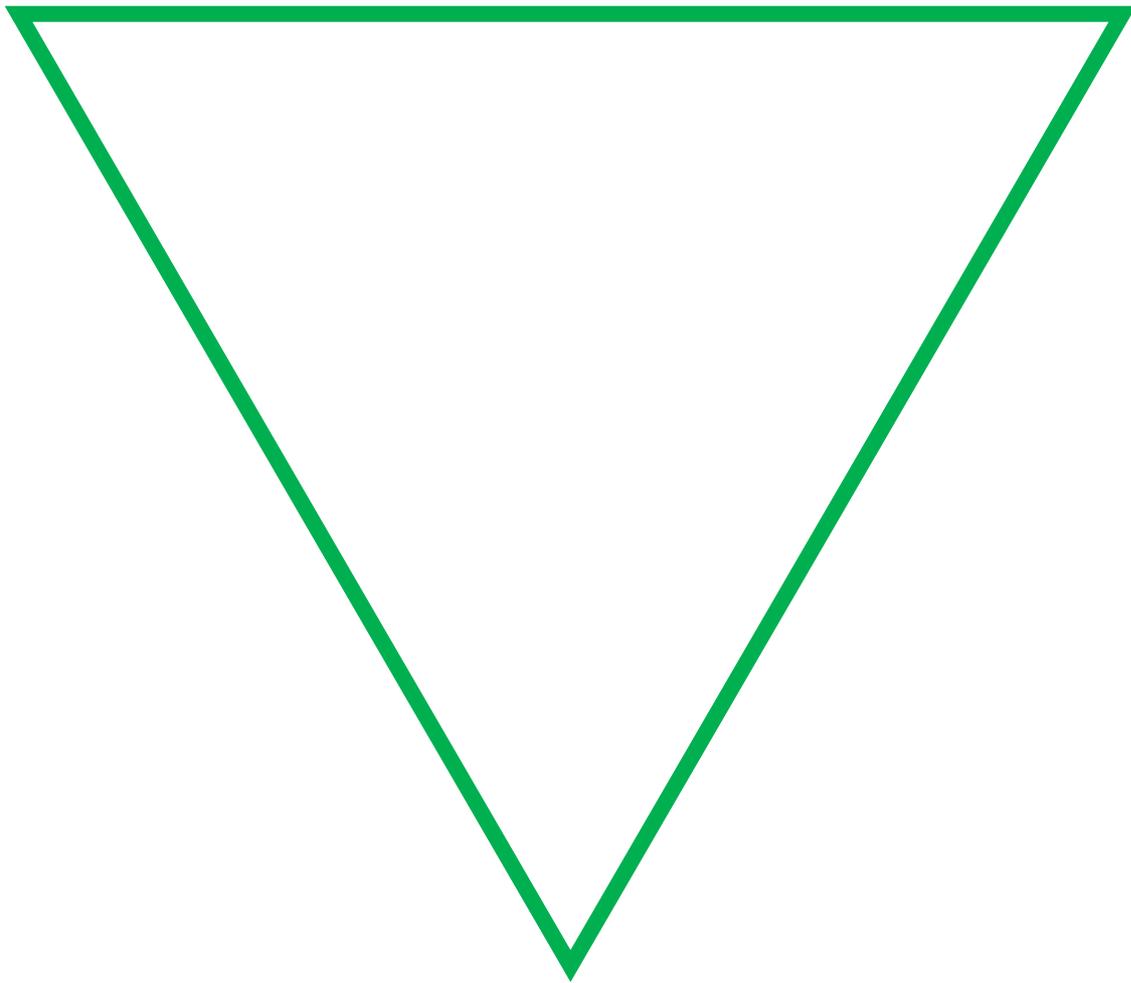


**LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL  
PARTAGE – PTSM du CALVADOS**



# Table des matières du diagnostic territorial partagé

INTRODUCTION.....	3
LE DIAGNOSTIC QUALITATIF DES ACTEURS.....	14
CONCLUSION.....	60
LISTE DES AVREVIATIONS.....	60

# INTRODUCTION

## CONTEXTE NATIONAL ET LÉGISLATIF

### 1.1.1.1 Réorganisation de la santé mentale sur les territoires

L'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 propose deux niveaux de pilotage nécessaires pour la gouvernance du Plan : un pilotage national fort et un pilotage territorial des Agences Régionales de Santé (ARS) opérationnel qui rend lisible la politique que l'Agence veut mener, en fonction des orientations nationales et des besoins régionaux.

À l'échelle régionale, opérationnalisation de la politique définie par l'ARS.

- Au sein de chaque ARS, prévoir la fonction d'un référent santé mentale formé à ce champ, avec une fonctionnalité transversale d'animation de la politique régionale de santé mentale et de psychiatrie.
- Quelle qu'en soit la forme (conférence régionale de santé mentale, groupe de travail spécifique au sein de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), mettre en place une instance régionale de concertation en santé mentale.
- Définir une feuille de route en fonction du diagnostic territorial partagé, et animer sa mise en œuvre et son suivi.
- Inscrire la santé mentale à l'agenda des Commissions de Coordination des Politiques Publiques de santé (CCPP).
- Soutenir le développement des Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM), en les positionnant comme un outil de gouvernance partagé et démocratique des politiques locales de santé mentale et en assurant le financement de postes de coordonnateur des CLSM (ARS - collectivité territoriale).

À l'image de la différenciation faite dans le rapport Laforcade : « la santé mentale n'est pas de la responsabilité exclusive de la psychiatrie, mais la psychiatrie doit impérativement s'intégrer dans la politique de santé mentale », l'article 69 de la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) fait une distinction claire entre la politique de santé mentale, branche de la santé publique, et l'organisation de la psychiatrie.

La politique de santé mentale s'inscrit donc nécessairement dans un cadre coopératif large, incarné par un projet territorial de santé mentale qui facilitera le parcours de « l'usager », en mettant en relation tous les acteurs susceptibles d'intervenir à un moment ou un autre dans ce parcours : « la coordination socio-sanitaire est indispensable ».

De plus, la loi LMSS est venue définir (ou redéfinir) huit instruments de planification nécessaires à l'édification des parcours en santé mentale dans les Projets régionaux de santé (PRS) :

- la politique de santé mentale ;
- le projet territorial de santé mentale ;
- les parcours de soins et de vie ;
- le diagnostic territorial partagé en santé mentale ;
- les contrats territoriaux en santé mentale ;
- les conseils locaux de santé et les conseils locaux de santé mentale ;
- l'activité de psychiatrie ;
- la mission de psychiatrie de secteur.

À ces 8 instruments, nous pouvons ajouter les volets santé mentale des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) qui doivent s'articuler avec les PTSM.

### 1.1.1.2 Mise en place des PTSM

Cette réorganisation suppose que soit mise en œuvre sur chaque territoire une organisation graduée globale répondant à l'ensemble des besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques tout au long de leur parcours de vie : de la prévention jusqu'aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale, en passant par le soin.

Cette organisation est décrite et mise en œuvre dans le projet territorial de santé mentale qui s'appuie sur un diagnostic territorial partagé par l'ensemble des intervenants, institutionnels, professionnels, et les usagers et leurs aidants.

L'élaboration du diagnostic territorial partagé s'inscrit dans la mise en œuvre de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, qui engage des réformes d'ampleur en matière de territorialisation de l'offre de soins. Dans la continuité de réformes antérieures, le législateur affirme la volonté d'intégrer la psychiatrie à la planification générale des soins et à la politique générale de santé. D'une manière générale, les articles 69 à 73 réaffirment la place et l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale au sein de notre système de santé.

Dans l'article L.3221-1, la loi précise le contour de la politique de santé mentale, qui couvre un périmètre large : « actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale ». Elle acte qu'elle est certes l'affaire du sanitaire, mais pas uniquement puisqu' : « elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion ». Une distinction est donc opérée entre la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie, la santé mentale n'étant pas de la responsabilité exclusive de la psychiatre, mais la psychiatrie devant s'intégrer dans une politique de santé mentale. Ceci permet une clarification des responsabilités des différents acteurs qui interviennent dans le champ de la santé mentale, et inscrit la santé mentale dans un cadre coopératif large incarné par le projet territorial de santé mentale.

L'article L.3221-2 définit le projet territorial de santé mentale (PTSM) et un décret paru le 27 juillet 2017 en fixe 6 priorités :

- mettre en place un repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration d'un diagnostic et l'accès aux soins et aux accompagnements nécessaires ;
- organiser le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture (troubles psychiques graves, en situation ou à risque de handicap psychique), en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale ;
- permettre l'accès à des soins somatiques ;
- prévenir et prendre en charge les situations de crise et d'urgence ;
- promouvoir les droits, renforcer le pouvoir de décision et d'action des personnes souffrant de troubles psychique et lutter contre la stigmatisation ;
- agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de santé mentale.

Les actions tendant à mettre en œuvre ce projet territorial de santé mentale doivent faire l'objet d'un contrat territorial de santé mentale conclu entre l'ARS et les acteurs participant à la mise en œuvre de ces actions.

Dans ce contexte, l'objectif des parcours en psychiatrie et santé mentale consiste à prendre en compte les besoins de la personne dans toutes ses dimensions :

- la prévention et la promotion de la santé ;
- le soin tant psychiatrique que somatique, avec l'organisation de parcours gradués sur les territoires ;
- l'inclusion sociale ;
- la réinsertion ;
- et l'accès au droit commun ;

en positionnant la personne comme actrice de son projet de vie.

Ces parcours doivent pouvoir se réaliser dans une société qui œuvre à la déstigmatisation de la maladie mentale, notamment en luttant contre la discrimination qu'elle suscite.

En ce sens, la réussite de la mise en œuvre des parcours est l'affaire de tous et questionne l'ensemble des politiques publiques et leurs articulations.

## CONTEXTE RÉGIONAL

La loi prévoit que le PTSM soit laissé à l'initiative des acteurs, puis soit validé par le DGARS, après avis des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé, au sein duquel est identifiée une commission spécialisée en santé mentale.

Dans ce contexte, afin d'éviter des zones blanches, une réflexion régionale a été conduite en 2018, qui a permis de retenir pour la région Normandie, 7 territoires de « parcours psychiatrie et santé mentale », prenant en compte à la fois les territoires de démocratie sanitaire et la dimension départementale.

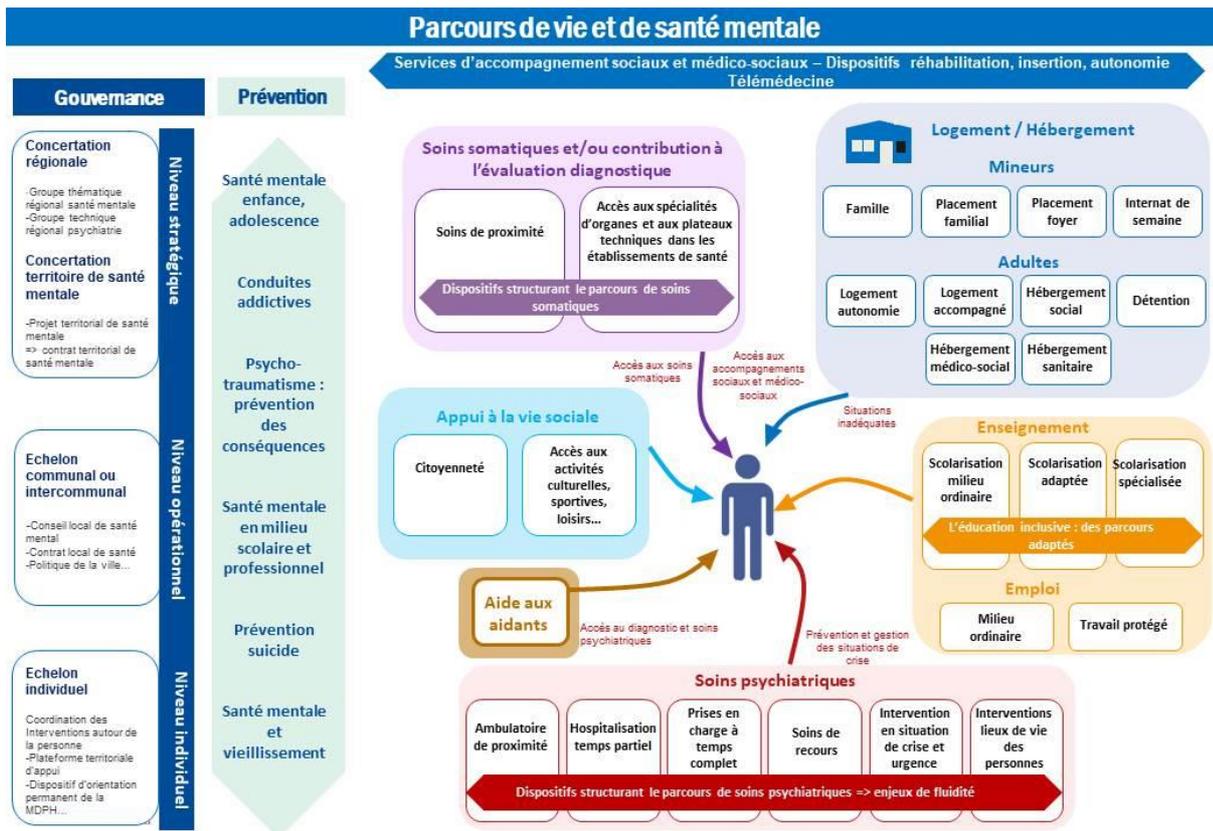
Il s'agit :

- des départements du Calvados, de l'Eure, de la Manche et de l'Orne ;
- du territoire de démocratie sanitaire de Dieppe ;
- des territoires de démocratie sanitaire de Rouen-Elbeuf et du Havre dans les limites départementales.

Zone d'Intervention des ES autorisés en Psychiatrie Générale, et  
Périmètre des projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) (Maj Février 2018)



Par ailleurs, afin de partager le périmètre du parcours santé mentale, une modélisation des différents champs concernés a été présentée lors d'un séminaire régional sur les parcours prioritaires en Normandie.



Cette modélisation a pour objectif de représenter les différents niveaux de gouvernance de la politique en santé mentale et les différents secteurs concernés par la santé mentale.

L'ARS Normandie, en accord avec les différents territoires, a lancé simultanément la démarche dans l'ensemble des territoires, avec un accompagnement régional par le cabinet Regard Santé pour un appui méthodologique et une aide à la rédaction.

Ainsi, afin de démarrer les travaux dans une dimension très transversale, en impliquant l'ensemble des secteurs concernés par la démarche, le principe d'un co-pilotage avec au minimum une représentation du secteur sanitaire (psychiatrique), social, médico-social (Personnes Agées-Personnes Handicapées : PA-PH), représentant de la médecine libérale (Plateforme Territoriale d'Appui : PTA, exercice coordonné de la médecine...) et bailleur social, a été installé dans chaque territoire. Les pilotes ont été désignés par les territoires avec validation par les Conseils Territoriaux de Santé (CTS). Ces co-pilotes constituent le groupe projet et bénéficie dans certains territoires de temps de coordination par redéploiement.

Des groupes de travail ont été mis en place dans chaque territoire, soit selon les 5 portes d'entrée de la rosace, soit selon les 6 priorités.

Par ailleurs, un COPIL (Comité de pilotage) stratégique territorial a été installé dans chaque territoire en conformité avec l'instruction.

Les représentants d'usagers et des familles sont membres des groupes de travail et du COPIL stratégique et, en fonction des territoires et de leur volonté, peuvent faire partie du groupe projet.

## SITUATION TERRITOIRE DU CALVADOS

Les co-pilotes ont été choisis en concertation et la composition de l'équipe projet a été validée par le conseil territorial de santé. Une lettre de mission de la Directrice Générale de l'ARS a été adressée aux pilotes précisant la définition des missions et des acteurs concernés.

Nom - Prénom	Structure	Fonction
FERRENDIER Olivier	CH Bayeux-Aunay	Directeur
BLANDEL Jean-Yves	EPSM Caen	Directeur
BRAZO Perrine	CHU Caen	Professeur de psychiatrie
ROCHE Dominique	ACSEA Calvados	Directrice générale
ANFROY Frédéric	Calvados Habitat - Inolya	Responsable commercial
HENRY Bertrand	AAJBosco	Directeur général
GINDREY Catherine	URML	Pédopsychiatre
TOULOUSE Marc	EPSM Caen	Psychiatre – Président de la CME

Fin 2018, ont été intégrés les co-pilotes des 6 groupes de travail mis en place :

Nom - Prénom	Structure	Fonction
CHASTANG Françoise	CHU Caen	Psychiatre
DEBARRE Maryvonne	APAJH	Présidente
DOLLFUS Sonia	CHU Caen	Chef de pôle santé mentale
GENVRESSE Patrick	Maison des Adolescents 14	Directeur médical
HERIN-GILLIER Claire	UDAF 14	Directrice des services sociaux
JOUEN Aline	URML	Chef de projet
DESRAME Véronique	ACSEA	Directrice Départemental Prévention Santé
CORDIER Pascal	ACSEA	Directeur général

Un COPIL stratégique a été constitué pour suivre, appuyer et valider les travaux des PTSM.

Secteur	Organisation	Fonction	Nom Prénom
Sanitaire	CHU Caen	Chef de pôle santé mentale	DOLLFUS Sonia*
Sanitaire	CH Bayeux-Aunay	Directeur	FERRENDIER Olivier*
Sanitaire	EPSM Caen	Directeur	BLANDEL Jean-Yves*
Sanitaire	EPSM Caen	Président de CME	TOULOUSE Marc*
Médicosocial	ACSEA Calvados	Directrice générale	ROCHE Dominique*
Social	AAJBosco	Directeur général	HENRY Bertrand*
Bailleur social	Inolya	Responsable commercial	ANFROY Frédéric*
	UDAF 14	Directrice des services sociaux	HERIN-GILLIER Claire*
Sanitaire	URML	Chef de projet	JOUEN Aline*
Sanitaire	CHU Caen	Professeur de psychiatrie	BRAZO Perrine*
Sanitaire	CHU Caen	Psychiatre	CHASTANG Françoise*
	Maison des adolescents 14	Directeur médical	GENVRESSE Patrick*
	APAJH	Présidente	DEBARRE Maryvonne*
Social	FAS	Directrice d'établissements et services secteur Insertion AAJB	LESUEUR Magali

<b>Institution</b>	UAMC 14	Président	PAZ Olivier
<b>Institution</b>	MDA 14	Directrice administrative	DESRAME Véronique
<b>Institution</b>	DDCS	Directrice départementale	THIEBAUT-ROUSSON Marie-Dominique
<b>Institution</b>	DIRECCTE	Directrice UT 14	LESTRADE Christine
<b>Institution</b>	DIRECCTE	Médecin inspecteur du travail	RAOULT-MONESTEL Muriel
<b>Institution</b>	Inspection académique	Directeur académique	BOUVIER Mathias
<b>Institution</b>	Inspection académique	Conseiller technique	VIAL-GAILLARD Sylvie
<b>Social</b>	DTPJJ	Directeur territorial	PIBAROT Pierre
<b>Médicosocial</b>	MAIA	Pilote Caen couronne littoral	DEWOST Lucile
<b>Institution</b>	CD 14	Directeur général adjoint	POULIQUEN Jean-Marie solidarité
<b>Institution</b>	CD 14	Conseiller départemental	ROCA Michel
<b>Institution</b>	CD 14	Conseiller départemental	LENOURRICHEL Sylvie
<b>Médicosocial</b>	MDPH	Directrice	COLETTA Annie
<b>Représentant patient</b>	Advocacy	Président	GUERARD Philippe
<b>Représentant patient</b>	UNAFAM	Déléguée 14	RUSSO Béatrice
<b>Social</b>	UDAF	Directeur	NIEL Christophe
<b>Médicosocial</b>	ANPAA	Directrice CSAPA	CARPENTIER Mireille
<b>Social</b>	CAP Emploi	Directeur	MARTIN Frédéric
<b>Médicosocial</b>	BAPU	Directeur général	COCHET Samuel
<b>Coordination</b>	Association Revivre - PTA	Directeur adjoint	LARCHER Thierry
<b>Coordination</b>	CLSM Caen	Coordonnateur	BOURDIEL Franck
<b>Institution</b>	CPAM Calvados	Directeur	ROBINEAU Jean-Joseph
<b>Institution</b>	MSA Côtes normandes	Directeur	LANCRY Pierre-Jean
<b>Institution</b>	Préfecture du Calvados	Directrice de Cabinet	GOYET Camille
<b>Sanitaire</b>	EPSM Caen	EMPP	DESHAYE Agnès
<b>Sanitaire</b>	URPS Orthophoniste		JULIENNE Nathalie
<b>Social</b>	CAF 14	Directeur Général	LE PETITCORPS Christian
<b>Médicosocial</b>	ESI 14	Directeur	JEAN Stephan
<b>Sanitaire</b>	Fondation de la Miséricorde	Directrice	KRIKORIAN Myriam
<b>Médicosocial</b>	APAEI de la côte fleurie	Directeur Général	MONTFORT Hugues
<b>Médicosocial</b>	SAVS L'appui - foyer Leone Richet	Médecin Directeur	CRETE Pascal
<b>Sanitaire</b>	EPMS La Clairière Aunay/odon	Directeur	KERFOURN Jean-Marie
<b>Social</b>	AAJBosco	Directeur secteur protection de l'enfance	CAMPEGGI Marc

\*Pilotes des groupes

6 groupes de travail ont été définis en suivant les priorités du PTSM. Chaque groupe thématique s'est réuni 3 fois pour co-construire :

- Le volet diagnostic du PTSM :
  - Diagnostic (forces/faiblesses)
  - Problématiques retenues
  - Analyse des causes
  - Proposition d'actions
  -
- Le volet projet du PTSM :
  - Définition des enjeux

- Ecriture des fiches enjeux

## Groupe 1 : METTRE EN PLACE UN REPÉRAGE PRÉCOCE DES TROUBLES PSYCHIQUES, L'ACCÈS AU DIAGNOSTIC, AUX SOINS ET AUX ACCOMPAGNEMENTS

Organisation	Fonction	Nom Prénom
2 choses l'une	Responsable demandeurs d'asile Calvados	CAO/LAES LAZLI Nadia
A.Bodereau Ligue de l'enseignement - IME	Psychiatre	ORLIAC François
A.Bodereau Ligue de l'enseignement - SESSAD	Responsable de service	BELLANGER Arnaud
Association G. Mialaret – Pôle Enfance Adolescence Famille	Coordinatrice médico-sociale	LAUNAY Camille
Association G. Mialaret – CAMPS	Médecin directeur	MONGINET Florence
Association médicale contre l'exclusion (AMCE)	Médecin	DELHON Marie-Paule
ARS Normandie	Chef de projet en santé mentale	BONNEFOY Cécile
CAARUD et CSAPA Caen	Médecin responsable	LE PENNEC Annaïg
Calvados Habitat	Chargée de prévention sociale	LANGE Laëtitia
<b>CHU</b>	<b>Chef de pôle de santé mentale</b>	<b>DOLLFUS Sonia*</b>
CHU – Equipe de soins intensifs	Praticien hospitalier	MEUNIER-CUSSAC Sophie
CHU – Addictologie	Médecin	VAN DER SCHUEREN Marie
CMP / HDJ Hérouville / Esquirol	Infirmière	VARGAS Leïla
CMPP La Guidance	Directeur médical	ZANELLO Fabrice
CMPP Lisieux	Directeur adjoint	LORGEET Nicolas
Conseil Départemental	Direction autonomie	POULIQUEN Jean-Marie
Conseil Départemental	Conseillère technique « Petite enfance »	BACHIMONT Céline
Conseil Départemental	Elue	LENOURRICHEL Sylvie
Education Nationale	Conseillère technique DSDEN	LEVENE Emmanuelle et LECUY Agnès
EPSM – EMPP		DESHAYES Agnès
EPSM – Unité Réhabilitation Psycho-sociale	Psychiatre	CAUCHY Julie
EPSM – Unité Réhabilitation Psycho-sociale	Cadre de santé	DUMOULIN Arnaud
ESI	Directeur	JEAN Stéphan
Foyer Léone Richet – SAMSAH L'appui	Cadre de santé	DUTORDOIT Angélique
MAIA Pays d'Auge	Pilote	BERTHELOT Louise
<b>Maison des adolescents</b>	<b>Directeur Médical</b>	<b>GENVRESSE Patrick*</b>
Médecins du monde		MARTINE Nicolas
Normandie Pédiatrie – Ressource et appui aux parcours de santé	Directrice	LEGENDRE Elen et ERARD Marine
Orthophoniste	Orthophoniste	BOLLORE Christelle
PJJ	Conseillère technique santé	GEAY Carole
URPS Infirmier	Trésorière adjointe	GOUABAUULT Fabienne
SESSAD Vallée de l'Odon	Chef de service	CHEYRIAS Valérie
SUMPSS	Assistante sociale	LENEVEU Océane

\* Pilotes du groupe

## Groupe 2 : ORGANISER LE PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE DE QUALITÉ ET SANS RUPTURE EN VUE DU RÉTABLISSEMENT ET DE L'INCLUSION SOCIALE DES PERSONNES

Organisation	Fonction	Identité
2 choses l'une	Directrice	LAZLI Nadia
AAJB	Directrice SESSAD et ITEP Vallée de l'Odon	DO Sandrine
A. Bodereau	Responsable de service	ROUZIERE Jabob
ACSEA- MDA 14	Directrice Département Santé	DESRAME Véronique
ACSEA	Directeur ITEP « Champ Goubert »	MARGUERITE Didier
<b>ACSEA</b>	<b>Directrice générale</b>	<b>ROCHE Dominique*</b>
Advocacy Normandie	Adhérent	CORBLIN Geoffroy
Advocacy Normandie	Déléguée Régionale	ESCALIE Julie
Advocacy Normandie	Adhérente	HUBERT Michèle
Advocacy Normandie		MONNIE Cécile
Cap Emploi	Coordinatrice	BANSARD Clémentine
Cap Emploi	Directeur	MARTIN Frédéric
APAEI Côte fleurie	Directeur général	MONFORT Hugues
Conseil Départemental	Directrice Enfance - famille	ABLAIN Elise
Conseil Départemental		DUGUEY Florence
<b>CHU</b>	<b>Psychiatre</b>	<b>BRAZO Perrine*</b>
CHU	Chef de service	GUENOLE Fabian
DDCS	Référente santé handicap	DUPUIS Annick
EPSM Caen	Psychiatre	CAUCHY Julie
EPSM Caen – Unité Ariane	Psychiatre	DECERLE Elodie
Foyer Léone Richet	Psychiatre - Directeur	CRETE Pascal
LADAPT Normandie	Directeur adjoint des ESAT	LABOURDIQUE Jean-Pierre
L'essor Falaise	Directeur	BUSBOCQ Stéphane
L'essor Falaise	Adjointe de direction	PETITPAS Isabelle
Les Compagnons Bayeux – ESAT	Directeur	LE BELLEC Régis
Ligue de l'enseignement		LE BAITLEF Bérénice
MAIA Caen Couronne Littoral	Pilote	DEWOST Lucile
MAIA Pays d'Auge	Pilote	BERTHELOT Louise
SPIP Caen	Cheffe d'antenne	DELAUNAY Emilie
STEMO – PJJ 14	Directrice	LHERAULT Cécile
SUMPPS Université Caen	Assistante sociale	LENEVEU Océane
SUMPPS Université Caen	IDE Chargée de projet	POUCLEE Sarah
UDAF Calvados	Directeur	NIEL Christophe

\* Pilotes du groupe

### Groupe 3 : PREMETTRE L'ACCES A DES SOINS ADPTES

Organisation	Fonction	Identité
<b>APAJH Calvados</b>	<b>Présidente</b>	<b>DEBARRE Maryvonne*</b>
APAJH Calvados	Conseillère ESF	MOUSSET Aurélia
Conseil Départemental	Conseillère technique DEF	CONAN Patricia
Normandie Pédiatrie – Ressource et appui aux parcours de santé	Directrice	LEGENDRE Elen
OFII	Médecin	DESPLANCHES Jacques
Plateforme Territoriale d'Appui – Bessin Pré-bocage	Directeur médical	GANDON Thierry
PSLA Argouges – Bayeux	Médecin	SANOULLER François
Ville de Caen	Coordinatrice CLS	GODEY Zoé
Ville de Caen – CCAS	Mission Ville Handicap	SALIOT Karine
<b>URML</b>	<b>Chef de projet « Offre de soins hospitaliers »,</b>	<b>JOUEN Aline*</b>
URPS Infirmier	Présidente	BONNIEUX Christine

\*Pilotes du groupe

#### Groupe 4 : PRÉVENIR ET PRENDRE EN CHARGE LES SITUATIONS DE CRISE ET D'URGENCE

Organisation	Fonction	Nom Prénom
AAJB	Directeur protection de l'enfance	CAMPEGGI Marc
AAJB	Pédopsychiatre	BIMIER Caroline
A. Bodereau - IME	Responsable des plateformes SAFIR et SAMIR	BOULAIS Mélanie
A. Bodereau - IME	Responsable du service Pôle des Ateliers Techniques et d'Insertion Professionnelle	JEAN Didier
BAPU	Psychiatre	MUNIER-LAUDE Corinne
Association Gaston Mialaret	Directeur	COCHET Samuel
<b>CHAB</b>	<b>Directeur</b>	<b>FERRENDIER Olivier*</b>
CHAB	Praticien hospitalier et responsable du CMP d'Isigny sur Mer	BELLEGUIC Pascalou
CHAB – service de pédiatrie	Infirmière	GASNIER Anne-Sophie
CHAB	Praticien hospitalier	GRIPOIX Isabelle
<b>CHU Caen</b>	<b>Psychiatre</b>	<b>CHASTANG Françoise*</b>
CHU Caen	Pédopsychiatre	EGLER Pierre-Jean
CHU Caen – UCPU /Esquirol	Praticien Hospitalier	NATHOU Clément
CH Lisieux	Praticien Hospitalier	MANSOUR Vladimir
EPEI Caen – PJJ	Directrice stagiaire	VAUDREVILLE
EPSM – Equipe mobile de gériatrie	Praticien Hospitalier	FREYMUTH- LUCAS Julia
EPSM – Maison des adolescents	Praticien Hospitalier	NICOLLE Hélène
EPSM	Chef de pôle EPSM et responsable CUMP Calvados	VASSE Thierry
EPSM	Coordinateur CLSM	BOURDIEL Franck
EPSM – Urgences de Lisieux	Praticien Hospitalier	BURETTE Vanessa
EPSM	Praticien Hospitalier	GERARD Pierre TOULOUSE Marc
EMPP	Equipe mobile	DESHAYES Agnès
L'essor – Falaise	Adjointe de direction	PETITPAS Isabelle
Maison Départementale de l'Enfance et de la Famille du Calvados	Directrice	MAINARD Delphine
MSA – Côtes Normandes	Chargée de mission	HUBERT Sylvie
PJJ	Conseillère technique Promotion santé 14-50-61	GEAY Carole
PJJ	Directrice du service	LABAURIE Christelle
Préfecture du Calvados		BABEL Heddi
URPS Infirmier	Présidente	BONNIEUX Christine
Ville de Caen	Maire adjointe / présidente du conseil de surveillance de l'EPSM	PRADAL CHAZARENC Catherine
SAMU 14	Praticiens Hospitaliers	ARROT Xavier HAREL David
SOS Médecins	Médecin	LACHENAL Michel
SDIS du Calvados	Médecin chef	LE HOUSSEL Pierre-Yves

\* Pilotes du groupe

**Groupe 5 : PROMOUVOIR LES DROITS, RENFORCER LE POUVOIR DE DÉCISION ET D'ACTION DES PERSONNES SOUFFRANTS DE TROUBLES PSYCHIQUES ET LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION**

Organisation	Fonction	Identité
A. Bodereau – IME	Responsable de service	MOREUX Juliette
ACSEA – SATC	Directrice	PATRIX Valérie
Advocacy Normandie	Président	GUERARD Philippe
ATMP 14	Directeur adjoint	QUESNEL Boris
CHU Caen	Psychiatre	LEBAIN Pierrick
Conseil Départemental de l'Accès au Droit du Calvados	Coordinatrice	BOUIX Carine
CRA Caen	Cadre socio-éducatif	DEMONTETY Isabelle
EPSM	Directeur	<b>BLANDEL Jean-Yves *</b>
EPSM	Psychiatre	CAUCHY Julie
EPSM	Coordinateur CLSM Caen	BOURDIEL Franck
Foyer Léone Richet	Responsable administratif et financier	LEMANISSIER Philippe
LADAPT	Directrice	PEWZER Bénédicte
L'Essor	Directeur adjoint	DUROY Aymerick
MSA – Côtes Normandes	Responsable de l'action sociale	MAILLARD Estelle
UDAF	Directrice service protection et accompagnement	<b>HERIN GILLIER Claire*</b>
Unafam	Déléguée 14	RUSSO Béatrice
Unafam	Bénévole	ROUSSEE Brigitte

\* Pilotes du groupe

## Groupe 6 : AGIR SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX, ENVIRONNEMENTAUX ET TERRITORIAUX EN SANTÉ MENTALE

Organisation	Fonction	Nom Prénom
AAJB	Directeur général	<b>HENRY Bertrand*</b>
AAJB	Chef de service - Pôle logement	VAUGEOIS Valérie
AAJB	Chef de service – Pôle hébergement- insertion	BARRE Nadia
A. Bodereau – IME	Directeur de l'IME	BERTOLI Sébastien
ANPAA 14	Chargée de projet ANPAA 14 et animatrice PPCA 14 hors Pays d'Auge	ALLE Manon
Advocacy	Déléguée régionale	ESCALIE Julie
Advocacy Vire	Représentants	PORET Stéphanie VANNIER Eric
CHU Caen – Esquirol – CAMP Hérouville-St-Clair	Psychiatre	MONTAGNE LARMURIER - Aurélie
DDTM	Responsable unité financement du logement social et rénovation urbaine	VILLIERS Chloé
EPSM	Infirmière –équipe Ariane	DESERT Emilie
Foyer Léone Richet	Chef de service éducatif et paramédical	REVERT Séverine
Inolya	Responsable commercial	<b>ANFROY Frédéric*</b>
L'ADAPT	Directeur adjoint	LABOURDIQUE Jean-Pierre
L'essor Falaise	Directeur	BUSBOCQ Stéphane
Maison des adolescents	Coordinateur de réseau – Chef de service	VAUCELLE Barthélémy
Médecins du Monde	Psychologue	THOMAS Marie
Médecins du Monde	Bénévole	DUVAL Marine
MSA – Côtes Normandes	Chargée de prévention	HUBERT Sylvie
Université de Caen – Médecine préventive	Psychologue	DAIREAUX Aurélie
URPS Infirmiers	Infirmière libérale	PONCET Emma
Ville de Bayeux	Directrice du CCAS	FAELCHLIN Anne-Sophie
Ville de Bayeux	CCAS - Chargée de mission CLSM	DUTET Agnès
Ville de Caen	Coordinatrice CLS	GODEY Zoé

\* Pilotes du groupe

## Chronogramme de la construction du PTSM :

2018				2019										
Sept	Oct	Nov	Déc	Janv	Fév	Mars	Avr	Mai	Juin	Juill	Aou	Sept	Oct	Nov
Préparation				Diagnostic et proposition d'actions							Écriture du PTSM			
				Réunions des groupes de travail										

### LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGÉ

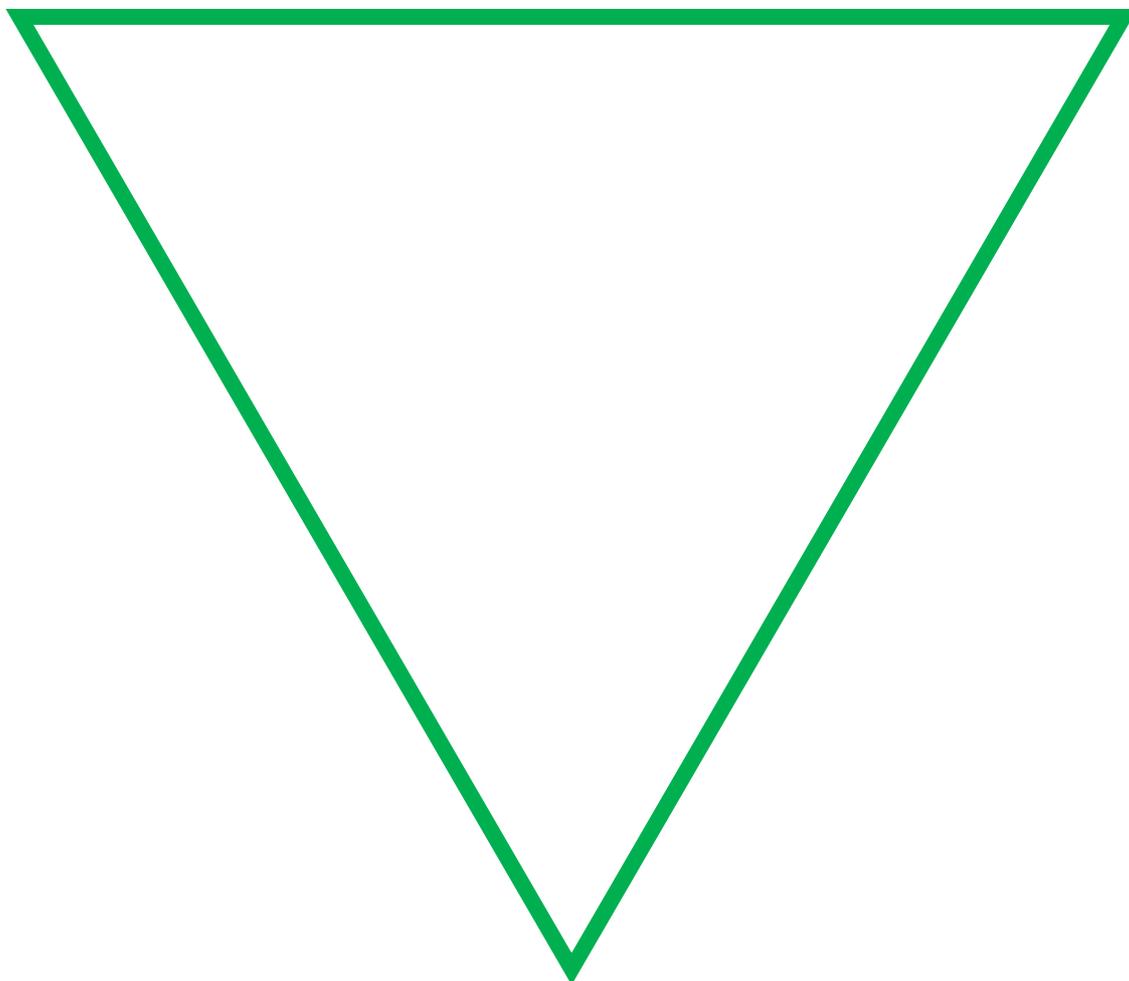
La définition donnée du diagnostic territorial partagé dans la loi de modernisation de notre système de santé montre que le bilan partagé des besoins et des ressources ne peut s'inscrire que dans une démarche de concertation territoriale qui associe l'ensemble des acteurs participant à l'appui au parcours de vie des personnes en situation de vulnérabilité.

Le diagnostic territorial partagé passe par deux phases : la phase de bilan partagé des besoins et des ressources et la phase de concertation territoriale. Bien qu'interdépendantes et complémentaires, ces phases ont cependant des objectifs distincts.

Si le bilan partagé des besoins et des ressources vise à dresser un état des lieux, une photographie d'une situation dans un contexte législatif et territorial donné, la concertation territoriale, en revanche, doit permettre d'identifier des leviers d'actions pour faire évoluer le dispositif et les pratiques, parfois même au-delà des textes législatifs et des contraintes réglementaires ou tarifaires qui existent déjà.

**Le Diagnostic territorial partagé est une évaluation des besoins partagée, régulière, précise, formalisée et prenant en compte les facteurs environnementaux (ou contextes locaux).**

# **LE DIAGNOSTIC QUALITATIF DES ACTEURS DU TERRITOIRE**



# Sommaire

REPERAGE PRECOCE DES TROUBLES PSYCHIQUES, ACCES AU DIAGNOSTIC, AUX SOINS ET AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX.....	19
Petite enfance / Périnatalité.....	19
Enfance.....	20
Adolescence .....	21
Jeunes adultes (jusqu'à 25 ans) .....	22
Adultes .....	24
Personnes âgées.....	25
ORGANISER UN PARCOURS DE SANTE ET DE VIE DE QUALITE ET SANS RUPTURE EN VUE DU RETABLISSEMENT ET DE L'INCLUSION SOCIALE DES PERSONNES.....	27
Organisation d'un suivi coordonné réalisé par des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité .....	27
Organisation de l'accès à une offre de réhabilitation psychosociale, Organisation du maintien dans le logement, Organisation du maintien dans l'emploi ou de l'accès à l'emploi, Organisation de l'accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives .....	31
Organisation du soutien aux familles et aux proches aidants.....	32
CONDITIONS D'ACCES DES PERSONNES A DES SOINS SOMATIQUES ADAPTES.....	33
Suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques par les professionnels de santé de premier recours, et coordination avec les acteurs de santé mentale.....	33
L'organisation par les établissements de santé autorisés en MCO d'un accueil et d'un accompagnement adaptés aux personnes présentant des troubles psychiques.....	34
L'organisation de l'accès aux soins somatiques pour les personnes hospitalisées au sein des établissements de santé spécialisés en psychiatrie .....	35
L'organisation d'actions de prévention, d'éducation à la santé et d'un suivi somatique par les établissements et services sociaux et médico-sociaux.....	36
PREVENIR ET PRENDRE EN CHARGE LES SITUATIONS DE CRISE ET D'URGENCE.....	37
Périmètre de travail .....	38
Assurer un accès aux soins rapides et une prise en charge adaptée dans les situations de crise.....	41

Coordonner la prise en charge des situations de crises violentes/ coordination .....	43
Prise en charge des suicidaires et suicidants / Prévention du suicide .....	45
Axe communication/formation .....	46
<b>RESPECT ET PROMOTION DES DROITS DES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES .....</b>	<b>48</b>
La promotion et l'association à l'élaboration du projet de soins .....	48
Le développement des espaces de concertation et de coordination locales.....	49
L'information des personnes présentant des troubles psychiques et de leur entourage sur leurs droits afin d'en favoriser l'accès.....	50
La lutte contre la stigmatisation.....	52
<b>ACTION SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX, ENVIRONNEMENTAUX ET TERRITORIAUX.....</b>	<b>53</b>
Coordination des parcours.....	53
Prévention Orientée vers les aidants.....	54
Logements et ses diversifications .....	55
Mobilité .....	55
Accès et maintien dans l'emploi .....	56
Groupe d'Entraide Mutuelle.....	56
Les compétences psycho-sociales.....	57
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>58</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>58</b>

# REPERAGE PRECOCE DES TROUBLES PSYCHIQUES, ACCES AU DIAGNOSTIC, AUX SOINS ET AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

## PETITE ENFANCE / PERINATALITE

### LES FREINS

- ▶ Porte d'entrée déplorée par la protection de l'enfance;
- ▶ Retard aux diagnostics des enfants (0 => 6 ans) ;
- ▶ Pas de formation, ni d'information des professionnels pour favoriser l'accès aux soins ;
- ▶ Formation insuffisante des enseignants sur la sensibilité aux troubles psychiatriques ;
- ▶ Difficultés à l'accès aux soins > 6 ans ;
- ▶ Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMPS) : délai d'attente > 1 an surtout pour la population des 4,5 ans (> 6 mois) ;
- ▶ Carences d'effectifs : paramédical + (orthophoniste) ;
- ▶ 3 ans d'attente pour accès Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) : délai MDPH – manque de place ; Possibilité d'intervention des SESSAD hors notification MDPH
- ▶ Retard dans l'enclenchement des soins en raison des freins (Ex : reconnaissance par les parents des difficultés de leurs enfants).

### LES LEVIERS

- ▶ Infirmiers/médecins scolaires dans l'éducation nationale (nombre OK) ;
- ▶ Réseau périnatalité se développant sur le département 14 (lien médicosocial et sanitaire) ;
- ▶ Groupes d'accueil pluridisciplinaires (CAMPS/Centre de guidance) avec les accompagnants (parents) ;
- ▶ Lien CAMPS et Centre Médico-Psychologique (CMP) CCTEF concernant les relais de prise en charge
- ▶ Interventions médico-sociales (psychomotriciennes) dans le sanitaire (pédiatrie) ;
- ▶ Interventions du social (puériculture/PMI) dans les hôpitaux ; ;
- ▶ Consultation transculturelle et consultation adoption (CMP CCTEF)
- ▶ Bons partenariats ;
- ▶ Groupes d'accueil ultra rapide pour les 4-6 ans (1 expérience).

### ENJEUX / PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Développer les groupes d'accueil pluridisciplinaires (CAMPS/Centre de guidance) avec les accompagnants (parents) ;
- ➔ Développer les interventions médico-sociales (psychomotriciennes) dans le sanitaire (pédiatrie) et le travail conjoint avec les SESSAD
- ➔ Développer la prévention par les équipes pluridisciplinaires (médicale, sociale et médicosociale)
- ➔ Intervention des éducateurs spécialisés (0 => 3 ans) (sans attendre la détection à l'entrée de l'enfant à l'école).

## ENFANCE

### LES FREINS

- ▶ Retard d'accès au soin et de détection ;
- ▶ Difficulté de poser un diagnostic (différentes lectures)
- ▶ Besoin de renforcement de la prise en charge partagée médicale et médico-sociale;
- ▶ Absence de structures d'hébergement / d'accueil temporaires (séparation/accompagnant) :
  - ▶ Accompagnement psychologique ;
- ▶ Difficulté de double prise en charge entre le sanitaire et le médico-social ;

### LES LEVIERS

- ▶ Lieu d'accueil sans rendez-vous 0-12 ans dans le Pôle de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'EPSM ;
- ▶ Familles d'accueil spécialisées.

### ENJEUX I PISTES D'AMÉLIORATION

- ⇒ Améliorer la compréhension des différentes lectures des troubles par les différents partenaires (médicale, éducative, etc...) : améliorer la communication ; améliorer la formation.
- ⇒ Structures d'hébergement/d'accueil temporaires (séparation/accompagnant) (structure qui relèverait d'avantage du médicosociale que du sanitaire) : accompagnement psychologique ;
- ⇒ Double prise en charge (médicale et médicosociale +++)
- ⇒ Renforcer le lien entre les psychiatres et les pédopsychiatres dans le cadre de la protection de l'enfance (lien parent/enfant)

## ADOLESCENCE

### LES FREINS

- ▶ Longs délais de prise en charge sur certains secteurs (Bayeux) ;
- ▶ Prise en charge des migrants (urgences/EPISM/CHU) : problème d'accès aux soins ;
- ▶ Une seule équipe sur Caen de détection, d'évaluation et de prise en charge pour les troubles psychotiques et les troubles de l'humeur (secteur Caen G01 ; CHU de Caen) ;
- ▶ Faible articulation des CMP et CMPP ;
- ▶ Cloisonnement des structures pour les moins de 20 ans et les plus de 20 ans et plus globalement la question de l'âge de prise en charge : 16 ans pour la Psychiatrie adulte selon les textes, à partir de 18 ans selon la pratique de certaines équipes (MDA14)

### LES LEVIERS

- ▶ Maison des adolescents : mission départementale : détection/prise en charge
  - ▶ Accueil sans rendez-vous « généraliste », évaluation, écoute, orientation ;
  - ▶ Antennes d'accueil sans rendez-vous en partenariat dans les territoires (Lisieux, Bayeux, Vire)
  - ▶ Délais de prise en charge acceptable de < 15 jours/2 à 3 mois ;
  - ▶ Réseaux adolescents (partenariats multiples +++ ) dans les territoires ;
  - ▶ Accueil et équipes mobiles thématiques sur le territoire
- ▶ Equipe Mobile de Soins Intensifs (EMSI) pour jeunes développant un trouble psychiatrique (psychose en particulier) (1 expérience à Caen)

### ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Prise en charge des migrants (urgences/EPISM/CHU) ;
- ➔ Etoffer et étendre l'équipe caennaise (EMSI) de détection, d'évaluation et de prise en charge pour les jeunes présentant des troubles psychiatriques émergents (psychose et troubles de l'humeur notamment) ;
- ➔ Améliorer l'articulation des CMP et CMPP quant à l'offre de service ;

## JEUNES ADULTES (JUSQU'A 25 ANS)

### LES FREINS

- ▶ Vacances de postes médicaux hospitaliers
- ▶ Insuffisance de soins alternatifs en ambulatoire dont les équipes mobiles
- ▶ 10% de temps de psychiatre au SUMPPS (Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé). Le professionnel ne prescrit pas.
- ▶ Recours excessif aux urgences psychiatriques engorgeant le service
- ▶ Relais de soins par les CMP difficiles (longs délais et pas toujours d'évaluation par un psychiatre)
- ▶ Organisation des établissements de l'intra vers l'extra
- ▶ Manque de formation des infirmiers libéraux
- ▶ Articulation difficile entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte
- ▶ Articulation difficile entre le médico-social et la psychiatrie
- ▶ Téléconsultation non développée
- ▶ Retard dans les évaluations, les diagnostics et les prises en charge de jeunes adultes qui débutent un processus psychopathologique :
  - ▶ Défaut d'organisation pour prendre en charge ces jeunes qui arrivent tardivement à l'hôpital et en crise après plusieurs années d'évolution.
  - ▶ L'Equipe Mobile de Soins Intensifs (EMSI) du CHU ne couvre qu'un seul secteur. Sa mission est d'évaluer et de prendre en charge de manière intensive le jeune dans son milieu avec un « gestionnaire de cas » (Case manager) au centre de la prise en charge. Cette équipe n'est pas déployée sur tout le territoire
- ▶ Public PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse) : pour beaucoup, les jeunes se retrouvent sans solution à partir de 18 ans. Risque d'isolement et absence de réponse malgré un besoin de poursuite de prise en charge (dont l'accompagnement psycho-social)
- ▶ Difficultés à faire hospitaliser les migrants à l'EPSM
- ▶ Problème de mobilité pour certains patients ; téléconsultations non développées
- ▶ Pas de secteur d'hospitalisation dévolu à l'accueil des jeunes en situation de crises ou qui présentent une pathologie émergente (primo-admission)
- ▶ Absence d'un centre d'accueil intersectoriel d'ouverture à large amplitude horaire pour recevoir toute demande médico-psychologique

### LES LEVIERS

- ▶ Consultations médicales et psychiatriques à la Boussole pour les migrants
- ▶ EMSI (Equipe Mobile de Soins Intensifs pour Jeunes Adultes) au sein du CHU
- ▶ Mise en place des Consultations Jeunes Consommateurs sur le territoire
- ▶ Un bon maillage de différentes structures aux spécificités diverses (BAPU, CMP...)
- ▶ Rassemblement en cours des équipes mobiles à l'EPSM

## ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Développement de l'EMSI
- ➔ Développement de l'offre en équipes mobiles
- ➔ Développement de la téléconsultation (après quelques consultations en présentiel)
- ➔ Développement de microstructures en addictologie : aller vers les gens sur des lieux de soins
- ➔ Développement d'unités d'hospitalisations spécifiques aux personnes en première crise et notamment les jeunes adultes

### Présentation d'un dispositif

**Equipe mobile de soins intensifs pour jeunes adultes** : créée en 2010. Pluridisciplinaire, elle est composée d'infirmiers, d'un cadre de santé, de psychologues, d'un praticien hospitalier, d'un interne, d'un éducateur spécialisé et d'un ergothérapeute. Elle prend en charge de façon intensive et durant deux ans des jeunes de 16 à 25 ans débutant un épisode psychotique et domiciliés sur le secteur Caen Nord. La prise en charge débute à l'occasion d'une consultation ou au moment d'une première hospitalisation une fois que le jeune a rencontré un infirmier ou un psychiatre. Des tests cognitifs et des évaluations cliniques et sociales sont effectués l'équipe. Le fonctionnement de l'équipe se base sur le Case-Management qui est un modèle médico-décentré. Des infirmiers sont référents de ces jeunes durant deux ans pour coordonner les soins. Les professionnels peuvent intervenir plusieurs fois par semaine dans le milieu du jeune. Les objectifs sont multiples : travailler sur la réinsertion professionnelle, favoriser le contact avec la famille... Cette approche permet une vision optimiste et réaliste des difficultés présentes par le jeune. Le jeune devient acteur de ses soins. L'alliance thérapeutique s'accroît. La famille peut également être intégrée à ce modèle en participant à un programme de psychoéducation. Il s'agit pour elle de mieux appréhender les symptômes et avoir une meilleure communication avec le jeune.

## ADULTES

### LES FREINS

- ▶ Sous-estimation des problèmes somatiques associés aux problèmes psychiatriques ; prise en charge somatique insuffisante
- ▶ Difficultés dans le repérage/ diagnostic chez les jeunes débutant une pathologie
- ▶ Stigmatisation de la psychiatrie adulte comme frein à l'accès aux soins
- ▶ Manque de passerelles entre le sanitaire et le milieu ordinaire
- ▶ Les acteurs ne se connaissent pas assez bien
- ▶ Manque de visibilité des structures pour les usagers et les professionnels notamment pour les soins de recours mal identifiés
- ▶ De longs délais d'attente pour l'accès au soin
- ▶ Les PTA (Plateformes Territoriales d'Appui) non fonctionnelles et non déployées sur tout le territoire Calvadosien
- ▶ Admission par ordre alphabétique pour les personnes sans domicile fixe. Or, ces personnes se déplacent régulièrement. Les équipes d'accueil mettent fin au suivi ce qui entraîne une rupture des soins

### LES LEVIERS

- ▶ Existence d'un service de médecine polyvalente intégré à l'EPSM pour l'évaluation et le suivi somatique
- ▶ Mise en place des CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) dans le cadre de « Ma santé 2022 »
- ▶ Mise en place du PRITH (Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés de Normandie) pour faciliter l'insertion des personnes en situation de handicap et réfléchir sur les formations auprès des entreprises
- ▶ Présence du RSVA (Réseau de Services pour une vie autonome)
- ▶ Présence de Handi'Uni : association qui accompagne des jeunes en situation de handicap à partir du lycée pour réussir leurs études et leur projet professionnel
- ▶ Présence du service « Trait d'union » pour effectuer des maraudes
- ▶ Formation des internes avec la possibilité d'immersion dans le médico-social : favorise l'interconnaissance

### ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Des alternatives à la contention et l'isolement
- ➔ Développement de passerelles entre le sanitaire et le milieu ordinaire
- ➔ Inscription de la psychiatrie dans les CPTS pour améliorer l'interconnaissance
- ➔ Filières de soins spécialisés (activité de recours)

## PERSONNES AGEES

### LES FREINS

- ▶ Intervention en cercle restreint : les professionnels de l'aide à domicile sont peu formés au repérage des troubles psychiatriques
- ▶ L'unité mobile du sujet âgé n'est pas déployée sur tout le territoire et n'est pas accessible avant l'âge de 75 ans
- ▶ Accès difficile aux CMP : locaux non accessibles, manque d'entourage dans le soutien à la mobilité, délai de consultation...
- ▶ De moins en moins de médecins traitants se déplacent à domicile
- ▶ Confusions entre les troubles cognitifs et les troubles psychiatriques
- ▶ Les CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination) ne sont pas déployés partout
- ▶ Violence au sein des structures
- ▶ Des services au sein des EHPAD qui existent (accueil de jour, hébergement temporaire) mais qui ne sont plus accessibles dès lors que les personnes sont étiquetées « psy »
- ▶ Faibles ressources pour l'aide aux aidants
- ▶ Une interconnaissance limitée des dispositifs du médico-social du social et du sanitaire
- ▶ Manque de connaissance du secteur de la psychiatrie manque de connaissance sur l'organisation et le lien entre les structures : par certains médecins traitants, SAAD (Service d'Accompagnement et d'Aide à Domicile), (Lien à faire du sanitaire au social et au médico-social)
- ▶ Manque de repérage par l'ensemble des partenaires du maintien à domicile.
- ▶ Pas d'homogénéité des réponses sur le territoire
- ▶ Nécessité d'une première hospitalisation ou d'un premier rendez-vous physique selon les dispositifs (problème de transport, débat éthique mais envie de soins et prise de conscience d'une nécessité de soins) parfois un premier rendez-vous à domicile permettrait d'aborder les choses différemment avec les personnes âgées
- ▶ Beaucoup de sollicitation par les partenaires du territoire de la gestion de cas MAIA dans le cadre de situation de personnes âgées avec des troubles psychiques, sans aucune prise en charge sanitaire

### LES LEVIERS

- ▶ De nombreuses structures qui interviennent notamment pour le public âgé : CMP, Unité Aide et d'Accompagnement au Domicile (UAAD) à Lisieux, Unité mobile de premiers secours et d'assistance (UMPSA) ouverture vers les soins au domicile, EMPP,
- ▶ Rôle majeur de l'UMPSA pour le repérage et l'accès au diagnostic
- ▶ Différents services d'hospitalisation : courts séjour de géronto-psychiatrie...
- ▶ Points téléphoniques de conseil par l'UMPSA
- ▶ Offres de répit courantes pour les personnes âgées : Accueil de jour, Accueil de nuit, Hospitalisation temporaire... mais les troubles psychiques peuvent être un frein à leur accès
- ▶ Référentiel missions des dispositifs en gérontologie : projet en cours porté par les MAIA du Calvados pour meilleure interconnaissance des professionnels, structures, services.
- ▶ Présence des CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination) afin d'obtenir des renseignements
- ▶ Mise en place progressive de la téléconsultation dans les EHPAD
- ▶ Déploiement de la démarche Monalisa pour lutter contre l'isolement et la solitude des personnes âgées
- ▶ Existence de structures et d'équipes spécialisées pour les personnes avec Alzheimer

## ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ⇒ Développer la téléconsultation
- ⇒ Schéma d'organisation des soins psychiques
- ⇒ Proposer des primo-entretiens à domicile pour personnes âgées isolées
- ⇒ Travail de communication auprès des médecins traitants sur l'organisation du secteur psy et de formation auprès des intervenants du maintien à domicile sur le repérage précoce des troubles psychiques
- ⇒ Diffusion du référentiel des missions Départemental des MAIA

# ORGANISER UN PARCOURS DE SANTE ET DE VIE DE QUALITE ET SANS RUPTURE EN VUE DU RETABLISSEMENT ET DE L'INCLUSION SOCIALE DES PERSONNES

## Préambule

Des points communs forts ont émergé des contributions des sous-groupes de travail :

- L'importance de définir de quoi on parle, la définition est indispensable, il faut utiliser une sémantique commune
- On ne se connaît pas. Il est donc nécessaire de travailler « l'interconnaissance », de même que les périmètres d'intervention de chacun (clarifier et coordonner dans un objectif de co-construction)
- L'importance de mettre en commun les cartes (bassins de population, secteurs de psychiatrie...) de façon à les faire coïncider avec le territoire et les parcours de soins

## ORGANISATION D'UN SUIVI COORDONNE REALISE PAR DES ACTEURS SANITAIRES, SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX DE PROXIMITE

### Groupe de travail « Equipes mobiles »

- Exemples de publics potentiellement concernés : jeunes, personnes précaires présentant des troubles psychiques (SDF, migrants), personnes âgées.
- **Problème de définition des équipes mobiles**
  - D'une part, c'est l'idée d'aller vers des publics qui ne se rendent pas dans les services ou les structures : se déplacer pour les professionnels à partir d'une problématique repérée. Cette maraude peut se faire dans les rues, à domicile ou dans l'établissement d'accueil.
  - D'autre part, l'équipe mobile peut être un traitement ambulatoire lorsqu'elle s'intègre dans un dispositif thérapeutique comme, par exemple, l'Equipe Mobile de Soins Intensifs pour les jeunes vivant un premier épisode psychopathologique.
- **Problème de territoires** : enchevêtrés/non couverts
- **Problème de l'interconnaissance, de la coordination** ; exemple : la maraude de l'ACSEA va au-devant de tous les publics non visibles versus la maraude de la Croix-Rouge : que font-ils ? Il serait nécessaire de délimiter les territoires, à travers une convention (y préciser les jours d'interventions...)
  - Pour réponse à cette fonction, il est donc nécessaire de bien connaître les partenaires, leurs missions (de plus en plus segmentées mais aussi nombreuses) et d'assurer de bonnes coordination et articulation.
- **Intervenir avant la situation de crise** : éviter la crise et les ruptures de parcours en développant le déploiement d'équipes mobiles sur tout le département auprès des institutions (écoles, familles établissements...). Suite à une alerte : Arrivée Urgences – Maison Des Adolescents (MDA) ou Etablissements.
- **Possibilité d'intervention à domicile et en établissements** :
  - Dépistage - Accompagnement aux soins - Problème mobilité.
  - Situation de crise – Etablissement.
- **Nécessité d'un repérage de l'offre existante par un questionnaire** : équipe (discipline), missions, territoire couvert
- L'équipe mobile peut aussi être un outil en appui aux parcours quand par exemple elle est équipe dédiée aux suites d'hospitalisation (visites à domicile) impliquant infirmiers et assistants sociaux. Ainsi, l'Unité d'Aide et d'Accompagnement à Domicile, centrée sur Lisieux, existe depuis une dizaine d'années.

Cette UFC dépendant de l'EPSM de Caen a pour rayon d'action tout le Pays d'Auge. Son rôle est le contrôle de certains usagers de la santé mentale, au plus près, à leur domicile. Outre cette action de vigilance, les équipes de l'Unité Aide et d'Accompagnement au Domicile (UAAD) offrent un accompagnement personnalisé, chez le médecin par exemple pour les personnes isolées et/ou freinées par leur pathologie. Les équipes de l'UAAD agissent généralement en binôme et offrent leurs services de manière régulière, sur une période de deux ans, renouvelable par la psychiatre qui est à la tête du service. Les autres secteurs de l'EPSM disposent aussi de ce type d'équipes. En projet : la création d'une plateforme disposant d'un médecin dédié, pouvant se déplacer à domicile

Les expériences développées sur le territoire montrent les enjeux :

- Des liens entre les acteurs sanitaires et sociaux et les patients (ainsi que leur famille) qui doivent pouvoir être soutenus notamment auprès des acteurs de premiers recours (ex : Plateforme Territoriale d'Appui / et actions Revivre) ;
- De leur déploiement sur l'ensemble du territoire départemental.

#### ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Rapprochement des acteurs pour construire une réponse commune et coordonnée, collaborative.
- ➔ Plateforme de gestion avec coordination des propositions selon la spécificité des publics.
- ➔ Réponse structurée, coordonnée, plurielle et mobile ; ne pas oublier les territoires oubliés.

#### Groupe de travail « Transition de prises en charge »

- Transition/articulation : problème des délais.
- Limites d'âge : problème des autorisations, des financements (ex : 4/5 ans : CMP ados et pédo psychiatrie).
- Différence entre CMP et CMPP pas suffisamment claire : clarifier les missions, les prérogatives des uns et des autres afin de les mettre en synergie.
- Réseaux//territoires de vie.
- Identification des ressources (annuaires) par rapport aux personnes qui bougent.
- Quelle organisation des acteurs pour éviter les ruptures (plusieurs cartes administratives, découpage sectoriel psychiatrique).
- Référence du lieu de soin : le domicile du parent ayant l'autorité parentale ou le domicile de vie ?

#### ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Favoriser la collaboration de structures ayant des missions proches, complémentaires (CAMPS/CMPP/PMI...), tout en préservant leurs spécificités (importance de garder les identités en les clarifiant et en les harmonisant); décloisonner pour permettre des prises en charge interinstitutionnelles.
- ➔ Suivi par rapport au devenir (accompagnement dans un « tuitage », favoriser la transition).
- ➔ Référent coordonnateur parcours partagé (présentation de situations communes : mise en cohérence).
- ➔ Harmoniser les découpages administratifs pour éviter la rupture en termes de référence de soins.
- ➔ Améliorer les circuits d'information partagée : rédaction d'un guide à l'attention des professionnels et des usagers.
- ➔ Impliquer les professionnels de l'orientation (MDPH, juges) afin que les décisions prises soient plus souples et moins administratives.

## Groupe de travail «Organisation de réseaux»

- Multiplicité des réseaux (différents, variés, nombreux).
- Freins : méconnaissance des acteurs, des dispositifs ; manque de diffusion des informations (appels à projets) vers le terrain.
- Complexité des montages administratifs et financiers, et faiblesse des ressources pour s'engager.

### Exemple de méthodologie

Mettre en place une démarche « co-construite par les acteurs » (différents réseaux de soin) : le référentiel « missions » des MAIA du Calvados est intéressant car il formalise la notion de réseaux et d'articulation. L'objectif de cet outil est de mieux savoir « qui fait quoi ? » et de répertorier ainsi les professionnels, structures, services intervenant auprès des personnes âgées. Le référentiel compte 8 catégories :

- Parcours de santé.
- Accompagnement à domicile.
- Logement et parcours résidentiel.
- Transport et mobilité.
- Lien social et actions de prévention.
- Répit et soutien aux aidants.
- Accompagnement social et accès aux droits.
- Informations juridiques.

Chaque service fait l'objet d'une fiche qui présente ses missions, son rôle, son public et les conditions d'accès et de prise en charge financière.

Les fiches ont été construites ou pensées à partir d'autres outils existants mais toutes font l'objet d'une relecture, d'une écriture et/ou d'une validation par des professionnels concernés (souvent 2 par fiche) afin de faire coller le référentiel aux réalités de terrain des professionnels.

Concernant les conventions entre l'EPSM et des structures type EHPAD, l'idée du partenariat se dessine ainsi. L'EHPAD accueille une dizaine de personnes souffrant de troubles psychiatriques. Ceux-ci sont vus par le CMP du secteur au moment de leur entrée dans l'EHPAD et leurs dossiers médicaux sont hébergés au CMP. Le psychiatre et/ou les infirmiers viennent à échéance régulière au sein de l'EHPAD (une fois par mois je crois) afin de consulter les patients concernés, ajuster les traitements, réaliser le suivi.

Lorsque la santé mentale des résidents se dégrade, afin d'éviter une décompensation dans les locaux de l'EHPAD, au milieu de professionnels non formés, les résidents peuvent être hospitalisés directement. Cela évite des situations complexes à gérer pour les professionnels de l'EHPAD et permet au résident d'être mieux pris en charge avant la situation de crise.

## ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- Des personnes ressources coordinatrices pour aider les réseaux.
- Des cellules de veille pour référencer l'existant et son évolution (ressource pour l'ensemble des acteurs).
- Harmoniser les outils (continuité de l'accompagnement) ; exemple : formulaire d'orientation unique.
- Rendre plus attractifs/accessibles les outils.
- Organiser des formations communes
- Proposition à l'unanimité de l'organisation d'une journée annuelle commune de formation réunissant les différents acteurs du sanitaire, du médicosocial et du social que constituent les membres du groupe 2 afin de continuer à travailler entre nous l'interconnaissance et la notion de réseau.
- Proposition de se former aux premiers secours en santé mentale (formation canadienne importée en France par Santé mentale France, ex Croix-Marine)

## ORGANISATION DE L'ACCES A UNE OFFRE DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE, ORGANISATION DU MAINTIEN DANS LE LOGEMENT, ORGANISATION DU MAINTIEN DANS L'EMPLOI OU DE L'ACCES A L'EMPLOI, ORGANISATION DE L'ACCES A LA PARTICIPATION SOCIALE, A LA CULTURE, AUX LOISIRS ET AUX ACTIVITES SPORTIVES

### Groupe « Réhabilitation »

#### Définition

C'est aider les personnes à retrouver une place dans la société dans toutes ses composantes (santé, emploi, hébergement, réseau social, famille...)

- Méconnaissance des acteurs de la réhabilitation.
- Difficultés de compréhension entre les acteurs, qui rendent complexes les échanges.
- Schéma d'un parcours en réhabilitation psychosociale : qui, quoi, comment, où : pas de rupture dans les parcours.

#### ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Travailler le partenariat, la complémentarité, ce qui nécessite un état des lieux (inventaire) et la création d'un lexique commun, d'une sémantique commune.
- ➔ Réaliser un répertoire des acteurs de la réhabilitation en format plate-forme internet où seraient listés tous les acteurs par domaine d'intervention (emploi, santé, éducation, famille...), par secteurs géographique d'intervention (Caen, Bayeux...), selon le public concerné (mineurs, personnes en situation de handicap, public justice...) ; chaque structure pouvant y déposer les informations utiles la concernant.
- ➔ Organiser des rencontres entre les acteurs hospitaliers œuvrant dans le champ de la réhabilitation afin d'échanger sur leurs pratiques et mieux les coordonner (une première rencontre est prévue à l'EPSM (ARIANE) le 23 mai 2019).
- ➔ Créer un réseau de coordination qui rassemblerait les différents acteurs de la réhabilitation et qui proposerait de réfléchir, via des commissions pluridisciplinaires, sur des cas complexes. Exemple : le réseau de coordination psychiatrie sociale et médicosociale de l'Eure.
- ➔ Mettre en œuvre les orientations de l'instruction du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation sociale sur les territoires.
- ➔ Promouvoir un logement adapté et des services d'aide tel que cela figure dans les annexes 3 et 4.
- ➔ Rédiger un cadre structurant sur le partage d'information afin de travailler ensemble sur les cas complexes sans craintes : charte du secret partagé d'informations.
- ➔ Promouvoir le rétablissement, s'appuyer sur les groupes de pair-aidance, les associations d'usagers dont les GEM

## ORGANISATION DU SOUTIEN AUX FAMILLES ET AUX PROCHES AIDANTS

### Séance plénière

- Parrainage.
- Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE)
- Module de psychoéducation Profamille (groupe annuel intersectoriel organisé par Caen Nord).
- Groupes de parole organisés par l'UNAFAM.
- Ateliers « PROSPECT » organisés par l'UNAFAM.

### ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ⇒ Inviter le CLSM à la Journée d'InterConnaissance.
- ⇒ Avoir un lieu de travail en commun pour mêler les cultures, structure de type Internat Socio-Educatif Médicalisé pour Adolescents (ISEMA) ; problème du financement.
- ⇒ Permanence conventionnée des CMP dans les EHPAD (prise en charge des personnes âgées, formation des personnels).
- ⇒ Expérience de la pénitencière (comme par ex, formation des personnels proposée par UNAFAM)
- ⇒ Travailler l'accès aux soins en réfléchissant au lieu (exemple : ANPAA et MDA).
- ⇒ Parentibus calé sur les jours de marché et accès à la parentalité (prévention).
- ⇒ Faire perdurer ce groupe au-delà du PTSM pour mieux décroïsonner et se connaître.

# CONDITIONS D'ACCES DES PERSONNES A DES SOINS SOMATIQUES ADAPTES

## Contexte

Concernant les réalités constatées des différents territoires couverts, il est utile de noter que les médecins présents sont implantés dans le Bessin. Il n'y a pas de professionnels de santé présents du secteur caennais permettant de témoigner de la dynamique et des difficultés de cette partie du Calvados.

## SUIVI SOMATIQUE DES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE DE PREMIER RECOURS, ET COORDINATION AVEC LES ACTEURS DE SANTE MENTALE

### LES FREINS

- ▶ Le suivi somatique auprès des personnes présentant des troubles psychiques prend du temps pour s'exprimer, bien expliquer les choses, réévaluer le traitement (identifié par médecin et IDE)
  - ▶ A noter qu'il n'existe pas de cotation particulière pour ce type de profil
- ▶ Dans le cadre d'un besoin d'avis du premier recours auprès d'un spécialiste psychiatre, il n'existe pas de contact privilégié (retour d'un Groupe Qualité – Médecins généralistes). Il faut appeler le CMP et il n'est pas toujours aisé de disposer d'un psychiatre – difficile de couper une consultation que ce dernier est éventuellement en train de réaliser.
- ▶ Un besoin est identifié sur les personnes âgées présentant des troubles cognitifs notamment dans le suivi médicamenteux (IDE)
- ▶ Connaissance des droits par les personnes psychiatriques – notamment transports, Accès à l'assistant social, etc.
- ▶ Accès à l'assistant social très long
- ▶ Problématique ados et jeunes adultes

### LES LEVIERS

- ▶ Les réunions pluridisciplinaires de territoire sur les situations complexes (PTA, CLIC, UMPSA, CLSM)
- ▶ Des dispositifs de proximité existent comme le Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire (PSLA) à Isigny-sur-Mer avec présence du CMP. Un travail est aussi en cours de réflexion par l'EPSM de Caen sur Hérouville-Saint-Clair.

### ENJEUX I PISTES D'AMÉLIORATION

- Actions de formation pour prendre en charge des personnes présentant des troubles psychiques, notamment sur le plan relationnel (par ex celles développées par le CLS de Caen)
- Staff pluridisciplinaire de territoire avec des psychiatres permettant d'échanger sur une ou plusieurs difficultés / patient
- Téléphone avec numéro privilégié : intégration des contacts simples et privilégiés dans le Dossier Médical Partagé (DMP) : médecins, infirmiers, , pharmacien, laboratoire)
- Téléexpertise
- Sur la mobilité des personnes handicapées psychiques, personne accompagnante aller aux RDV en transport en commun (initiative Réseau de Services pour une Vie Autonome arrêtée depuis / réflexion Bessin) – Problèmes de financements (Mise en œuvre éventuelle par l'Article 51 LFSS – Financement dans le cadre de l'innovation avec des éducateurs libéraux)
- Connaissance du dispositif Assurance Maladie PFIDASS, PASS
- Faire une étude qualitative et quantitative – les structures disposant d'assistants sociaux et comment les actionner ? – Question de la coordination des différents dispositifs

## L'ORGANISATION PAR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE AUTORISES EN MCO D'UN ACCUEIL ET D'UN ACCOMPAGNEMENT ADAPTES AUX PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES

### LES FREINS

- ▶ Culture du soin somatique différent de la culture du soin psychique

### LES LEVIERS

- ▶ Certains établissements ont développé des parcours particuliers adaptés notamment en soins dentaires et en soins gynécologiques (Clinique de la Miséricorde ...)

### ENJEUX I PISTES D'AMÉLIORATION

- Intégrer la dimension du handicap psychique, et de manière générale le handicap, dans les projets médicaux des établissements

## L'ORGANISATION DE L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES POUR LES PERSONNES HOSPITALISEES AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE SPECIALISES EN PSYCHIATRIE

### LES FREINS

- ▶ Les informations auprès du médecin traitant lors d'une hospitalisation ne sont pas toujours adressées sur Caen.
- ▶ Il n'est souligné aucune difficulté en ce sens sur le secteur de Bayeux.

### LES LEVIERS

- ▶ Dans le Bessin, un médecin généraliste assure les soins somatiques au sein du service psychiatrie du CH de Bayeux – pas de soucis identifiés.
- ▶ Au sein de l'EPSM, plusieurs médecins généralistes interviennent

### ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ⇒ Un annuaire des médecins traitants pour favoriser un échange téléphonique entre le médecin de l'hôpital psychiatrique et le médecin traitant (ce qui est fait sur Bayeux) – téléphone avec numéro privilégié. S'appuyer sur les annuaires existants tels que celui d'Améli ou le projet du Répertoire Opérationnel des ressources (ROR).

## L'ORGANISATION DE L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES POUR LES PERSONNES PRISES EN CHARGE AU SEIN DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

### LES FREINS

- ▶ Manque d'effectifs paramédicaux
- ▶ Délai d'attente pour l'accès à un professionnel de santé notamment en cas de réévaluation d'un traitement
- ▶ Place de l'accompagnant – Manque de diagnostic partagé. Selon le médecin, on accepte le professionnel accompagnant (éducateur) ou non
- ▶ Faiblesse de la ressource en pédopsychiatrie, concentration sur Caen et question de la mobilité des patients

### LES LEVIERS

- ▶ Certains établissements ont du personnel IDE et/ou psychologue présent sur place ce qui facilite la prise en charge des soins
- ▶

### ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ⇒ Staff pluridisciplinaire de territoire avec des psychiatres permettant d'échanger sur une ou plusieurs difficultés / patient
- ⇒ Téléphone avec numéro privilégié
- ⇒ Télé-expertise
- ⇒ Protocoles d'action pour anticiper comment les équipes pourraient travailler ensemble

## L'ORGANISATION D' ACTIONS DE PREVENTION, D' EDUCATION A LA SANTE ET D' UN SUIVI SOMATIQUE PAR LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

### L'organisation d'actions de prévention et d'éducation à la santé des personnes présentant des troubles psychiques

#### LES FREINS

- ▶ Difficulté de la lisibilité des financements communaux / métropole concernant le dispositif sport sur ordonnance et documents pour prise en charge / orientation des patients

#### LES LEVIERS

- ▶ Dispositif sport sur ordonnance (sur Hérouville, Activité Physique Adaptée (APA) formés aux maladies psychiques)
- ▶ Aspect motivationnel du sport sur ordonnance – accompagnement vers un dispositif pérenne vers sortie du dispositif
- ▶ Protocole de recherche en cours jusqu'en Juin 2021 (CHU Caen) sur l'éducation à la santé pour des patients présentant des troubles psychiques – Module activité physique (visio domicile patient) et Module éducation à la santé
- ▶ Projet PEPS pour les personnes âgées – PSLA lfs – outils à identifier susceptibles d'être appliqués aux personnes présentant des troubles psychiques
- ▶ Travaux engagés par les CLS / CLSM et Ateliers Santé Ville dans le champ de la prévention

#### ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Se servir du site « sport santé Normandie » pour assurer plus de lisibilité (onglet par ville ...) et documents téléchargeables, notamment pour médecins généralistes
- ➔ Formation des médecins généralistes
- ➔ Communication autour de la prise en charge financière

#### Autres éléments

- Identification d'une faiblesse transversale à l'ensemble des thématiques : sur le volet personnes âgées, nécessité du repérage de certains types de fragilités. Culture d'anticipation avec les aspects de fragilité à repérer plutôt que de se retrouver en situation de crise (dénutrition / dépression / grande précarité / addictologie ...).
- Les professionnels présents considèrent en majorité que la téléconsultation ne permettra pas de résoudre certaines difficultés, notamment dans l'accès aux soins. L'URML évoque la notion de Charte télémédecine permettant de valoriser de projets médicaux de territoire construits en partenariat avec l'ensemble des professionnels de santé d'un secteur.
- Diagnostic territorial partagé de santé mentale : il n'y a aucun élément concernant la maison des adolescents et les réseaux animés par cette structure à Caen

# PREVENIR ET PRENDRE EN CHARGE LES SITUATIONS DE CRISE ET D'URGENCE

## Contexte

- Une société en souffrance, une « société du malaise » (A Ehrenberg)
- Une exigence de réponse immédiate et rapide, une « société de l'accélération » (H Rosa)
- Un passage de la psychiatrie au champ de la santé mentale. Les injonctions sociales ont généré un passage de la psychiatrie, champ médical assez bien circonscrit, au champ de la santé mentale, large et très mal défini, pouvant englober toute souffrance psychique (y compris les situations de deuil non compliqué), quelle que soit sa nature. Cet élargissement au champ de la santé mentale est source de difficulté, car n'ont pas été définis au préalable les différents niveaux d'intervention et les compétences ad hoc.
- Une médicalisation, voire une psychiatrisation de la souffrance. A l'inverse, des enfants en grande souffrance psychique placés peuvent n'être pris en charge que tardivement.
- Une offre de soins saturée malgré une offre non négligeable – parfois même renforcée au cours de la décennie écoulée. Les délais d'attente sont de plusieurs mois en pédopsychiatrie par exemple. Le premier contact avec les soins psychiques est donc de plus en plus compliqué, voire tardif, notamment pour les populations les plus vulnérables, comme par exemple les jeunes en très grande souffrance psychique
- Des moyens humains disparates
- Une augmentation considérable de jeunes souffrant de troubles psychiques graves et accueillis en structures médico-sociales où le temps de présence psychiatrique/psychologique n'est pas à la hauteur des besoins
- Une dérivation mécanique des demandes de soins vers les urgences qui deviennent souvent les premiers lieux de demande de soins ; la culture de la consultation initiale dans un lieu d'urgence, ainsi que l'existence de consultations post urgences (CPU), semblent s'intégrer dorénavant dans le fonctionnement de certains CMP – ce qui est à l'évidence une dérive
- Une réflexion professionnelle est nécessaire, basée sur :
  - Comment mieux utiliser l'existant face aux contraintes financières ou démographiques ?
  - Développer une culture du partage et du « travailler ensemble »
  - Développer les compétences d'écoute
  - Développer les axes de communication

## PERIMETRE DE TRAVAIL

### DÉFINITIONS

**Urgence psychiatrique** : Selon la Circulaire n° 39-92 DH PR/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques : Plusieurs définitions de la notion d'urgence en psychiatrie sont nécessaires pour en cerner les différentes composantes.

- a) Les professionnels de la psychiatrie en proposent la définition suivante : L'urgence en psychiatrie est une demande dont la réponse ne peut être différée : il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique. ' (Définition du groupe de travail de la commission des maladies mentales, 1991.)
- b) Les spécialistes de l'urgence y intègrent des états d'urgence autres que strictement psychiatriques : L'urgence psychiatrique recouvre en réalité trois grandes catégories d'états pathologiques :
  - l'urgence psychiatrique pure par décompensation d'une affection psychiatrique lourde (mélancolie, grand état d'angoisse, agitation), qui à l'évidence nécessite une prise en charge en milieu psychiatrique après élimination par le diagnostic d'une affection organique ;
  - les urgences psychiatriques mixtes regroupent les malades qui présentent des manifestations organiques et psychiatriques simultanées : tentatives de suicide, délirium tremens, ... ;
  - les états aigus transitoires c'est-à-dire les réactions émotionnelles intenses survenant sur un terrain psychologique vulnérable à la suite d'événements, conflits et détresse très souvent vécus dans la solitude (tentative de suicide, ivresse, etc. ' (Définition adoptée par le rapport présenté au conseil économique et social par le professeur Steg en 1989.)

Ainsi selon la définition prise en compte, la part des urgences psychiatriques dans la totalité des urgences se présentant dans un service d'accueil des urgences est estimée de 10 à 30%.

Les urgences en psychiatrie sont très diverses et peuvent revêtir d'emblée un caractère bruyant et souvent grave (suicide ou hétéro-agressivité) ou être la révélation d'un état pathologique qui pourra entraîner des manifestations différées dans le temps (décompensation, installation de maladies psychologiques ou somatiques).

**Crise** : Selon la Circulaire n° 39-92 DH PR/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques, la crise se situe en amont de l'urgence, dont elle doit être distinguée ; il s'agit en général d'une situation interactive conflictuelle impliquant le malade et son environnement (famille, voisins, milieu professionnel, médecin traitant, services sociaux ou municipaux...). La crise est dans tous les cas un état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, se résout exceptionnellement de manière positive et évolue au contraire vers l'urgence, médicale, psychiatrique ou mixte. Dans la pratique on constate que les notions d'urgence et de crise sont souvent amenées à se recouper. Cependant, dans tous les cas une prise en charge rapide et appropriée de cette manifestation urgente est donc primordiale, car de la qualité de la réponse peut dépendre, en partie, l'évolution de la situation et ses répercussions sur l'environnement familial, professionnel et social. La définition de la crise selon Caplan (1964) demeure encore actuelle. Elle est pertinente, et est d'ailleurs reprise lors de la réingénierie sur les formations actuellement déployées sur l'intervention de Crise/Crise suicidaire (Seguin et Chawky, 2017) : Caplan définit la crise comme étant une « période relativement courte de déséquilibre psychologique chez une personne confrontée à un événement grave, qui représente un problème important pour elle, et qu'elle ne peut fuir ni résoudre avec ses ressources habituelles de résolution de problème. »

## DÉFINITIONS

**Prévenir** : est considéré comme très important et souligne les enjeux de l'amont. Outre « gérer les situations de crise et d'urgence », il s'agit également de les prévenir, ce qui signifie :

- Une reconnaissance des symptômes d'alerte
- Une vigilance accrue vis-à-vis des populations plus vulnérables

**Relais de soins d'aval** : doivent également être constitués, repérés et efficaces pour :

- Assurer les suivis post-hospitaliers
- Assurer les suivis post tentative de suicide (TS)
- Gérer les périodes de grande vulnérabilité
- Prévenir les potentielles crises

## Population

Les situations d'urgence et de crise concernent la population générale et peuvent toucher chaque personne dans sa vie, quel que soit son âge.

Certains sous-groupes de population s'avèrent plus vulnérables, que ce soit par leur âge, leurs histoires de vie, ou leurs handicaps.

Ce sont par exemple les adolescents en grande difficulté, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap (notamment psychique), les personnes venant de bénéficier d'une hospitalisation, notamment au décours d'un geste suicidaire.

Ces situations de grande vulnérabilité ne doivent cependant pas faire occulter les situations de crise que peuvent traverser des personnes aux défenses apparemment plus solides. Les élus ou les associations soulignent que la crise peut survenir partout et à tout moment ce qui suppose une capacité de détection et de première réaction assez « décentralisée ».

## Prévention de la crise

La prévention de la crise, notamment auprès des plus vulnérables, peut être réalisée au plus près des personnes, à savoir sur leurs lieux de vie.

Il importe pour cela de favoriser :

- Les formations au repérage et à la gestion des crises
- Les équipes et les actions ambulatoires qui ont une capacité de projection sur le terrain pour déminer les situations complexes.

### LES FREINS

- ▶ Il n'existe pas à ce jour d'équipe mobile identifiée pour répondre spécifiquement aux situations de crise et d'urgence au domicile des patients ou en institution et qui pourrait intervenir dans certaines situations conjointement au Samu, ni d'équipe mobile pouvant gérer les situations de crise suicidaire ou renforcer les suivis post TS

### LES LEVIERS

- ▶ Les actions ambulatoires des CMP par le biais des visites à domicile (VAD)
- ▶ L'équipe mobile précarité (vers les migrants et démunis)
- ▶ L'équipe mobile de gérontopsychiatrie (Caen et petite couronne)
- ▶ L'équipe mobile départementale MDA

## ENJEUX I PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Dans l'idéal, les équipes mobiles travaillent sur deux axes complémentaires qui sont à développer (exemples appréciés donnés au sein du groupe) :
  - ➔ Des actions très ponctuelles vers les patients
  - ➔ Des actions de soutien aux équipes pour optimiser leurs habiletés. Cette deuxième modalité d'intervention est plus indirecte mais touche par définition plus de gens.
- ➔ Clarifier les missions et complémentarité des structures, créer des référentiels sur la base de ceux des Maia

## Lieux ou acteurs de prévention/prise en charge de la crise

- Points d'entrées généralistes dans l'urgence psychiatrique
  - SOS médecins
  - Médecine libérale ou professionnels libéraux
  - Samu, etc...
- Points d'entrée spécialisés (hospitalier)
  - Urgences Psychiatriques identifiées : CHU Caen et CH Lisieux
  - Ligne de garde 24/24 : uniquement au CHU
  - Voir tableau « bilan de l'existant »
- Points d'entrées en milieu ordinaire
  - Associations ?
  - Elus locaux ou CCAS ?
  - Education nationale ?
  - Bailleurs sociaux ?
- La philosophie générale de l'action est de privilégier au maximum la gestion de la crise en milieu ordinaire (virage inclusif) ou avec un passage hospitalier réduit au minimum (virage ambulatoire). Seule une étroite coordination des différents acteurs peut permettre d'y parvenir. Toute institution doit mettre en place en son sein des dispositifs et des compétences de dépistage et de prévention de la crise

## ASSURER UN ACCES AUX SOINS RAPIDES ET UNE PRISE EN CHARGE ADAPTEE DANS LES SITUATIONS DE CRISE

### Rappel

La crise d'une façon générale et la crise suicidaire en particulier répondent à des modèles théoriques précis et à des modes de prise en charge particuliers qui se différencient des modes de prise en charge traditionnels de la psychiatrie. Ces interventions de crise, qui se situent dans l'ici et maintenant, sont des interventions brèves, immédiates, structurées, empathiques et contenant, pouvant se dérouler autant en lieux institutionnels qu'au domicile, et devant être effectués par des intervenants spécifiquement formés. L'amélioration clinique rapide ne signifiant aucunement que la crise est achevée, il est nécessaire de penser le lieu d'intervention de crise, l'accueil nécessaire d'une situation de crise, l'accompagnement vers la sortie de crise et le relai de soins ou le retour de la personne dans les soins psychiatriques. Idéalement la crise psychiatrique devrait donc se prendre en charge dans des lieux distincts des services de psychiatrie classiques et des urgences générales.

#### LES FREINS

- ▶ Lisibilité et diffusion et utilisation des documents disponibles
- ▶ Saturation du dispositif CMP qui ne peut plus remplir réellement sa fonction préventive
- ▶ Les efforts d'insertion portant leurs fruits, de plus en plus de jeunes psychiquement fragiles poursuivent des études supérieures, soutenus par des suivis longs dans certaines structures comme le BAPU, qui ne peuvent plus prendre en charge rapidement les jeunes étudiants en souffrance.
- ▶ Absence de Centres d'Accueil et de Crise avec lits 72 heures (CAC) au niveau des urgences des Centres Hospitaliers pour assurer un espace de calme, de désescalade et de sécurité pour optimiser les gestions de crise (crises psychosociales, psycho-traumatiques et psychopathologiques), éviter les hospitalisations inappropriées en psychiatrie, et axer l'aval sur des prises en charge ambulatoires.
- ▶ Absence d'équipes mobiles spécifiques à la gestion de crise pour optimiser le relai d'aval
- ▶ Saturation des dispositifs ambulatoires actuels (CMP, Bapu...)
- ▶ L'hôpital ne dispose aujourd'hui (hormis l'UCHA) que des services de pédiatrie pour gérer la crise pédopsychiatrique – ce qui est largement inadapté.

#### LES LEVIERS

- ▶ Documents disponibles
  - ▶ Permanences psychiatriques au sein des urgences des Centres Hospitaliers
  - ▶ Fonctionnement des CMP
- ▶ Disponibilité des CMP
- ▶ Existence de moyens mobiles spécifiques (équipes Précarité et gérontopsychiatrie voire accueil mobile MDA)
- ▶ Existence de lieux d'accueil des situations de crise avec personnel spécialisé en psychiatrie disponible, soit 24/24 (CHU de Caen), en journée du lundi au vendredi (CH Lisieux), ou ponctuellement (autres CH avec astreintes de psychiatres ou présences aux urgences d'infirmiers psychiatriques à certaines heures)
- ▶ Existence de Consultations de Post-Urgence (CPU) dans les Centres Hospitaliers disposant d'Urgences Psychiatriques (Caen et Lisieux)
- ▶ Existence d'une Unité de Crise et Post Urgence (au centre Esquirol) a-sectorielle, centrée sur la prise en charge de la crise psycho sociale et des primo-suicidants, avec un rôle d'évaluation et d'orientation
- ▶ Existence d'équipes mobiles (EMPP pour la précarité, équipe mobile gérontopsychiatrie)
- ▶ Volonté claire d'assurer et de structurer le virage ambulatoire
- ▶ Formations à la crise/crise suicidaire disponibles

## ENJEUX I PISTES D'AMÉLIORATION

- ⇒ Disposer d'un répertoire simple, lisible, accessible des ressources actuelles en Santé Mentale sur le territoire
  - Demande très forte et consensuelle du groupe.
  - Existence du ROR (Répertoire de l'Organisation des Ressources) qui sera mis à disposition
  - Mais le groupe pose la question de la simplicité et de la lisibilité de ce document qui ne sera utile que si il est à jour et facile d'accès.
- ⇒ Favoriser via le DMP le partage et la transmission d'informations pour coordonner au mieux les situations complexes ou les prises en charge des personnes les plus vulnérables. L'accès en urgence au dossier médical partagé ( DMP) par le SAMU, les urgences, un médecin de garde... est un moyen futur précieux pour une réponse adéquate à la crise. Le groupe semble unanime à estimer que l'ouverture des DMP doit donc être favorisée voir systématisée notamment en institution.
- ⇒ Mettre en place de créneaux de consultation de semi-urgence dans les CMP notamment pour les personnes les plus vulnérables ou sur des types de situations préétablies (exemple sur notion de propos suicidaires ou de psycho-trauma)
- ⇒ Favoriser les équipes ambulatoires pluridisciplinaires
  - Pour gérer en amont et en aval les situations complexes et agir au plus près, sur les lieux d'accueil pour les populations les plus vulnérables sensibles aux ruptures
  - Pour intervenir sur des situations ponctuelles et auprès des équipes en charge (notamment dans les établissements médico-sociaux et dans les EPHAD)
- ⇒ Analyser/ vérifier les dispositifs de sortie des Urgences et la nature des relais de prise en charge (relai de soins, relai médico-social)
- ⇒ Favoriser la coordination des différents acteurs de terrain (SOS Médecins, Samu ...) et établir la charte d'un partenariat
- ⇒ Etablir un partenariat entre les différents Centres Hospitaliers et les modalités de coopération lorsqu'un avis psychiatrique urgent est nécessaire en dehors des temps de présence psychiatrique ; en d'autres termes, préciser les coopérations entre les urgences psychiatriques du CHU de Caen et les urgences des autres Centres Hospitaliers du territoire (Bayeux, Falaise, Lisieux, Vire, Côte Fleurie, et établissements privés). Ce qui nécessite de stabiliser la ligne de garde des Urgences Psychiatriques du CHU, actuellement basée sur le seul volontariat
- ⇒ Soutenir la créations de CAC (ou Accueil de Courte Durée en Psychiatrie (ACDP) dans les principaux centres hospitaliers, avec des capacités adaptées (10 lits pour adultes au CHU, 4 lits au CH Lisieux, 4 lits pour la pédopsychiatrie au CHU), pour assurer un espace de calme, de désescalade et de sécurité pour optimiser les gestions de crise (crises psychosociales, psycho-traumatiques et psychopathologiques), éviter les hospitalisations inappropriées en psychiatrie, et axer l'aval sur des prises en charge ambulatoires.
- ⇒ Soutenir la mise en place d'équipes mobiles pluridisciplinaires de gestion de crise pour gestion de crises en amont des urgences, poursuivre les interventions de crise en aval
- ⇒ Soutenir les programmes de formation Crise/crise suicidaire
- ⇒ Définir le niveau de formation du personnel œuvrant au niveau des urgences psychiatriques des Centres Hospitaliers (formations à l'intervention de Crise / formation CUMP)

## COORDONNER LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS DE CRISES VIOLENTES/ COORDINATION

### Rappel

Les situations de crise peuvent prendre une dimension violente dans certains cas.

Pour le groupe de travail, une situation de crise violente se caractérise par la nécessité de maintenir urgemment la personne physiquement dans un contexte où le groupe présent autour de la personne (famille, lieu de travail, établissement médico éducatif, voie publique ...) ne peut pas maîtriser la personne agitée, quel que soit son âge (la personne agitée peut être un mineur ...).

Une agitation violente peut survenir tant dans des lieux privés (domicile, lieux d'accueil) que dans des lieux publics. Elle peut être liée à des causes multiples, ne signifie pas obligatoirement situation de crise et n'est pas obligatoirement du ressort de soins psychiatriques.

La violence nécessite dans un premier temps un recours aux forces de l'ordre, quel que soit l'âge de la personne (y compris si mineur).

- Différents types de situations violentes :
- Les personnes alcoolisées
  - Sont conduites de facto « manu militari » aux urgences des Centres Hospitaliers avec mise en œuvre possible de la procédure d'Ivresse Publique Manifeste (IPM) au décours
- Les adolescents présentant une agitation violente
  - Même les plus jeunes peuvent être agités et violents
  - Peuvent être conduits aux Urgences par ambulance
  - Se pose la question de la contention physique
  - Sauf le cas particulier de l'UCHA sont pris en charge de façon inadaptée en pédiatrie ou en psychiatrie adulte.
- Les situations psychiatriques (geste suicidaire, état délirant ...)
  - Nécessitent une évaluation psychiatrique aux urgences
  - Voire une utilisation des procédures d'hospitalisation sous contrainte
- Les suicides aboutis
  - Confrontent certaines équipes (SAMU, UMJ) aux suicides et aux échecs des prises en charge
- Lieu d'accueil des situations violentes
- Les urgences des centres hospitaliers
- Les services de psychiatrie (Admission en Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat)

## LES FREINS

- ▶ Coordination des interventions : qui intervient, quand et comment ?
  - Coordination des interventions par le Samu
- ▶ Travail chronophage qui épuise les acteurs (Samu, SOS médecins). Une certaine « lassitude » face aux urgences psychiatriques : personne (Pompiers Police SAMU...) n'aime intervenir sur ces situations.
- ▶ SOS Médecins ne fonctionne que sur Caen, absence de médecins de garde la nuit hors Caen
- ▶ Un seul site d'urgences psychiatriques 24/24 (CHU de Caen) à la ligne de garde précarisée par un fonctionnement basé sur le volontariat
- ▶ Epuisement des points d'entrée de l'urgence psychiatrique (SOS Médecins, Samu ...)
  - Complexité de la régulation
  - Travail complexe, chronophage et « peu emballant »
  - Difficultés pour envoyer un médecin libéral sur place
  - Une certaine usure face aux situations chroniques répétées
  - Les fréquentes demandes familiales pour des hospitalisations sous contrainte
  - Moyens de plus en plus rares (carence en ambulances privées ; les pompiers ne veulent plus affronter les situations conflictuelles, et se féminisent de plus en plus ...et se recentrent sur des interventions sur lieux publics)
  - Une plus grande insécurité : la police et la gendarmerie ne se déplacent qu'en extrême limite ...ce qui insécurise
  - Plus grande difficulté à intervenir sur lieux privés et surtout dans les institutions (comme par exemple les lieux d'accueil pour adolescents en grandes difficultés)
- ▶ Le recours parfois trop rapide à l'hospitalisation sous contrainte (à l'initiative des familles ou des forces de l'ordre) car toute violence est susceptible d'être rapidement considérée comme d'origine psychiatrique : or ce n'est pas toujours la solution la plus souhaitable et il faut parfois savoir temporiser.

## LES LEVIERS

- ▶ Désir de coopération des différents acteurs de santé
- ▶ Accord pour partage des informations en amont et signalement de situations complexes (Dossier médical Partagé)
- ▶ Ligne de garde 24/24 aux Urgences Psychiatriques du CHU de Caen sous couvert de sa pérennisation
- ▶ S'appuyer sur les Cellules d'Urgences Médico-Psychologiques (CUMP).
- ▶ Pour ce qui est de la violence, il existe le programme Omega pour prévenir et gérer des crises. Son développement en dehors des établissements spécialisés serait intéressant.

## ENJEUX I PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Utiliser comme point de départ la convention de la Haute-Normandie (psychiatrie/Samu/SOS Médecin/forces de l'ordre), revoir des exemples d'autres conventions en d'autres régions pour aboutir à une convention partenariale
- ➔ Proposition de mise en place d'une astreinte « médico-administrative » sur un territoire donné pour notamment les certificats de décès et surtout les certificats médicaux d'hospitalisation sous contrainte si besoin
- ➔ Stabiliser la ligne de garde des urgences psychiatriques du CHU de Caen
- ➔ Formaliser un partenariat entre les Urgences Psychiatriques du CHU de Caen et les Centres Hospitaliers ne disposant pas 24/24 d'une présence psychiatrique pour les avis urgents
- ➔ Protocoliser un non passage par les Urgences des Centres Hospitaliers et une admission directe dans les services de psychiatrie pour tout patient faisant l'objet d'une ADRE déclenchée en dehors des Urgences de Centres Hospitaliers
- ➔ Mettre en place un travail commun spécifique sur l'utilisation de la procédure API (Admission en péril imminent) : cette procédure est probablement surutilisée, notamment hors agglomération et fonctionne comme un substitut à une carence de solutions alternatives.

## PRISE EN CHARGE DES SUICIDAIRES ET SUICIDANTS / PREVENTION DU SUICIDE

### Rappel

Avec des chiffres inquiétants, à savoir 600 décès par suicide déclarés par an, environ 6 000 gestes suicidaires donnant lieu à hospitalisation, 12 000 gestes suicidaires déclarés et plus de 114 000 personnes de 18 à 75 ans avouant des idées suicidaires (Bull Santé Publique Février 2019), la région Normandie est, tout comme la Bretagne, particulièrement impactée par le problème du Suicide. Effectivement, le taux de suicide y est de 23% supérieur à la moyenne nationale, et le taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide de 47% supérieur à la moyenne nationale. D'où l'importance des actions de prévention du suicide

### LES FREINS

- ▶ La seule ligne de permanence 24/24 se situe au CHU de Caen
- ▶ Absence de Centre de Crise dans tous les Centres Hospitaliers
- ▶ Absence d'équipes ambulatoires de gestion de crise et plus spécifiquement crise suicidaire

### LES LEVIERS

- ▶ Existence d'équipes psychiatriques (médicales ou paramédicales) au sein des urgences de certains Centres Hospitaliers Généraux
- ▶ Existence de consultations de post urgence
- ▶ Existence d'une Unité de Crise et de Post Urgence au CHU de Caen (qui n'est pas un CAC)
- ▶ Existence de formations autour de la crise suicidaire
- ▶ Dispositif Vigilans
- ▶ Associations d'Ecoute
- ▶ Dispositif MSA

## ENJEUX I PISTES D'AMÉLIORATION

- Formaliser un partenariat entre les Urgences Psychiatriques du CHU de Caen et les Centres Hospitaliers ne disposant pas 24/24 d'une présence psychiatrique pour les avis urgents
- Soutenir la création de CAC (ou Accueil de Courte Durée en Psychiatrie (ACDP) dans les principaux centres hospitaliers, avec des capacités adaptées (10 lits pour adultes au CHU, 4 lits au CH Lisieux, 4 lits pour la pédopsychiatrie au CHU),
  - Pour assurer un espace de calme, de désescalade et de sécurité pour optimiser les gestions de crise (crises psychosociales, psycho-traumatiques et psychopathologiques),
  - Eviter les hospitalisations inappropriées en psychiatrie,
- Optimiser le fonctionnement de l'Unité de Crise et de Post-Urgence (UCPU)
  - Axer l'aval sur des prises en charge ambulatoires.
- Soutenir la mise en place d'équipes mobiles de gestion de crise pour gestion de crises en amont des urgences, poursuivre les interventions de crise en aval
- Soutenir les programmes de formation Crise/crise suicidaire
  - Former le personnel d'urgence psychiatrique, des unités de crise et UCPU, des équipes de liaison et des CMP à l'intervention et à la gestion de crise
  - Former le personnel non psychiatrique des urgences des Centres Hospitaliers Généraux
  - Former les Médecins Généralistes à la prise en charge de la dépression et des situations de crise suicidaire
  - Former des Sentinelles
- Constituer un réseau collaboratif de prévention du suicide

## AXE COMMUNICATION/FORMATION

### Rappel

Les prises en charge d'urgence et de crise dans le domaine de la santé mentale repose sur des concepts théoriques précis et nécessitent de la part des intervenants la maîtrise d'une pratique spécifique. Chaque personne est susceptible de faire face à une situation de crise et donc d'occuper une place particulière dans le circuit de prise en charge d'une personne en souffrance. A chaque place particulière correspond une attitude aidante œuvrant dans le domaine de la prévention ou de la prise en charge. Le dénominateur commun permettant le développement de ces habiletés est le domaine de la formation et de la communication.

### LES FREINS

### LES LEVIERS

- ▶ Engagement des partenaires
- ▶ Existence des formations et d'un pool de formateurs régionaux
- ▶ Formations disponibles

## ENJEUX I PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Communication : Assurer l'interface entre la population générale et la psychiatrie ; décloisonnement
  - Vers une meilleure connaissance des dispositifs de prise en charge
  - Rôle des élus qui ont toutefois besoin d'être formés à leur rôle (astreintes des élus parfois assurés sans formation ni préparation)
  - Rôle du Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) (mais attention il n'en existe qu'à Caen-ville et Bayeux)
    - Par exemple : le CLSM peut avoir un rôle de courroie de transmission entre les élus et le dispositif de soins. Il peut aussi être une plateforme de repérage à la fois des lieux à risques (institutions médico-sociales, certains ensembles urbains défavorisés ?) et des moyens de réponses existants localement (forces de l'ordre, urgences, services sociaux, médecins...). Nécessité probable de favoriser la création des CLSM dans chaque territoire.
    - Rôle des élus
    - Relai de proximité
    - Diffuser l'information
    - Former les élus (formation sentinelle)
  - Favoriser les formations croisées et le partage de culture
- ➔ Formations Crise/crise suicidaire selon 3 niveaux fonction de la place de chacun (voir document)
  - Intervention et gestion de la crise suicidaire
  - Evaluation de la crise suicidaire
  - Repérage du mal être et rôle des Sentinelles
- ➔ Former aux premiers secours en Santé mentale (en se basant sur les quelques expériences développées en Normandie avec l'UNAFAM)

# RESPECT ET PROMOTION DES DROITS DES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES

## LA PROMOTION ET L'ASSOCIATION A L'ELABORATION DU PROJET DE SOINS

### Une logique de soutien au rétablissement

Pour que la personne handicapée psychique puisse faire valoir ses droits et participer à l'élaboration de son projet individuel, il est nécessaire de consolider ses capacités en vue de son rétablissement et de son autonomie.

#### LES FREINS

- ▶ Les dispositifs participant à la réhabilitation, envisagés de manière large, (Education thérapeutique du patient, remédiation cognitive, activités de réhabilitation psycho-sociale) fonctionnent souvent de manière interne aux établissements. La réhabilitation est peu connue des patients et des acteurs sociaux et médico-sociaux, y compris des familles d'accueil.
- ▶ Les GEM ne couvrent pas la totalité du département (Caen, Bayeux et Vire). Des GEM plus spécifiques à des publics particuliers (TND, étudiants) n'existent pas. La sécurité des GEM n'est pas nécessairement assurée le Week-end.

#### LES LEVIERS

- ▶ Il existe des dispositifs sur le département, Education Thérapeutique du Patient (ETP) du patient, réhabilitation au CHU de CAEN, à l'EPSM de CAEN et sans doute aussi au CHAB. Certains sont aujourd'hui structurés et dotés de ressources réelles.
- ▶ La présence de plusieurs Groupes d'entraide mutuelle (GEM) sur le département est un élément positif pour le rétablissement des personnes handicapées psychiques.

#### ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ⇒ Mieux coordonner les dispositifs et les faire connaître.
- ⇒ Favoriser la paire-aidance dans le cadre des programmes de réhabilitation.
- ⇒ Mettre en place un référent dans chaque structure locale + articulation à favoriser entre tous les acteurs du champ social et médico-social.
- ⇒ Déployer des GEM sur la totalité du département et favoriser l'émergence de GEM spécifiques.
- ⇒ Associer au mieux le patient à son projet de soin par une formalisation de ce projet et ensuite par l'association systématique du patient à l'élaboration de celui-ci dans la mesure où son état de santé le lui permet

## LE DEVELOPPEMENT DES ESPACES DE CONCERTATION ET DE COORDINATION LOCALES

### Le CLSM

La création des CLSM participe du mouvement de promotion des droits des personnes handicapées psychiques, notamment en favorisant la coordination entre les actions menées autour de la personne.

#### LES FREINS

- ▶ La couverture départementale n'est pas assurée.
- ▶ La couverture territoriale n'est pas nécessairement optimale comme celui de Caen qui n'est porté que par la commune et non par l'agglomération alors que les acteurs qui y participent couvrent des territoires plus larges.
- ▶ Les collectivités territoriales qui doivent en assumer le financement ne sont pas nécessairement convaincues de son utilité.

#### LES LEVIERS

- ▶ Le CLSM de CAEN commence à porter ses fruits avec la constitution de sous-groupes de travail et notamment de celui portant sur le logement.
- ▶ Un autre CLSM a été constitué à Bayeux.

#### ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Etendre le dispositif à un maximum d'établissement public de coopération intercommunale.

### Les comités d'éthique

Le respect des droits des personnes handicapées peut passer par des espaces d'échanges et de discussions entre les professionnels afin de mieux prendre en charge tout en préservant leurs droits à la confidentialité et à leur liberté. Pour traiter de ces problèmes, un espace éthique peut être utile.

#### LES FREINS

- ▶ Dispositif méconnu par nombre d'acteurs.
- ▶ En dehors des espaces organisés les professionnels sont esseulés.

#### LES LEVIERS

- ▶ Il existe des comités d'éthique dans les deux établissements hospitaliers publics de Caen.

#### ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Elargir les comités d'éthique existants à des professionnels n'appartenant pas aux établissements et ouvrir à l'ensemble des professionnels et pas seulement aux juristes.

# L'INFORMATION DES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES ET DE LEUR ENTOURAGE SUR LEURS DROITS AFIN D'EN FAVORISER L'ACCES

## L'information des personnes présentant des troubles psychiques

### LES FREINS

- ▶ Les supports de communication des établissements ne sont pas tous accessibles par les patients et usagers.
- ▶ Le recours à aux directives anticipées et à la personne de confiance est peu utilisé dans le champ de la psychiatrie.
- ▶ Les points d'accès aux droits ne sont pas spécifiques pour les personnes handicapées psychiques et ne sont pas nécessairement bien connus des professionnels de la santé ou du secteur médico-social. Les professionnels du CDAD ne sont pas nécessairement mobilisés dans le champ de la santé mentale.
- ▶ Les droits fondamentaux ne sont pas nécessairement perçus comme prioritaires dans l'accès des droits.
- ▶ Les associations considèrent nécessaire la création de maisons des usagers au sein des établissements et particulièrement à l'EPSM. Cette maison peut être un lieu favorisant l'accès à l'information pour les patients et leurs familles.
- ▶ L'accès à nombre d'information ou à des services se fait aujourd'hui par le numérique. Or ce dernier n'est pas nécessairement maîtrisé par les personnes handicapées psychiques voire même peut être perçu par certaines d'entre elles comme un dispositif intrusif.

### LES LEVIERS

- ▶ Il existe des dispositifs légaux prévus par les Codes de la santé publique et de l'action sociale et des familles : Chartes du patient, livrets d'accueil, directives anticipées, personne de confiance.
- ▶ Des lieux d'accès aux droits sont mis en place par le Conseil départemental de l'accès au droit du Calvados (CDAD 14), groupement d'intérêt public, qui assure le service de l'accès au droit et à la justice et de l'aide aux victimes (SADJAV) du Ministère de la Justice : Maison de justice et du droit de Hérouville Saint Clair, des points d'accès au droit (accueil permanent) à Caen et Vire et des relais d'accès au droit (permanences ponctuelles) à Bayeux, Caen, Falaise, Lisieux et Honfleur. Ces dispositifs sont bien articulés avec la CAF pour le recours aux droits sociaux. Les personnes sont mobiles.
- ▶ Les établissements de santé bénéficient de services sociaux adaptés et favorisent l'accès aux droits plus particulièrement sociaux des personnes.
- ▶ Des comités des usagers sont présents dans les établissements de santé. Les associations spécialisées dans le handicap psychique siègent à l'EPSM. Elles sont tenues informées des plaintes formulées par les usagers. De la même manière, les conseils de la vie sociale des institutions médico-sociales sont aussi un lieu d'information pour les usagers et pour faire valoir leurs droits.
- ▶ CLIC, CMS, Points Infos 14 (notamment les labellisés MSAP) comme ressources importantes de proximité pour ce domaine

## ENJEUX I PISTES D'AMÉLIORATION

- Intégrer les modalités de la méthode FALC (facile à lire et à comprendre) dans l'élaboration des documents d'information à l'attention des patients et usagers.
- Mieux faire connaître aux patients et particulièrement après la crise, leurs droits et le recours à des mesures les concernant comme les directives anticipées.
- Favoriser la venue des professionnels de l'accès aux droits dans les établissements qu'ils soient des droits liés à la personne ou des droits sociaux. Dans ce cadre, il a été évoqué la possibilité de déplacements au sein des établissements pour donner des informations ou organiser le déplacement d'un avocat et la mise en place d'une permanence téléphonique spécifique pour les établissements psychiatriques une fois par mois.
- Elargir l'accès aux droits pour les personnes détenues et pour les personnes précaires en travaillant plus étroitement avec les PASS (permanence d'accès aux soins de santé de la Miséricorde et du CHU).
- Favoriser la présence des associations d'usagers au sein des établissements de santé mentale et envisager la création de maisons des usagers.
- Favoriser de la présence et de la participation des usagers et de leurs familles dans les commissions des usagers des établissements de santé
- Associer plus fortement les représentants des usagers dans les procédures qualité des établissements
- Développer les liens entre les associations tutélaires et les établissements autorisés en psychiatrie

## Les hospitalisations des personnes en soins sans consentement

Sans réduire l'accès au droit à cette seule question, il convient de souligner que les personnes handicapées psychiques peuvent à l'occasion bénéficier de soins sans consentement. Cela est une particularité qui ne saurait être méconnue.

### LES FREINS

- ▶ Le recours à l'hospitalisation pour péril imminent, qui devait être une procédure exceptionnelle, tend à devenir une procédure « normale » et peut être vécue par les familles comme une mise à l'écart du recours aux soins sans consentement.
- ▶ Pour les personnes protégées, le passage des patients hospitalisés sans consentement devant le JLD n'est pas nécessairement connu dans des délais adaptés par les mandataires judiciaires.
- ▶ Dans le cadre des soins sans consentement, la lourdeur de la procédure peut conduire à des difficultés pour les patients à bénéficier de permissions de sorties et notamment lorsqu'elles sont itératives.
- ▶ Les élus indiquent ne pas mesurer pleinement le sens de leurs interventions dans le cadre des hospitalisations sans consentement.

### LES LEVIERS

- ▶ Les dispositifs juridiques liés à l'hospitalisation sans consentement fonctionnent bien. Le recours à l'avocat est systématique lors des audiences tenues par le juge des libertés et de la détention. Des professionnels qualifiés en droit sont présents dans les établissements autorisés à pratiquer des soins sans consentement.

## ENJEUX I PISTES D'AMÉLIORATION

- Etudier les motifs du recours au péril imminent pour en limiter l'usage.
- Informer rapidement les mandataires judiciaires de la tenue des audiences afin que les mandataires puissent y assister.
- Examiner avec l'Agence et la Préfecture les conditions d'une meilleure appréciation du fondement des autorisations de

sorties.

- ➔ Mettre en place des formations sur les soins sans consentement à l'attention des élus.

## LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION

### LES FREINS

**Cette préoccupation devrait être mieux partagée par l'ensemble des services publics ou des acteurs de la société**

- ▶ Elargir le champ des semaines d'information en santé mentale à l'ensemble du département et mieux faire connaître ce dispositif aux acteurs de la vie publique.
- ▶ Faire reconnaître le handicap psychique comme un autre par les acteurs du transport puisque certaines personnes psychiques se sont vues refuser le bénéfice des transports spécialisés.
- ▶ Sur le numérique : il y a une volonté de politique de passer au numérique mais c'est un facteur d'exclusion

### LES LEVIERS

**Nombreux dispositifs existants :**

- ▶ Sport sur ordonnance à Caen permettant aux personnes handicapées psychiques d'accéder à un dispositif souvent réservé dans de nombreuses villes uniquement aux personnes atteintes de pathologies somatiques.
- ▶ Semaine d'information en santé mentale qui a lieu tous les ans.
- ▶ Service sport santé (EPSM et ESQUIROL) : propose un sport adapté aux personnes souffrant de troubles psychiques.
- ▶ Lieux de déstigmatisation : le Meli melo, la Loco, le jardin extraordinaire de Louvigny (liste non exhaustive).
- ▶ Psycyclette (tandem patient/infirmier) : cette année, cela se fait sur 4/5 jours entre Caen et le Mont St Michel avec organisation de l'hébergement et réception par les mairies.

## ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Solliciter un soutien pour les déplacements auprès de la Commission d'accessibilité de la ville de Caen (Mobisto, Twisto).
- ➔ Sensibilisation des bailleurs qui ne connaissent pas les populations concernées.
- ➔ Sensibilisation des personnels des écoles notamment des infirmiers scolaires.
- ➔ Mettre en place des réunions d'information grand public.
- ➔ Mettre en place des actions spécifiques (exemple : accueil à la bibliothèque des personnes ayant des troubles).
- ➔ Développer la communication autour des lieux de déstigmatisation = créer un annuaire de ces lieux + un portail numérique et/ou une plaquette d'information + organiser un forum.
- ➔ Développer les équipes mobiles à l'EPSM pour plus d'accompagnement et de disponibilité, l'accompagnement étant essentiel pour une prise de confiance et pouvoir « pousser les portes ».

# ACTION SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX, ENVIRONNEMENTAUX ET TERRITORIAUX

## COORDINATION DES PARCOURS

### LES FREINS

- ▶ Les personnes à la rue peuvent passer sous les radars,
- ▶ Les pratiques non-homogènes d'un territoire à l'autre
- ▶ Les travailleurs sociaux ne sont pas formés aux troubles psychosociaux, notamment dans la détection de la dangerosité.
- ▶ Manque de moyen en psychiatrie, notamment sur les territoires ruraux.
- ▶ Deux problématiques transversales : protection de l'enfance et protection de la santé mentale
- ▶ Mineurs non accompagnés

### LES LEVIERS

- ▶ C.L.S.M de Caen : lors de réunion de coordination, des solutions peuvent être trouvées pour permettre aux pros de se décharger.
- ▶ Un C.L.S.M a dans l'usage un territoire opérationnel au-delà du territoire de sa collectivité territoriale de rattachement, comme le CLSM de Bayeux qui intervient sur une partie du Bessin.
- ▶ Les parcours individualisés apparaissent comme une évidence, mais avec une coordination entre les différents C.L.S.M. Cette coordination peut être prise en charge par le détachement d'un salarié d'un E.P.S.M. Il est vu dans la coordination des usagés une auto-efficacité et une auto-appropriation des déterminants sociaux.

### ENJEUX I PISTES D'AMÉLIORATION

- ⇒ Importance de renforcer le lien entre le médical et le social par :
  - L'interconnaissance des acteurs : annuaire et rencontre annuelle à l'échelle du territoire : Ce rendez-vous aurait pour objectif de balayer différentes thématiques de manière récurrente permettant une actualisation des dispositifs, mais également mettre en avant des expériences d'acteurs du terrain. Les thèmes pouvant être : le logement, l'accès aux soins, le transport, l'emploi...
  - La formation
  - Des actions de coordination des parcours entre acteurs, que ce soit transdisciplinaire, trans-établissement, trans-service, ...
- ⇒ L'importance de faire émerger des Conseils Locaux de Santé Mentale auprès des communes significatives en sensibilisant les élus. En effet, il nous semble essentiel de pouvoir favoriser la mise en place de ces espaces de proximité, de concertation et de coordination.

## PREVENTION ORIENTEE VERS LES AIDANTS

### LES FREINS

- ▶ Précarité et isolement dans le parcours de vie.
- ▶ Non reconnaissance des troubles notamment dans la sphère familiale, dans sa communauté ou sur un territoire,
- ▶ Le risque d'un environnement trop fermé, trop obtus peut impliquer une décohobitation, source d'arrivée des troubles.
- ▶ Chez les jeunes de 18 – 30 ans, il est mis en avant les préoccupations du passage à l'âge adulte, impactant la santé mentale.
- ▶ Université pointe l'embolisation de la prévention par le quotidien, ce qui ne permet pas d'agir très tôt.
- ▶ L'importance de la transférabilité des process mis en place sur certains territoires, pour une égalité de traitement et facilité la compréhension des acteurs.

### LES LEVIERS

- ▶ Actions de prévention liées au bien-être, au maintien à domicile, à la mobilité (par exemple celles des CLICs)
- ▶ Un grand chantier a été ouvert par le Président de la République pour accompagner la parentalité avec une prise en charge de celle-ci dans la Prestation de Compensation du Handicap (PCH). Des orientations seront prochainement annoncées.

### ENJEUX I PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Penser la mise en place de dispositifs pouvant s'inspirer du « programme profamille » offrant des espaces d'information et d'échange pour des personnes qui ont un proche souffrant de schizophrénie ou de troubles schizo-affectifs. L'idée étant de réfléchir sur le soutien que nous pouvons apporter aux aidants.
- ➔ Développer un réseau de familles d'accueil
- ➔ Former ces familles sur les maladies psychiques
- ➔ Accompagner la parentalité dans le cadre du soutien à la maternité.

## LOGEMENTS ET SES DIVERSIFICATIONS

### LES FREINS

### LES LEVIERS

- ▶ Baux glissants
- ▶ Impact des certaines aides, comme la conférence des financeurs dans le cadre des aides techniques à l'adaptation des logements.
- ▶ Pour le logement inclusif, plusieurs appels à projet vont se développer avec différents types d'opérateurs.

### ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ⇒ Intérêt des baux glissants
- ⇒ Importance de diversifier les modalités de logement sur l'ensemble du territoire

## MOBILITE

### LES FREINS

### LES LEVIERS

- ▶ Difficultés liées aux déplacements. Difficultés souvent en lien avec une mauvaise compréhension des itinéraires, incompréhension des réseaux, etc...
  - ▶ La problématique du déplacement ne facilite souvent pas la participation des usagers à ces instances. Les réunions éloignées géographiquement et les horaires sont parfois des freins à une implication. Outre la fatigabilité, il appartient à la personne de trouver par elle-même des ressources (souvent la disponibilité d'un tiers ayant un véhicule) lui permettant de se déplacer.
- ▶ L'ARS prend en charge les frais de déplacement des membres des instances de démocratie sanitaire pour faciliter la participation.

### ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ⇒ Nécessité de se rapprocher des plateformes mobilité pour travailler sur des réponses possibles.

## ACCES ET MAINTIEN DANS L'EMPLOI

### LES FREINS

- ▶ Une inclusion difficile dans un monde de l'entreprise où prime la performance
- ▶ Difficile pour des personnes avec des troubles psychiques de trouver un emploi avec un environnement adapté à ses besoins
- ▶ Longs délais d'attente pour les premières notifications MDPH et certaines notifications de courtes durées ce qui bloque la fluidité du parcours
- ▶ Un virage inclusif difficile pour certains qui préfèrent rester travailler en milieu protégé
- ▶ Déterminisme comportemental de la part de certains professionnels qui ramènent tout à la pathologie

### LES LEVIERS

- ▶ De grandes orientations au niveau national pour favoriser l'inclusion dans l'emploi
- ▶ Dispositif Emploi accompagné
- ▶ Ouverture progressive des établissements spécialisés du travail avec le développement du réseau
- ▶ Des demandes de formations faites auprès de la Maison des adolescents par les Missions Locale et l'École de la seconde chance

### ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ⇒ Former les entreprises
- ⇒ Former les représentants du personnel, les médecins du travail, les chambres de commerce et de l'industrie...
- ⇒ Développer les Premiers Secours en Santé Mentale dans le milieu professionnel

## GROUPE D'ENTRAIDE MUTUELLE

### GEM

- « Outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes en situation de grande fragilité, le Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) peut contribuer à assurer un meilleur accompagnement des personnes en souffrance psychique se retrouvant isolées, fragilisées et vulnérabilisées par les conséquences de la maladie ».

### LES FREINS

- ▶ Pas de GEM en zone rurale

### LES LEVIERS

- ▶ GEM à Caen, Vire, Liseux, Bayeux

### ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ⇒ Créer un GEM Mobile.

## LES COMPETENCES PSYCHO-SOCIALES

### Les compétences psycho-sociales

- " Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement." (OMS)

#### LES FREINS



#### LES LEVIERS

- ▶ Des projets co-financés par l'ARS au sein de certains CESCO (bien être psychique et question des addictions)
- ▶ Développement d'une double approche sur les enjeux des CPS par la Direction Générale de la Santé et Santé Publique France – abordant la notion de pleine conscience
- ▶ Une approche transversale des compétences psychosociales centrée sur le bien-être plutôt que segmentée par facteurs de risque

## CONCLUSION

La démarche de co-construction du diagnostic qualitatif partagé a fortement mobilisé les divers acteurs du territoire. Cette dynamique est le point de départ de la construction d'une culture commune en santé mentale. Ce diagnostic reflète une photographie riche de l'existant et apporte des pistes d'amélioration.

Les diagnostics partagés sont évolutifs et est donc voués à être continuellement enrichis. Le diagnostic actuel est le premier en santé mentale, il est nécessairement partiel car influencé par la composition des groupes de travail (domaines et les territoires représentés). Ainsi des thématiques, comme par exemple, la santé sexuelle et le développement des compétences psycho sociales sont peu traitées dans ce diagnostic. Elles pourront faire l'objet d'enjeux du PTSM ou encore être intégrées de manière transversale dans la construction du PTSM.

## LISTE DES ABREVIATIONS

AAH	Allocation Adulte Handicapé
AAJB	Association des Amis de Jean BOSCO
ACDP	Accueil de Courte Durée en Psychiatrie
ACSEA	Association Calvadosienne pour la Sauvegarde de l'Enfant et l'Adulte
ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
APA	Aide Personnalisée d'Autonomie
APA	Activité Physique Adaptée
APAEI	Association de Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales
APAJH	Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés
API	Admission en Péril Imminent
ARS	Agence Régionale de Santé
ATMP	Association Tutélaire des Majeurs Protégés
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CAC	Centre d'Accueil et de Crise
CAF	Caisse d'Allocation Familiale
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCPP	Commission de Coordination des Politiques Publiques
CD	Conseil Départemental
CDAD	Conseils Départementaux de l'Accès au Droit
CH	Centre Hospitalier
CHAB	Centre hospitalier Aunay Bayeux
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination
CLSM	Conseil Local en Santé Mentale
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
COPIL	Comité de Pilotage
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRA	Centre Régional Autisme
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CTS	Conseil Territorial de Santé
CUMP	Cellule d'Urgence MédicoPsychologie
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DGARS	Directeur Général de l'Agence Régional de Santé
DIRECCTE	Directions Régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DMP	Dossier Médical Partagé
DTP	Diagnostic Territorial Partagé
DTTM	Direction Départementale des Territoires et de la Mer
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
EMSI	Equipe Mobile de Soins Intensifs
EPEI	Etablissement de Placement Educatif et d'Insertion
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
ESI	Association Education Solidarité Information
ESMS	Etablissements Sociaux et Médicosociaux
ETP	Education Thérapeutique du Patient
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IME	Institut Médico Educatif
IPM	Ivresse Publique Manifeste
ISEMA	Internat Socio-Educatif Médicalisé pour Adolescents
LMSS	Loi de Modernisation de notre Système de Santé
Maia	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie
MDA	Maison Des Adolescents
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapés
MSA	Mutualité Sociale Agricole
OFII	Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCPE	Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées
PJJ	Protection Judiciaire de La Jeunesse
PMI	centre de Protection Maternelle et Infantile
PRS	Projet Régional de Santé
PSLA	Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires
PTA	Plateforme Territorial d'Appui
PTSM	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
ROR	Répertoire Opérationnel des ressources
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service Accompagnement à la Vie Sociale
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
SPIP	Service Pénitentiaire d'insertion et de Probation
SSIAD	Services de Soins Infirmiers A Domicile
SUMPSS	Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
TS	Tentative de Suicide
TSA	Troubles du spectre de l'Autisme
UAAD	Unité Aide et d'Accompagnement au Domicile
UAMC	Union Amicale des Maires du Calvados
UCHA	Unité de Crise et d'Hospitalisation
UCPU	Unité de Crise et de Post-Urgence

UDAF	Union Départementale des Associations Familiales
UMPSA	Unité mobile de premiers secours et d'assistance
UNAFAM	Union NAtionale de FAMilles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
VAD	Visite à Domicile