quelques exemples peuvent être cités tels que le suivi en temps réel de l'activité, les données orientées parcours et expérience patient (suivi de la conti-

nuité des parcours, enquête de satisfaction, délais d'accès aux soins, etc.), la consommation de médicaments, la consommation budgétaire, les ressources humaines.

Adapter nos outils aux besoins du pilotage par la donnée :

pour être bien exploitée, la donnée doit être mise sous une forme directement accessible et interprétable. Pour cela deux types d'outils doivent pouvoir être mis en place : les outils d'extraction de la donnée depuis les systèmes d'information utilisés au sein de l'établissement et les outils de formalisation, voire d'analyse de la donnée. Tout ceci afin de disposer de tableaux de bord qui sont adaptés aux différents niveaux de management. Le suivi de la donnée est de nature et d'intérêt différent selon que l'on souhaite un suivi stratégique ou opérationnel et selon l'activité.

Former et faire adhérer les équipes à la nécessité de recueillir et d'utiliser la donnée :

il est important pour les équipes de bien adhérer au fait que la donnée n'est pas un outil de contrôle mais un outil de compréhension de notre efficacité vis-à-vis de nos patients. En effet, la donnée sert le soin pour assurer la sécurité et la bientraitance ; la donnée protège aussi les professionnels par l'objectivation ; enfin, la donnée permet d'éviter les décisions « au ressenti » souvent source d'incompréhension et de tensions.

Intégrer le suivi des données dans la démarche qualité :

le pilotage de la qualité et de la sécurité des soins est un enjeu majeur de la gouvernance. Il est pour cela essentiel de conduire l'analyse des événements indésirables qui doivent être signalés systématiquement. Cette démarche permet de capitaliser sur l'erreur pour s'améliorer et d'éviter le repli sur soi et la répétition de ces événements indésirables. Il faut aussi réaliser des audits et évaluations internes via les traceurs ciblés, les audits systèmes ou encore les comités de retour d'expérience (CREX) et les groupes gestion des risques. L'utilisation de toutes ces données permet l'identification d'axes d'amélioration et doit faire l'objet de restitution aux équipes.

4 Une gouvernance intégrant les usagers

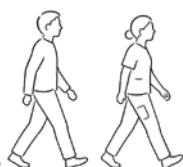
Le lien entre soignants et usagers est important à cultiver en alliant savoir scientifique et savoir expérientiel pour créer un véritable partenariat dans le cadre des prises en charge. Il est nécessaire cependant d'aller au-delà en faisant en sorte que ce partenariat avec les usagers soit aussi intégré dans la gouvernance de l'établissement. Une gouvernance intégrant les usagers permet d'améliorer la qualité et la pertinence des décisions, de renforcer le respect des droits des personnes, d'incarner les organisations dans les besoins réels et enfin de soutenir des approches orientées parcours, rétablissement et citoyenneté.

Il est donc nécessaire de ne pas s'arrêter au simple

recueil de leur satisfaction. Donner aux usagers une véritable place institutionnelle est un enjeu pour la construction des projets et le développement des démarches d'amélioration continue.

L'affirmation de cette démarche suppose, au-delà d'une implication plus forte de la Commission des usagers où siègent des représentants d'associations agréées, de développer des espaces d'échange avec des patients-partenaires²⁴ et de reconnaître leur rôle et leur légitimité dans des actions de formation pour les professionnels de santé, dans des projets de recherche et d'innovation ou des programmes de qualité des soins et d'adaptation de l'offre de soins.

²⁴**Patients-partenaires** : patients ou proches aidants ou familles confrontées à des défis de santé et ayant une expérience actuelle ou ancienne de la maladie.



Les actions à mettre en place

- La systématisation du recueil de l'avis de la CDU sur les différents projets de transformation, de recherche et d'innovation
- Intégrer les médiateurs de santé pairs salariés de l'établissement au sein de la CDU
- La mise en place d'un réseau de patients partenaires au sein de l'établissement afin de pouvoir leur proposer de participer à des groupes de travail dont les modalités peuvent être adaptées
- Le recueil de la satisfaction patient de manière plus pro-active afin de pouvoir en faire des analyses concrètes
- La mise en place des chemins cliniques conduits conjointement entre soignants et patients afin d'intégrer directement leurs remarques dans l'amélioration de la qualité des prises en charge
- Des formations à la compréhension du fonctionnement d'un hôpital pour les usagers

Cette gouvernance intégrant les usagers s'exprime aussi par le soutien de la direction au projet « usagers » (Cf plus haut).

5 Une gouvernance via des projets et de l'innovation

Considérer les projets des équipes comme un levier de pilotage stratégique vise à favoriser la transformation des organisations de manière pragmatique et efficace. Il s'agit d'encourager la dynamique opérationnelle à travers les projets et l'innovation.

Les initiatives d'innovation sont des vecteurs concrets de la stratégie et des moteurs permanents d'adaptation et de performance. Il faut bien entendu que ces initiatives s'inscrivent dans un cap et des objectifs collectifs institutionnels tout en ayant la capacité d'influencer aussi la vision collective.

La gouvernance se doit de considérer tous les projets qui sont présentés et d'informer les équipes des arbitrages de priorisation et d'allocation des ressources. A l'inverse, les équipes doivent faire un suivi de leur projet et en évaluer l'efficacité grâce à un recueil de données.

Les actions à mettre en place

- Des appels à projets internes à l'établissement seront régulièrement lancés soit en relais d'appels à projets externes, soit sur expression de besoins de la ligne managériale
- Les propositions spontanées devront être systématiquement évaluées par le comité de gouvernance
- Une reconnaissance pour la conduite des projets devra être mise en place
- Une évaluation systématique des résultats devra être réalisée afin de pérenniser le projet ou d'accepter collectivement de le stopper en cas d'analyse négative

Dans une gouvernance par les projets la stratégie n'est pas figée, elle est **mise en œuvre, testée et ajustée** à travers un portefeuille de projets et d'innovations.

6 Une gouvernance s'appuyant sur des partenariats

Pour permettre à la gouvernance de se concentrer sur son périmètre de responsabilité tout en proposant une continuité de parcours pour nos patients, il est important de pouvoir s'appuyer sur un réseau de partenaires du territoire. A ce titre, l'inscription dans le projet territorial de santé mentale (PTSM) facilite notamment cette mise en réseau et prédéfinit des projets en commun.

Il s'agit donc de s'appuyer sur une coopération structurée entre plusieurs acteurs pour permettre la **mise en œuvre d'actions coconstruites**, dans une logique de **responsabilité partagée**, de **complémentarité** et de **recherche d'impact collectif**.

La gouvernance ayant recours à l'appui partenarial doit reposer sur :

- **Une bonne connaissance des acteurs** du territoire à la fois du monde de la santé mais aussi des collectivités et du social. Une cartographie des acteurs est un outil indispensable dont il faut disposer ;
- **Au-delà de la cartographie, la reconnaissance mutuelle des rôles est essentielle** afin que chaque partenaire intervienne selon ses compétences, son mandat et sa légitimité ;
- **La co-construction des projets** via une participation collective à l'élaboration des orientations, des projets et à leur gouvernance formelle (comités, COPIL, conventions) ;
- **La transparence et la confiance** via le partage d'informations, de règles claires de décision, d'indicateurs communs ;
- **La subsidiarité et la coordination** pour que les décisions soient prises au bon niveau (services, filières, pôles, direction) en évitant les doublons.

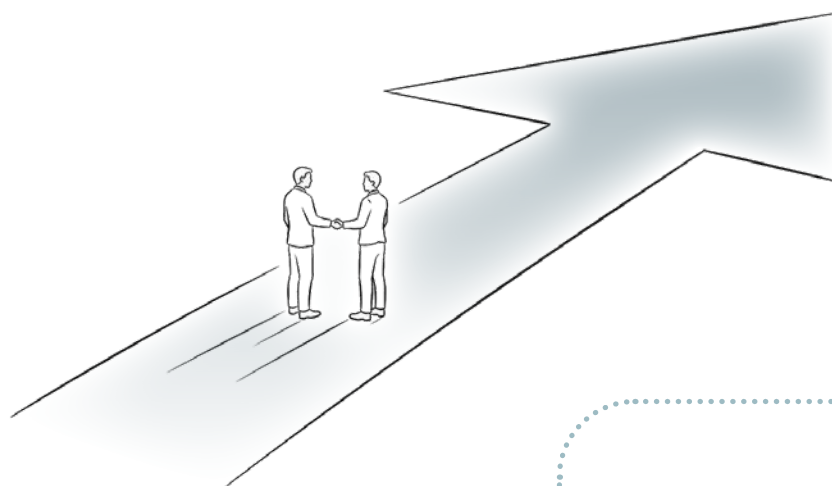
Les actions à mettre en place

Un recensement et un suivi des conventions permettent une bonne gestion des partenariats

L'animation des partenariats via des comités de pilotage qui se réunissent régulièrement

Le respect de l'équilibre entre les différentes parties est aussi un gage de pérennité des partenariats

L'objectif est de ne pas faire seul mais de faire ensemble pour fluidifier les parcours de nos patients.



Comment mesurer nos avancées ?

Taux de personnes en situation de management effectivement formées au management



Taux de structures disposant de tableaux de bord



Taux de projets ayant été construits avec les usagers et soumis à la CDU



Nombre d'appels à projets internes lancés



Nombre de réponses à des appels à projets externes



Taux de projets évalués avant décision de pérennisation, adaptation ou abandon



Taux de suivi des conventions de partenariat





Volet social du Centre Hospitalier Spécialisé

Décliner le projet social de la Fondation au plus près des enjeux du CHS

Le volet social du projet d'établissement du CHS s'inscrit dans le projet social plus global de la Fondation Bon Sauveur de la Manche. En effet, notre établissement est soutenu par les fonctions support de la Fondation et tout particulièrement la direction des ressources humaines, s'agissant de ses enjeux sociaux. L'objectif est donc ici de décliner les trois axes du projet social global en actions spécifiques pour le CHS.

3 axes d'action

- 1 Développer un environnement de travail sécurisant
- 2 Fédérer les équipes
- 3 Concilier aspirations individuelles et besoins collectifs

1 Développer un environnement de travail sécurisant au sein du Centre Hospitalier Spécialisé

Développer un environnement de travail sécurisant au sein de l'établissement vise à garantir simultanément la **sécurité physique, psychologique et organisationnelle** des professionnels comme des patients. C'est un enjeu qui regroupe à la fois les aspects **qualitatif (soins), éthique et managérial**.

La **sécurité physique des professionnels** se doit d'être assurée à travers tout d'abord, la prévention des situations d'agitation et de crises mais aussi grâce à leur capacité à maîtriser la violence. Il est nécessaire pour cela de dimensionner les équipes quantitativement et qualitativement pour faire face à des profils de patients plus difficiles mais aussi à des pics inattendus inhérents à des situations de

crise. La formation à la désescalade est aussi indispensable telle que les formations OMEGA (50% actuellement des professionnels formés – 2 formateurs de formateurs en cours de formation afin de tendre vers les 100%) ou d'autres formations comme celle, nouvelle, issue de l'étude PlaidCare.

L'architecture des locaux conditionne directement le climat de sécurité. Cette approche sera intégrée à tous les projets immobiliers en cours ou à venir. En effet, il faut permettre aux équipes d'avoir une bonne visibilité sur les unités (réduction des angles morts au maximum), de pouvoir gérer les flux de manière efficace et de disposer d'espaces adaptés permettant de limiter les tensions. Ils sont tous

équipés de **dispositifs d'alarme et d'appel rapide**. L'état fonctionnel de ces dispositifs est régulièrement vérifié.

La **sécurité psychologique des équipes** est aussi indispensable pour apaiser les tensions. Les professionnels doivent pouvoir se sentir **autorisés à exprimer leurs difficultés** grâce à un climat de confiance. Pour cela, il est nécessaire de pouvoir signaler les erreurs sans crainte grâce à une démarche d'analyse de l'expérience et de mesures correctrices constructives. La ligne managériale cultivera sa capacité à **soutenir les soignants dans les épreuves** via des débriefings suite à des événements critiques ou à la mise en place d'espaces de paroles. La **reconnaissance de la charge émotionnelle du travail en psychiatrie** doit pouvoir se caractériser par l'aménagement de temps de décompression, par l'attention portée aux cycles de

travail, la limitation des situations d'isolement professionnel ou encore la cohésion d'équipe.

Enfin, la sécurité ne repose pas uniquement sur le contrôle des situations, mais sur la **qualité du lien thérapeutique**. Conformément au cap donné dans le cadre de notre projet d'établissement, la culture institutionnelle de la non-violence doit être encore renforcée. Cela signifie comprendre les comportements en prenant le temps d'être auprès du patient, réduire encore les pratiques coercitives (isolement et contention) ou encore développer des espaces d'apaisement et de médiation.

La direction continuera à faire un suivi et une analyse des événements indésirables et complètera ses indicateurs de suivi de la violence, des arrêts de travail ou encore le niveau de turn-over.

Les actions à poursuivre

- Le renforcement de la sécurité physique des professionnels à travers notamment l'architecture des bâtiments et les systèmes d'alerte
- La formation sur la relation soignant-soigné (lien thérapeutique, déstigmatisation, maîtrise de la violence)
- L'intégration du besoin de décharge émotionnelle dans les organisations
- Le développement de la capitalisation constructive des erreurs
- Le suivi et l'analyse des indicateurs qualité de vie au travail (QVT)

2 Fédérer les équipes

Les équipes de soins mais aussi les équipes de gestion ont un objectif commun : **assurer un parcours de soins cohérent, continu et centré sur le patient**. Pour que tous les professionnels composant notre établissement se sentent solidaires de cette ambition, il est nécessaire de mobiliser en donnant du sens quel que soit le poste de travail et de prôner la coopération multidisciplinaire.

Le cap du projet d'établissement se doit d'être notre boussole, le partage de notre vision collective du soin psychiatrique et en addictologie (soins orientés rétablissement, approche globale, droits du patient). Nos **valeurs communes doivent être cultivées** au sein de l'établissement et, au-delà au sein de la Fondation, permettre un alignement

de tous nos professionnels quels que soient leurs compétences ou statuts (psychiatres, médecins d'autres spécialités, psychologues, IPA, infirmiers, travailleurs sociaux, gestionnaires, personnel administratif...).

La **coopération interprofessionnelle**, au-delà d'améliorer l'efficacité des prises en charge, permet de dépasser les fonctionnements en silos et de créer une culture commune. L'objectif est donc de décloisonner les pratiques entre les unités et **d'institutionnaliser des réunions de coordination pluridisciplinaires (RCP)** en complément des temps d'échanges existants (synthèses, staffs). Une lecture partagée des situations cliniques permet d'obtenir des décisions cohérentes et de sécuriser

les professionnels. **L'élaboration de projets tous ensemble**, entre gestionnaires et cliniciens, est aussi un gage de reconnaissance de la parole de chacun, favorisant la diminution des tensions internes et la stabilité des équipes. La **compréhension des enjeux de chacun** est nécessaire pour susciter l'adhésion.

Fédérer les équipes c'est aussi la mise en place des **filiales de soins structurées** (crise, réhabilitation,

addictologie, etc.), **assurer la continuité entre les différents dispositifs** (CMP, hospitalisation, hôpital de jour...), mais aussi assurer aux soignants qu'au-delà de l'établissement, les patients trouveront un aval avec la médecine de ville et les partenaires sociaux et médico-sociaux. Les soignants ont ainsi le sentiment de faire avancer les choses et de ne pas laisser leurs patients dans des impasses. On passe ainsi d'une logique de service isolé à une logique de **parcours patient**.

Les actions à poursuivre

- Réaffirmer des objectifs communs qui donnent du sens à l'action de l'établissement
- Cultiver les valeurs de la Fondation au sein du CHS
- Développer la vision des parcours patients afin de se sentir investi d'une action de groupe tout au long de la prise en charge
- Décloisonner les professionnels impliqués dans la gestion et ceux impliqués dans la clinique, notamment via la construction de projets communs
- Institutionnaliser les réunions de coordination pluridisciplinaires (RCP) entre les pôles, les filiales, les services

3 Concilier aspirations individuelles et besoins collectifs

Il est important de **rappeler les objectifs** collectifs auxquels il est essentiel d'adhérer. Pour autant, ces besoins collectifs doivent pouvoir s'inscrire dans un **équilibre dynamique** avec les aspirations individuelles. Le but est de répondre autant que possible aux attentes, souhaits et projets personnels tout en intégrant dans la réflexion avec le personnel les exigences de fonctionnement de notre mission de service public (continuité des soins, organisation collective, équité d'accès).

L'établissement souhaite s'inscrire dans une dynamique d'attractivité, de modernisation et de garantie de la qualité et de la sécurité des soins. A ce titre, il est nécessaire de **renforcer encore notre politique d'attractivité**, tout particulièrement face aux difficultés de démographie médicale, mais aussi **d'intégrer les nouveaux métiers**, dans nos cadres institutionnels et dans nos pratiques, tels que les infirmiers de pratique avancée, les infirmiers de coordination de parcours, les cases mana-

gers, les médiateurs de santé pairs, les animateurs d'activité physique adaptée, etc. La gestion prévisionnelle des emplois permettra d'offrir l'accès à ce type de métier dans notre établissement.

La **reconnaissance des aspirations individuelles** implique d'accompagner la formalisation des projets professionnels (évolution, spécialisation, formation) en l'intégrant à la gestion prévisionnelle des compétences, de prendre en compte si possible les conditions de travail souhaitées (exemple : passage en 12h de certaines équipes), l'affectation dans des services répondant aux sensibilités cliniques des professionnels (addictologie, RPS, urgences, etc.) et enfin les attentes en matière de reconnaissance et d'autonomie (valorisation des savoirs expérientiels ou de l'implication dans des projets par exemple).

En contrepartie, le **professionnalisme de chacun permet de garantir les engagements collectifs**

de l'établissement, à savoir la continuité et la permanence des soins, la couverture des besoins sur l'ensemble des unités et dispositifs, le respect des obligations réglementaires et de sécurité et l'équité entre les collaborateurs.

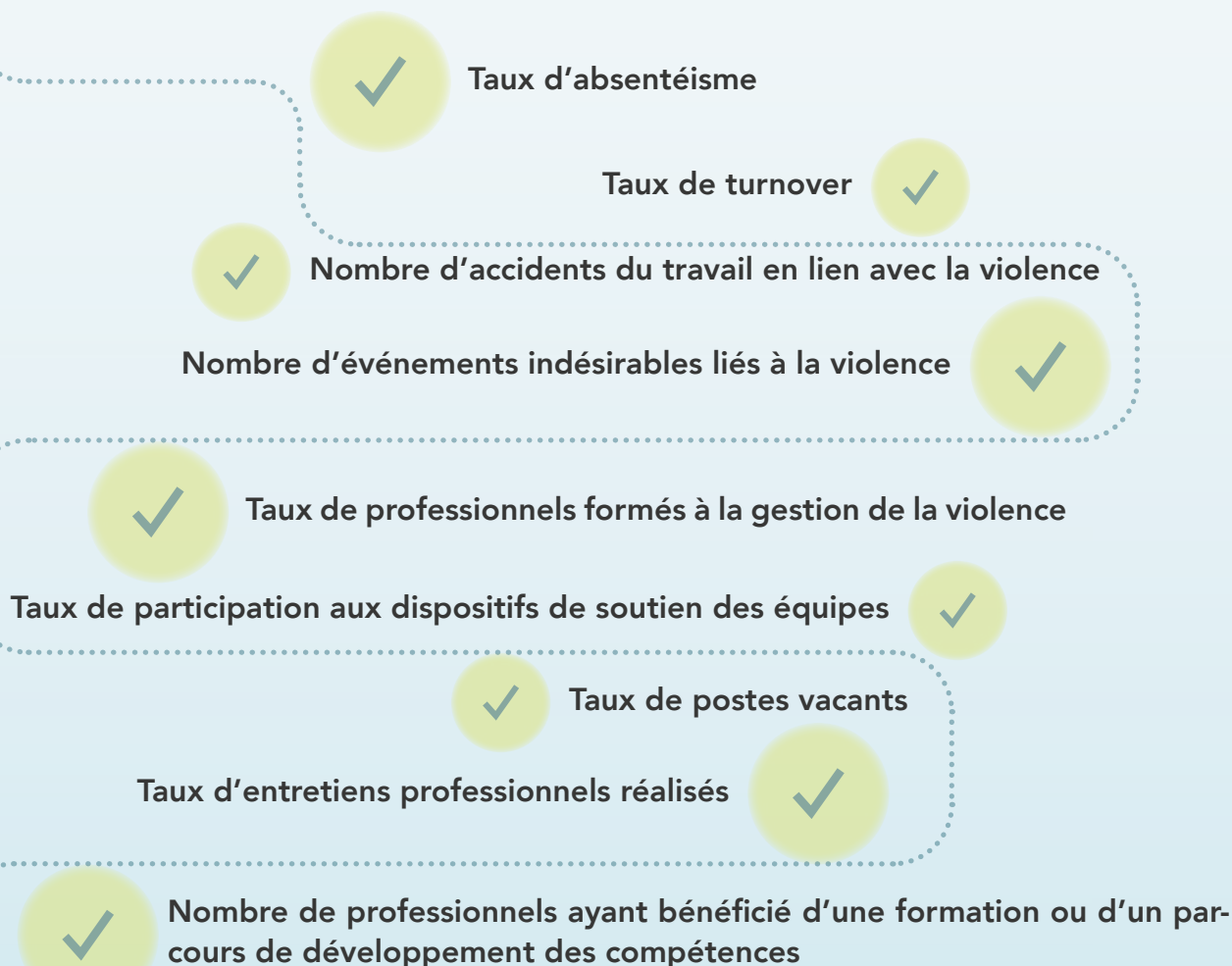
Ces doubles injonctions peuvent parfois engendrer des tensions, c'est pourquoi il est indispensable de formaliser des **règles claires et partagées**, des

mécanismes d'arbitrage explicites et une **communication transparente** sur les ambitions et les contraintes collectives. Des logiques de compromis et de souplesse (aménagements organisationnels, évolution des compétences attendues, affectations évolutives, implication transversale dans des projets) peuvent être mises en place sous réserve d'équité et de transparence.

Les actions à poursuivre

- Une communication transparente sur les objectifs collectifs et les contraintes qui pèsent sur l'établissement notamment dans le cadre de ses missions de service public
- La mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences avec intégration des nouveaux métiers
- L'élaboration de règles claires et partagées sur les arbitrages et les modalités de réponses aux aspirations individuelles

Comment mesurer nos avancées ?



Projet numérique

Le numérique au service de la qualité des soins

Le projet numérique de notre centre hospitalier spécialisé est un levier stratégique au service de la qualité des soins, des professionnels et de la performance globale de l'établissement.

À ce titre, disposer d'outils numériques adaptés et performants permet une meilleure traçabilité, une meilleure coordination et continuité des soins via le partage de l'information, une réduction des risques d'erreurs et des tâches répétitives chronophages, un suivi des données pour conduire les projets innovants, les projets de recherche et garantir enfin le suivi de la qualité de nos activités.

Concilier usages et sécurité des données

Les projets numériques doivent répondre avant tout aux besoins des usagers que représentent les professionnels de santé, les patients et les gestionnaires de l'établissement. Il ne s'agit pas uniquement d'outils mais bien d'une réponse structurée à des besoins d'efficacité des prises en charge. Cela étant, il est essentiel de croiser à la fois les impératifs de soins mais aussi les impératifs de sécurité informatique afin que les données de l'établissement soient protégées. L'objectif est donc de trouver l'équilibre entre ces deux injonctions.

Un système d'information conforme aux exigences nationales

Pour cela, le CHS intègre les exigences du programme HOPEN, CaRE, de la HAS et du Référentiel d'Identification Electronique en termes de déploiement de son système d'information.

4 axes d'action

qui seront intégrés dans le schéma directeur du système d'information de la Fondation Bon Sauveur de la Manche

- 1 Mieux répondre aux besoins des usagers
- 2 Assurer la sécurité et le suivi des données qui lui sont confiées
- 3 Fluidifier en toute sécurité les échanges en interne et avec les partenaires
- 4 Utiliser l'intelligence artificielle en conscience

Un tableau de bord des outils et projets mis en place pour répondre aux axes d'efforts du présent projet d'établissement fera l'objet d'un **comité de suivi annuel** entre la direction du centre hospitalier et la direction du système d'information de la Fondation.

1 Mieux répondre aux besoins des usagers

Les usagers du système d'information du CHS représentent deux grandes catégories : les patients et les professionnels de l'établissement.

Pour les patients, il s'agit de leur faciliter l'accès à l'information sur le fonctionnement de l'établissement, sur leurs droits et sur les soins qui leur sont prodigués. Pour cela, il est important de disposer d'un portail patient, de pouvoir accéder aux **livrets d'accueil dématérialisés** à tout moment et de pouvoir accéder aux **informations relatives à leurs soins dans « Mon Espace Santé »**.

Pour les professionnels de santé, l'objectif est de **réduire le temps non soignant** et de **fluidifier les organisations**, ce qui **redonne du temps aux professionnels pour le soin**. Le premier levier est la réduction des tâches à faible valeur soignante telles que les ressaisies multiples, la recherche de l'information (antécédents, prescriptions, compte-rendu, etc.), la diminution des erreurs. Le second levier est de gagner en efficacité par une meilleure visibilité des parcours, par la facilitation de la coordination des acteurs, par la diminution des impressions né-

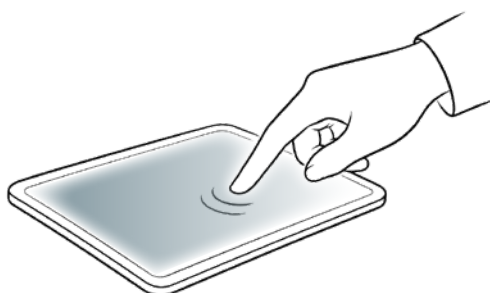
cessaires (intégration de la signature électronique, d'outils de dialogue entre les systèmes d'information, etc.), par la diminution de certains déplacements (téléexpertise, téléconsultation ciblée). Un troisième levier est celui de l'accessibilité des données afin de mieux accompagner la décision, la recherche et l'innovation et de faciliter l'échange collectif sur la base d'éléments factuels.

Pour les professionnels gestionnaires de l'établissement, les outils numériques permettent **d'optimiser le temps administratif** et de **développer un pilotage par la donnée** grâce à la mise en place de tableaux de bord.

L'objectif est donc de rechercher systématiquement les outils qui répondent aux besoins de chaque type d'utilisateur en veillant à l'interopérabilité des systèmes, à la performance médico-économique du CHS et à la facilitation de la relation patient-établissement. Ces outils doivent systématiquement être évalués sur leur efficacité et la réalité des effets attendus. **La satisfaction des usagers doit régulièrement être mesurée.**

Les actions à mettre en place

- Mettre en place un portail patients et favoriser le recueil de leur satisfaction
- Mettre en place la signature électronique pour tous les signataires réguliers
- Mettre en place des outils de planification (cycles des PNM, astreintes, etc.)
- Améliorer l'ergonomie usagers du dossier patient informatisé (DPI)
- Proposer des outils de tableaux de bord
- Déployer largement les outils de télémédecine
- Mettre en place un entrepôt de données et faciliter l'extraction et la formalisation de ces données (dont les données brutes) pour favoriser l'aide à la décision, la recherche et l'innovation



2 Assurer la sécurité et le suivi des données qui sont confiées au CHS

Le centre hospitalier se doit d'assurer la sécurité des données qui lui sont confiées conformément à ses obligations légales, réglementaires et éthiques.

4 grands types de données sont à considérer :

- Les données administratives
- Les données médicales et soignantes
- Les données sociales, judiciaires ou médico-légales
- Les données issues des outils numériques (DPI, téléexpertise, tableaux de bord, etc.)

Pour cela, le **responsable de la sécurité du système d'information (RSSI)** veille à :

- La gestion des habilitations des différents professionnels de santé (s'appuyant également sur les identités professionnelles nationales (RPPS)), la traçabilité des accès et le respect du secret professionnel
- La sécurisation des échanges sur / avec les patients via les messageries sécurisées, le dossier médical partagé, Mon Espace Santé
- Au respect du RGPD
- La sensibilisation des professionnels à la sécurité des données
- La mise en cohérence des systèmes de santé avec les exigences de cybersécurité

Il s'agit aussi de **garantir l'intégrité des données** qui ne doivent être ni modifiées ni altérées. Pour cela, l'établissement s'assure de la fiabilité des dossiers patients, du suivi des données relatives aux droits des patients, de la sécurisation des transmissions et de la maîtrise des systèmes et des outils de saisie.

Chaque usager doit être authentifié de manière nominative, sûre et fiable. Cette exigence de sécurité n'est pas incompatible avec le confort pouvant être apporté à l'utilisateur (connexion unique via le système Single Sign-On, double authentification facilitée avec la carte CPS ou la e-CPS).

Enfin, il est essentiel que **l'accessibilité des données** aux professionnels autorisés soit assurée à tout moment et en toute circonstance, en particulier l'accès aux dossiers des patients. Le **PCRA (Plan de Continuité et de Reprise d'Activité)** doit être en place et mis à jour régulièrement pour garantir la continuité des soins et la sécurité des patients en cas de crise. Des exercices seront par ailleurs réalisés annuellement.

Ces dimensions s'inscrivent pleinement dans la **gestion des risques**, incluant explicitement le **risque numérique**, au même titre que le circuit du médicament ou l'identitovigilance.

Les actions à mettre en place

- Poursuivre la sécurisation du système d'information en regard des exigences des programmes HOPEN, Hospiconnect, CaRE (double authentification, etc.)
- Cartographier les habilitations et les tenir à jour
- Mettre à jour régulièrement et suivre le PCRA SI
- Favoriser un suivi renforcé des données relatives aux droits des patients (registre de la Loi, mesures soins sans consentement, isolement / contention)
- Réaliser une gestion des risques tout en s'adaptant aux besoins des usagers

3 Fluidifier en toute sécurité les échanges en interne et avec les partenaires

L'objectif est de pouvoir s'appuyer sur les outils numériques (dossier patient, messagerie sécurisée, plateformes, réseaux) pour rendre les échanges plus rapides et efficaces, aussi bien en interne qu'avec les partenaires externes, tout en garantissant la confidentialité, la fiabilité et le respect des règles de protection des données européennes et nationales.

En interne, l'objectif est de relier entre eux les filières et les services de soins, les équipes pluridisciplinaires et les fonctions support. Pour cela, il est nécessaire de **disposer d'un débit suffisant pour des flux messageries / son / vidéo fluides**, d'autant que l'établissement est multisite. L'interconnexion entre tous les sites (ambulatoires et intra-hospitaliers) est un objectif indispensable à atteindre pour favoriser la construction des parcours patients.

Concernant la traçabilité du soin, le **dossier patient informatisé (DPI)** est un vecteur de partage sous réserve d'avoir les droits sur le dossier du patient (accès réservés aux professionnels habilités). A titre d'exemple, les droits ne sont pas toujours les mêmes entre les différentes unités. Le **sujet de la cartographie des droits est donc un enjeu de suivi et de mise à jour**. Il est à noter que même si on détient un droit d'accès, il n'est pas justifié d'accéder aux données d'un patient sans raison clinique car l'accès aux données doit être limité à ce

qui est strictement nécessaire. Le **respect du secret professionnel partagé est indispensable**.

De plus, en dehors du DPI, les échanges relatifs à un patient en interne doivent être faits impérativement via une messagerie sécurisée de santé. Le **déploiement de la messagerie MSSanté dans l'ensemble de l'établissement est indispensable**. Enfin, le **dossier médical partagé (DMP)** doit systématiquement être consulté et alimenté depuis le DPI. C'est un vecteur important de partage de l'information autant en interne qu'en externe.

Avec les partenaires, la finalité est d'assurer la continuité et la coordination des parcours patients, notamment en évitant les ruptures d'information. La difficulté réside dans la grande variété des partenaires et donc des systèmes d'information : autres hôpitaux, soins de ville, établissements médico-sociaux ou encore associations, ARS, préfecture, justice, conseil départemental, etc. Cela signifie qu'il est nécessaire de disposer d'outils d'interopérabilité entre les différents systèmes d'information. Cela peut se traduire aussi par l'accès partagé aux SI des différentes structures tout en étant attentif à un partage d'informations limité à ce qui est utile à la continuité des soins. Ces connexions doivent donc être réinterrogées régulièrement et être bien encadrées juridiquement. Les conventions partenariales doivent respecter le RGPD, être explicites sur les usages et révisées régulièrement.

Les actions à mettre en place

- Monter en puissance sur les débits d'échange d'information dans l'ensemble des structures de l'établissement
- Améliorer le paramétrage du DPI et revoir régulièrement les besoins en accès des soignants
- Faire des rappels réguliers sur l'obligation de consulter et alimenter le DMP
- Systématiser l'usage de la MSSanté pour les échanges entre professionnels de santé
- Expérimenter le recours à des outils numériques pour faciliter la traçabilité au sein des services (ex : tablettes), le recueil de la satisfaction des patients (questionnaires avec QR code ou sur borne numérique)
- Améliorer le matériel informatique son / vidéo quand c'est nécessaire dans les différentes unités
- Suivre annuellement les conventions avec nos partenaires relatives aux systèmes d'information

4 Utiliser l'intelligence artificielle en conscience

Les outils, dans le champ de la santé, intégrant l'intelligence artificielle sont de plus en plus nombreux et vont très certainement se multiplier et se perfectionner rapidement au cours des 5 prochaines années. Il est évidemment essentiel pour l'établissement de **pouvoir les intégrer mais de manière réfléchie, maîtrisée et responsable**, en ayant pleinement conscience de ses bénéfices, de ses limites et de ses impacts humains, éthiques et organisationnels.

L'objectif doit rester celui d'améliorer l'organisation, notamment **en dégageant du temps humain pour renforcer la relation soignant-soigné, ainsi que la qualité et la sécurité des soins**.

Ainsi, dès lors que les collaborateurs souhaiteront utiliser des outils intégrant de l'IA, leurs demandes seront mises en perspective des outils institutionnels déjà existants, des besoins cliniques, tels que l'aide au diagnostic, la personnalisation des traitements, la réduction des erreurs potentielles, ou bien des besoins de gain de temps via l'automatisation de tâches administratives, la gestion des flux, la facilitation de la plani-

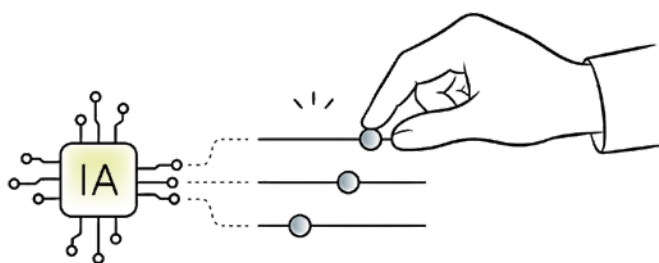
fication. Un **comité de gouvernance des projets IA** est mis en place au sein de la Fondation pour examiner les demandes et les mettre en regard de ces axes stratégiques.

Il est à noter que pour des raisons de sécurité des données, **seuls les outils intégrant de l'IA ayant été validés par le comité de gouvernance pourront être utilisés sur le réseau informatique de l'établissement**. En effet, le risque sur les données n'est pas nul via l'atteinte à la confidentialité, le mésusage ou encore l'intégration dans nos systèmes de données fausses produites par l'IA.

Par ailleurs, il est important de maintenir la primauté du soin et de l'humain. **L'utilisation de l'IA peut présenter des risques éthiques** par la création de biais de jugement, de propositions de décisions péremptoires ou encore par une déresponsabilisation. Il est donc indispensable de maintenir son sens critique notamment dans le cadre du soin par l'analyse personnalisée pour chaque patient des propositions qui sont faites par l'IA. Dans le cadre de la gestion, il est important de comprendre le fonctionnement des outils et d'en connaître leurs limites.

Les actions à mettre en place

- Respecter la charte et les axes stratégiques du déploiement des outils d'IA pilotés par le comité de gouvernance IA de la Fondation
- Réaliser une sélection objective et rigoureuse des outils sur la base de leurs bénéfices / risques, leur conformité réglementaire et de la preuve de leur performance
- Impliquer le comité éthique de la Fondation pour examiner les questionnements vis-à-vis de l'IA
- Proposer des formations à l'utilisation des outils IA
- Maintenir une supervision humaine via la validation des résultats, le contrôle des décisions et la vigilance permanente vis-à-vis des propositions qui sont faites par l'IA
- Intégrer l'IA au dispositif de contrôle (suivi de qualité, analyse des incidents, réévaluation régulière)



Comment mesurer nos avancées ?

Taux d'utilisation du portail patient (lorsqu'il sera déployé)



Taux d'alimentation du DMP depuis le DPI

Taux d'utilisation de la MSSanté pour les échanges relatifs aux patients



Taux de professionnels disposant d'une authentification forte ou double authentification

Taux de mise à jour de la cartographie des habilitations et droits d'accès



Nombre d'incidents de sécurité numérique déclarés et analysés

Nombre d'exercices annuels du PCRA SI



Taux de déploiement de la signature électronique pour les signataires réguliers

Nombre de professionnels sensibilisés à la cybersécurité et au RGPD



Nombre de projets intégrant de l'IA

Projet immobilier

L'immobilier au service de la transformation de l'offre de soins

Le projet immobilier est consubstantiel de la stratégie de l'établissement. En effet, il s'agit d'une approche structurante pour la transformation de l'offre de soins et la performance globale de l'établissement.

Adapter les lieux aux besoins des patients et des professionnels

La dimension bâimentaire est l'expression spatiale du besoin capacitaire tout d'abord afin de répondre aux attendus de la population, mais aussi des orientations cliniques concernant les typologies de prises en charge (temps plein, temps partiel, ambulatoire, réhabilitation, etc.), et enfin de la mise aux normes qualitatives et sécuritaires de l'établissement. C'est une image essentielle aux yeux des usagers en termes de confort et de dignité.

La qualité du parc immobilier est aussi un levier important d'attractivité pour les professionnels de santé qui peuvent ainsi exercer dans un environnement favorable en termes de conditions de travail et de modernité des pratiques.

Ouvrir l'établissement sur son territoire

Par ailleurs, l'établissement souhaite que l'immobilier matérialise l'intégration des partenariats territoriaux en prenant en compte dans ses projets structurels les besoins d'interface avec les autres acteurs du territoire. A titre d'exemple, l'intégration de la salle d'audience dans le nouveau bâtiment, où se trouvent les soins sans consentement, qui sera livré en 2027. On peut citer encore l'intégration de la dimension partenariale pour les activités de recours comme l'unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie ou bien la création du centre départemental du psycho traumatisme de la Manche (CDPM) ou encore la mise en place de centres d'accueil de crises (CAC) pour désengorger les urgences.

Moderniser en conciliant ambition et soutenabilité

Enfin, le schéma directeur immobilier est un poste économique très important, tout particulièrement marqué pour notre établissement multisites, réparti sur les deux tiers du département afin de garantir la proximité des prises en charge. Les investissements engagent très fortement l'établissement sur la durée. Le CHS souhaite cependant poursuivre sa démarche de modernisation déjà engagée tout en étant attentif à la priorisation, à la valeur médico-économique de chaque projet et à trouver l'équilibre entre investissements et besoins en fonctionnement.



4 axes d'action

qui seront intégrés dans le schéma directeur immobilier (SDI) de la Fondation Bon Sauveur de la Manche

- 1 Garantir le respect des normes pour chaque unité
- 2 Utiliser le bâti comme levier d'organisation et de transformation de l'établissement
- 3 Optimiser les structures sur le plan logistique, environnemental et esthétique
- 4 Piloter une mise à niveau continue du patrimoine immobilier

Le tableau de bord de suivi du schéma directeur immobilier de la Fondation, dont font partie les projets du CHS, est présenté en comité de pilotage immobilier mensuellement.

1 Garantir le respect des normes pour chaque unité

L'objectif est de veiller à l'évolution des normes bâtimentaires et de **s'assurer régulièrement de la conformité aux exigences de sécurité, d'accessibilité, d'hygiène et de fonctionnement propres aux établissements de santé**. L'intégration notamment des conditions techniques de fonctionnement liées au droit des autorisations ainsi que des critères de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) sera planifiée et suivie régulièrement.

Une attention toute particulière est apportée au respect de la **sécurité incendie** et de la **réglementation des ERP type U** ainsi qu'à la **sécurité des professionnels et à la dignité des patients**. Les bâtiments doivent pouvoir assurer les circuits sécurisés (médicaments, déchets), l'organisation des espaces pour limiter les risques (agression, fugue, chute, infection) et l'adaptation des locaux à leurs usages spécifiques (soins sans consentement, urgences, unités spécialisées). L'ensemble des unités doit pouvoir disposer de systèmes d'appel d'urgence pour les professionnels mais aussi d'appels

malades lorsqu'ils sont hospitalisés.

Toutes les structures doivent pouvoir être équipées **d'accès aux personnes à mobilité réduite (PMR)** et lorsque c'est nécessaire d'ascenseurs, de rampes, de circulation adaptée. Dans les périodes de transition, des mesures compensatoires devront être mises en place (accueil spécifique de ces patients).

Enfin lors des rénovations ou constructions, les travaux doivent pouvoir intégrer systématiquement une **approche de développement durable et de responsabilité sociétale en cohérence avec les objectifs nationaux de réduction des consommations énergétiques et des émissions** de gaz à effet de serre (exemples en cours : raccordement au chauffage urbain par biomasse, panneaux solaires, éco pâturage). Ils doivent prendre en compte des matériaux qui favorisent l'hygiène et la prévention du risque infectieux.

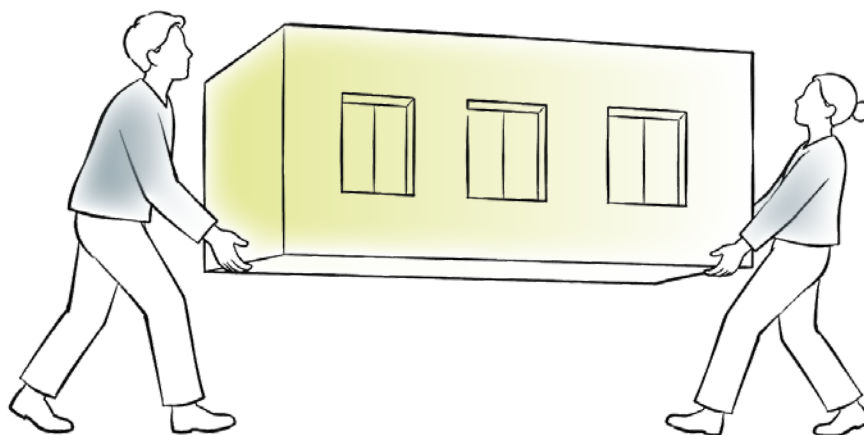
2 Utiliser le bâti comme levier d'organisation et de transformation de l'établissement

Le centre hospitalier a entamé sa réorganisation en 2025 en mettant en place des filières de soins transversales sur l'ensemble de son territoire d'intervention. La refondation de son organisation prévoit des regroupements d'unités (ex : nouveau bâtiment à Saint-Lô), des ajustements capacitaires (ex : augmentation de lits à la Glacerie, agrandissement du CMPEA de Valognes), l'intégration de nouvelles structures (ex : centre de réhabilitation à Picauville). Quelques exemples sont cités ici mais d'autres études sont en cours afin de pouvoir finaliser et prioriser le schéma directeur immobilier qui vise explicitement à « projeter l'hôpital de demain ». **Le bâtiment devient donc un véritable moteur de l'organisation.**

L'immobilier est aussi au cœur des évolutions des pratiques en permettant de structurer la logique des parcours (gradation notamment à travers la création de nouveaux appartements thérapeutiques, de nouveaux hôpitaux de jour), la réhabilitation psychosociale, la personnalisation des soins (notamment en systématisant les chambres individuelles dotées de salles de bain) et en permettant de poursuivre le virage ambulatoire.

Cette transformation à travers le bâti continuera à se faire avec **l'implication systématique des équipes dès la conception** via notamment des groupes de travail. **Les usagers** devront aussi être beaucoup plus impliqués non seulement à travers leurs représentants mais aussi en sollicitant des patients ressources volontaires pour participer à la réflexion. Cette approche de co-construction permet de faire émerger les besoins réels, d'obtenir l'adhésion et de faire évoluer les pratiques avant même l'ouverture.

Le bâti doit être considéré comme autant de leviers pour la traduction physique du projet médico-soignant ; pour une meilleure organisation des flux (patients, professionnels, communication-information) ; pour accélérer le décloisonnement en harmonisant les organisations ou en créant des ponts entre ambulatoire / intra-hospitalier / médico-social ; pour accompagner une expérience patient positive (dignité, autonomie, réhabilitation) et enfin pour soutenir la transformation managériale (nouvelles pratiques, nouvelles coopérations).



3 Optimiser les structures sur le plan logistique, environnemental et esthétique

L'optimisation des structures renvoie à une approche globale d'amélioration du fonctionnement et du cadre de notre établissement. L'objectif, en intégrant ces trois dimensions systématiquement à tous nos projets structurels est triple : **qualité des soins, bien-être des usagers et performance globale**.

Sur le plan logistique, il s'agit de fluidifier les flux, de réduire les temps inutiles, de faciliter l'entretien et d'améliorer la gestion des ressources notamment en optimisant les fonctions logistiques, en poursuivant la mise en place de hubs logistiques et en automatisant en partie l'entretien. Cette dimension revêt une importance majeure dans le cadre d'un établissement multisites.

En matière de soins écoresponsables, dimension répondant aux enjeux de santé publique et de responsabilité sociétale, deux grands leviers structurels seront systématiquement utilisés : **1. la réduction de l'empreinte carbone** en favorisant les énergies renouvelables, la sobriété et la performance énergétique des bâtiments ; **2. l'amélioration de la qualité sanitaire de l'environnement** à travers les matériaux qui favorisent l'entretien, la

qualité de l'air et l'attention particulière à la prévention des risques infectieux.

La dimension esthétique est aussi un enjeu auquel nous tenons particulièrement. Cela s'exprime à travers la qualité architecturale et visuelle des espaces, les jardins qui entourent les bâtiments sont tout autant précieux et déterminants pour le bien-être global des professionnels et des usagers et pour l'accompagnement au rétablissement de nos patients. Les objectifs à poursuivre sont donc la création de locaux lumineux, le design chaleureux et apaisant des chambres et des unités, l'aménagement d'espaces de convivialité, la mise en place de lieux mixtes (accueils usagers, patients, familles, soignants) ou encore la construction de kiosques au sein du parc. Une attention particulière est portée à la qualité de nos espaces naturels en favorisant un aménagement et un entretien écologiques, sensibilisant chacun à une relation respectueuse et apaisante avec la nature.

Ces trois dimensions sont éminemment intégrées et se pensent en co-construction avec les équipes et les usagers.

Il est à noter que la Fondation dans son ensemble s'inscrit dans une logique de développement durable en favorisant la basse consommation, en limitant les transports et en développant la mobilité durable, en optimisant la gestion des déchets, en limitant les impressions et en favorisant les communications à distance. Cette démarche s'applique systématiquement au CHS.



4 Piloter une mise à niveau continue du patrimoine immobilier

L'établissement inscrit son **patrimoine immobilier au cœur de sa stratégie** de réponse aux besoins du territoire, en mettant en œuvre un pilotage structuré et dynamique de sa mise à niveau continue.

L'objectif est de **planifier et organiser les travaux d'entretien structurel** afin de garantir dans la durée l'adaptation, la modernisation et l'exploitation des bâtiments hospitaliers pour qu'ils restent conformes, fonctionnels et adaptés aux besoins des soins et des usagers. Le parc immobilier doit intégrer des outils d'exploitation et de pilotage technique des bâtiments standardisés.

L'établissement veillera à l'intégration régulière des nouvelles normes dans le cadre des évolutions réglementaires et à l'adaptation continue aux évolutions des pratiques de soins. Pour cela un processus permanent d'évaluation de l'état du patrimoine et une priorisation des interventions permettront une **révision annuelle du schéma directeur immobilier** afin d'intégrer les nouveaux besoins et les nouvelles contraintes.

Cette gestion immobilière reposant sur une approche de **cycle de vie et d'amélioration continue**, vise à éviter la dégradation progressive et les investissements brutaux.

Les actions à mettre en place

en synthèse pour les différents sites

Site de Saint-Lô

- Poursuite de la construction du nouveau bâtiment regroupant Pussin / UEAO et La Parenthèse
- Relocalisation du service Ile de France dans de nouveaux locaux rénovés
- Raccordement du site au réseau de chaleur urbain de la ville de Saint-Lô
- Poursuite des mises aux normes dans tous les services
- Travailler en continu avec les équipes sur d'autres besoins : agrandissements ou regroupements
- Création de la maison des usagers
- Cafétéria Patients



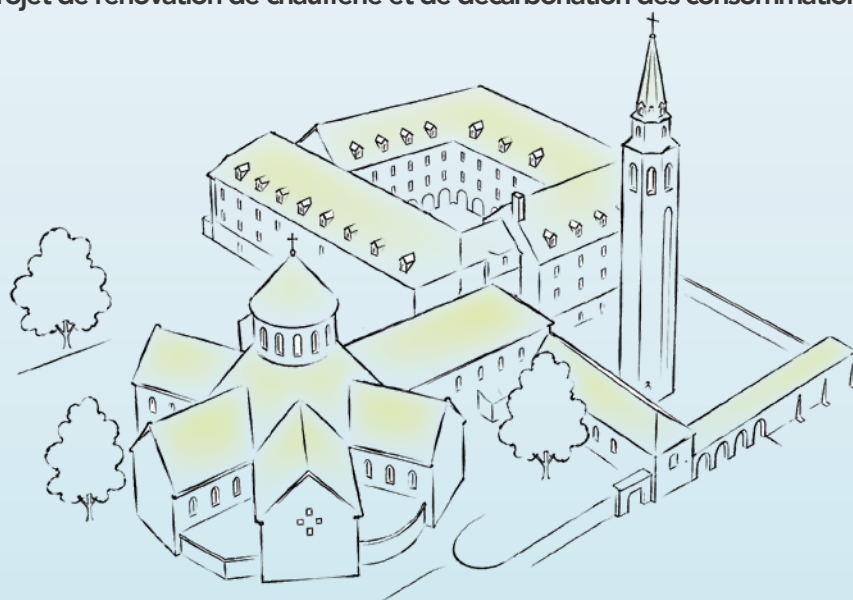
Site de La Glacerie

- Augmentation capacitaire d'au moins 5 lits d'hospitalisation en psychiatrie
- Poursuite des mises aux normes dans tous les services
- Adaptation des locaux en fonction des projets (centre d'accueil de crises, développement de l'HDJ, projets RPS par exemple)
- Rénovation de la PUI
- Rénovation des appartements thérapeutiques
- Cafétéria Patients
- Travailler en continu avec les équipes sur d'autres besoins



Site de Picauville

- Projet du centre de réadaptation
- Transfert dans une unité rénovée du service Pierre Jamet et accueil du service Léo Kanner
- Augmentation d'une CSI dans le service Racamier
- Projet de coopération avec la MAS
- Projet de rénovation de chaufferie et de décarbonation des consommations énergétiques



Sites ambulatoires

- Regroupement Epidaure et Lasthénie de Ferjol
- Gavendest (fonctionnalité et accessibilité)
- CMPEA Valognes (agrandissement)
- Rénovation et mise aux normes continues des CMP et CATTG le nécessitant
- Déploiement d'outils d'exploitation des infrastructures immobilières (gestion technique énergétique, système d'alerte des professionnels)



Comment mesurer nos avancées ?

Taux de conformité réglementaire des bâtiments



Taux d'avancement du schéma directeur immobilier



Montant annuel des investissements réalisés



Taux de chambres individuelles



Nombre de places créées ou restructurées



Consommation énergétique du patrimoine



Taux de maintenance préventive réalisée



Taux de satisfaction des usagers et professionnels sur les locaux



**Fiers d'être au service
de la population de
la Manche.**

Conclusion

Le projet d'établissement 2026-2030 porte une ambition claire en phase avec les valeurs de la Fondation Bon Sauveur de la Manche à laquelle il appartient : construire une psychiatrie plus humaine, plus participative, plus innovante et davantage orientée vers le rétablissement. Fondé sur la mobilisation de l'ensemble des acteurs – patients, aidants, professionnels et partenaires – il constitue une feuille de route collective au service de parcours de soins de qualité, respectueux des droits, favorisant l'autonomie et l'inclusion.

À travers son cap qui doit lui servir de boussole, ses axes d'efforts stratégiques qui doivent servir de cadre à toutes nos réflexions et enfin ses huit projets opérationnels structurants, l'établissement se donne les moyens d'adapter ses organisations, de renforcer ses compétences, d'innover dans ses pratiques et de répondre aux besoins évolutifs de la population.

Ce projet traduit notre volonté commune de faire de notre établissement un acteur de référence en santé mentale, au service des patients, de leurs proches, des professionnels et du territoire.



Saint-Lô



Picauville

**Soigner
Accompagner
Innover**



La Glacière