

DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGÉ DU PTSM DU CALVADOS

Décembre 2025



INTRODUCTION

Issue de la loi de modernisation de notre système de santé, le projet territorial de santé mentale (PTSM) vise à organiser les conditions d'accès de la population :

- A la prévention, notamment repérage, diagnostic et intervention précoce des troubles
- A l'ensemble des modalités techniques de soins et de prises en charge spécifique
- Aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale

Outre les enjeux de déstigmatisation et de prévention, le PTSM vise à améliorer les parcours en santé mentale à tous les âges de la vie, fondés sur les besoins et les aspirations des personnes et de leurs aidants en favorisant une meilleure articulation entre les secteurs sanitaires, social et médico-social en lien avec une coordination des politiques publiques.

Il s'agit donc notamment d'un cadre privilégié de partenariats transversaux et multisectoriels permettant des échanges et des réflexions croisés au bénéfice des parcours de santé mentale.

Dans ce contexte, devant l'étendue du champ et la pluralité des acteurs concernés par cette démarche, devant la nécessité pour les acteurs des différents champs d'appréhender au mieux ce sujet complexe, un diagnostic partagé de cette nouvelle génération de PTSM a été réalisé en plusieurs étapes :

- Un portrait socio-sanitaire de territoire au regard des liens entre les déterminants sociaux et la santé mentale
- Une brève description d'organisation générale des soins et de coordination des acteurs, la santé mentale étant intégrée dans une politique de santé globale
- Un diagnostic territorial de l'offre réalisé à partir de la modélisation d'un parcours en santé mentale qui outre les actions de prévention, identifie plusieurs secteurs autour de la personne qui composent le parcours de soins et de vie en santé mentale de toute personne :
 - I. Les offres de soins et d'accompagnement
 - II. Le logement et/ou l'hébergement pour les mineurs et pour les adultes
 - III. L'emploi et l'enseignement
 - IV. Appui à la vie sociale
 - V. L'aide aux aidants
 - VI. Focus santé des mineurs
 - VII. Synthèse indicateurs nationaux
 - VIII. Bilan PTSM

Un bilan de la première génération du PTSM effectué selon la méthodologie préconisée par l'ANAP.

Celui-ci a été réalisé lors de groupes de travail sous l'égide du coordonnateur PTSM et de la délégation départementale du Calvados réunissant de nombreux acteurs (au total plus de 80 acteurs mobilisés). Chaque groupe a travaillé sur chacune des 6 priorités du PTSM.

- Priorité 1 : Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles
- Priorité 2 : Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale
- Priorité 3 : accès des personnes à des soins somatiques adaptés à leurs besoins
- Priorité 4 : La prévention et la gestion des situations de crise et d'urgence
- Priorité 5 : Le respect de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques
- Priorité 6 : L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé

Suite à ce diagnostic territorial partagé, les travaux se sont poursuivis sur le territoire afin de dégager des objectifs opérationnels par priorité qui constituent le PTSM. Ces objectifs ont vocation à être décliné secondairement par actions dans le cadre du contrat territorial de santé mentale (CTSM).

SOMMAIRE

➤ PORTRAIT SOCIO-SANITAIRE

1. Synthèse
2. Aspect populationnel
3. Naissance et fécondité
4. Personnes âgées
5. Situations sociales
6. Espérance de vie de mortalité toutes causes
7. Mortalité évitable
8. Santé mentale

➤ CONTEXTE D'ORGANISATION GENERALE DES SOINS ET DE COORDINATION DES ACTEURS

- I - Cadres de coopération entre acteurspage 19**
1. Le groupe hospitalier de territoire (GHT)
 2. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)
 3. Le dispositif d'appui à la coordination (DAC)
 4. La communauté 360 handicap
 5. Le Service Public Départemental de l'Autonomie (SPDA)
- II - Outils territoriaux de coordination locale des politiques de santépage 24**
1. L'Atelier Santé Ville (ASV)
 2. Le contrat local de santé (CLS)
 3. Le conseil local de santé mentale (CLSM)
- III - Dispositifs de réponse rapidepage 27**
1. Le service d'accès aux soins (SAS)
 2. Numéro national de prévention du suicide : 31 14

➤ LE DIAGNOSTIC DE L'OFFRE

- I - LES OFFRES DE SOINS OU D'ACCOMPAGNEMENTpage 30**
- 1. Premier recours**
- 1.1. Démographie
 - Médecin psychiatres
 - Médecins généralistes
 - Psychologues
 - Professionnels paramédicaux
 - 1.2. Exercices coordonnés en libéral

2. Dispositifs de soins psychiatriques

2.1. Dispositifs de soins ambulatoires

- CMP
- CATTP/CATTG
- HDJ
- Equipes mobiles
 - ❖ Equipe mobile psychiatrie précarité (EMPP)
 - ❖ Equipe mobile personnes âgées (UMPSA)
 - ❖ Equipe mobile de soins intensifs (EMSI) pour psychoses émergentes
 - ❖ Equipe mobile de pédopsychiatrie Canopée
 - ❖ Equipe Mobile d'Intervention et de Liaison pour Adultes Autiste (EMILAA)
- Consultations spécialisées
 - ❖ Consultation adoption départementale ouverte aux parents adoptants et futurs adoptants
 - ❖ Consultation périnatalité, petite enfance et diagnostic précoce
 - ❖ Consultation hyperactivité-psychopathologie cognitive
 - ❖ Consultation psychotraumatisme enfants et adultes

2.2. Secteur pénitentiaire

3. Service santé des étudiants (SSE)

4. Unité d'accueil pédiatrique enfant en danger (UAPED)

5. Maison des femmes – santé

6. Centres de ressource/support/experts régionaux, interrégional ou hémi régionaux

7. Maison des adolescents

8. Offre médico-sociale ambulatoire

- 8.1. Les Centres d'Action Médico-Sociale (CAMSP)
- 8.2. Les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)
- 8.3. Le Bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU)

9. Dispositifs de soins spécifiques (parcours de soins)

9.1. Dispositifs dédiés périnatalité

9.2. Dispositifs dédiés addictologie

- Les Centre de Soins, d'accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)
- Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)
- Les consultations jeunes consommateurs (CJC)

9.3. Dispositifs dédiés précarité

9.4. Dispositifs dédiés personnes âgées

9.5. Dispositifs dédiés aux soins des personnes détenus

- Les Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)
- Les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)

9.6. Les Maisons Sport-Santé

9.7. Structures d'urgence

9.8. Les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP)

II - LES OFFRES D'HEBERGEMENTpage 57

1. Le logement accompagné

- Pensions de famille / maisons relais
- Résidences accueil
- L'habitat partagé avec accompagnement à la vie partagée (AVP)
- Le dispositif d'intermédiation locative (IML) et les mesures d'accompagnement social liées au logement (ASLL)
- Un chez soi d'abord (appartement de coordination thérapeutique (ACT)

2. Le logement social

- Le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS)
- Les Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA)

3. L'accompagnement et l'hébergement médico-social

- Les services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)
- Les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)
- Etablissement d'accueil non médicalisé (EANM)
- Le foyer d'accueil médicalisé (FAM) ou établissement d'accueil médicalisé (EAM)
- La maison d'accueil spécialisée (MAS) ou établissement d'accueil médicalisé (EAM)
- Les instituts thérapeutiques et pédagogiques (ITEP)

III – EMPLOI / ENSEIGNEMENTpage 65

1. Emploi

1.1 Milieu ordinaire

- L'Emploi accompagné
- Cap emploi
- Missions locales
- Entreprise adaptée

1.2. Travail protégé

- Les établissements et services d'Aide par le Travail (ESAT)

2. Enseignement

2.1. Médecins de l'Éducation Nationale

2.2. Infirmiers de l'éducation nationale

2.3. Assistant de service social de l'éducation nationale

2.4. Psychologue de l'éducation nationale

IV - APPUI A LA VIE SOCIALEpage 70

1. Protection juridique

2. Les Groupements d'entraide mutuelle (GEM)

3. Les semaines d'information en santé mentale (SISM)

V - L'AIDE AUX AIDANTSpage 72

1. Association d'usagers ou de familles et amis d'usagers

2. Séjours de répit

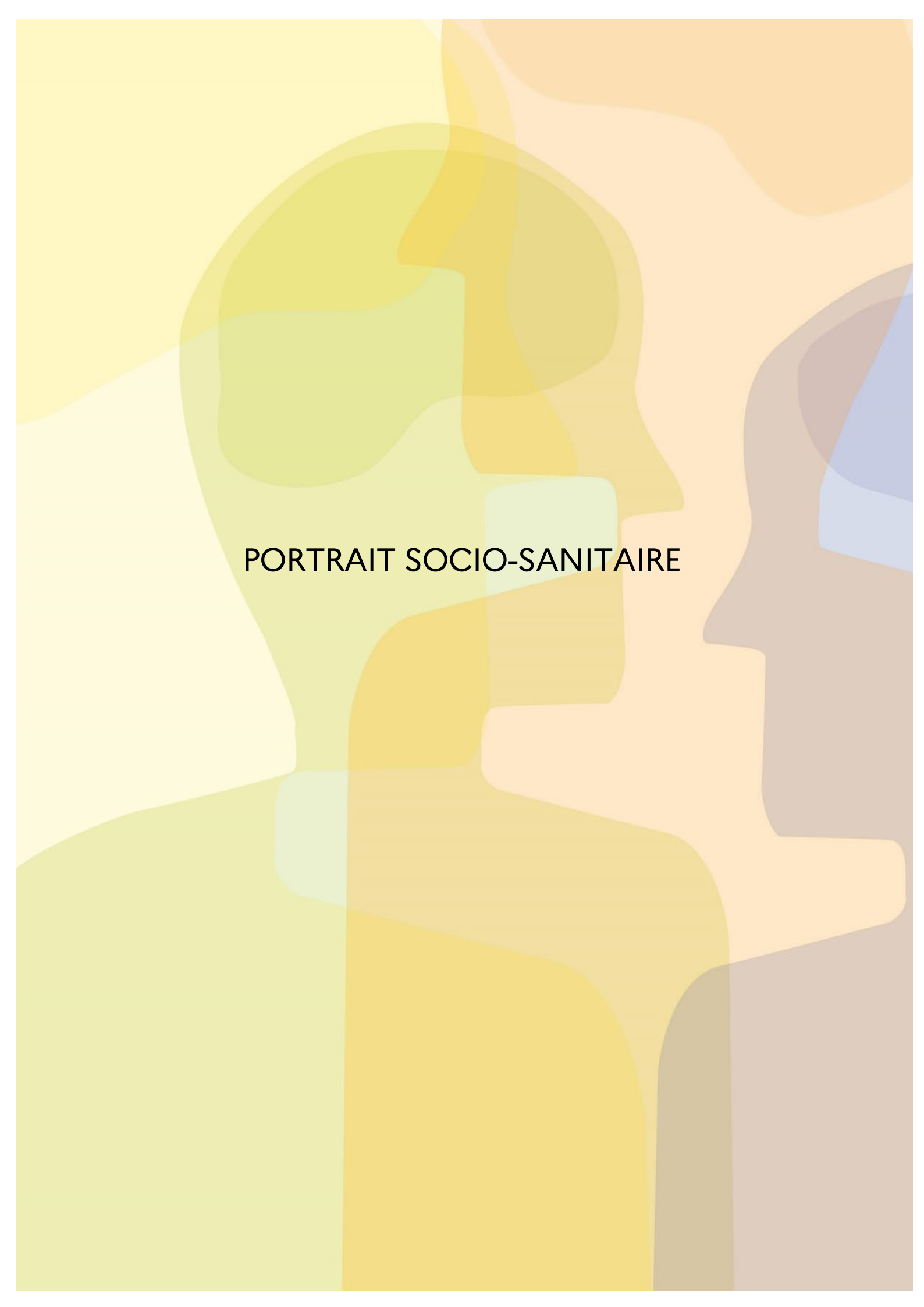
➤ FOCUS SANTE DES MINEURSpage 75

1. Synthèse de l'offre
2. Données quantitatives

➤ SYNTHESE INDICATEURS NATIONAUXpage 84

➤ BILAN PTSM 2021-2025page 85

- Déroulement de la phase d'évaluation
- Synthèse des ateliers d'évaluation



PORTRAIT SOCIO-SANITAIRE

1. SYNTHÈSE

Le département du Calvados se caractérise par un **vieillissement important** de sa population, avec une forte proportion de personnes âgées de plus de 75 ans, dont beaucoup vivent seules. Cette tendance s'accompagne d'un indice de vieillissement supérieur à la moyenne nationale. La fécondité est en baisse, et la population féminine en âge de procréer (15-49 ans) diminue, ce qui influe sur la dynamique démographique globale du territoire.

Sur le plan social, le Calvados affiche une **précarité marquée** : un taux de chômage élevé, une part importante de jeunes adultes peu diplômés, et un nombre conséquent de bénéficiaires du RSA et de l'AAH.

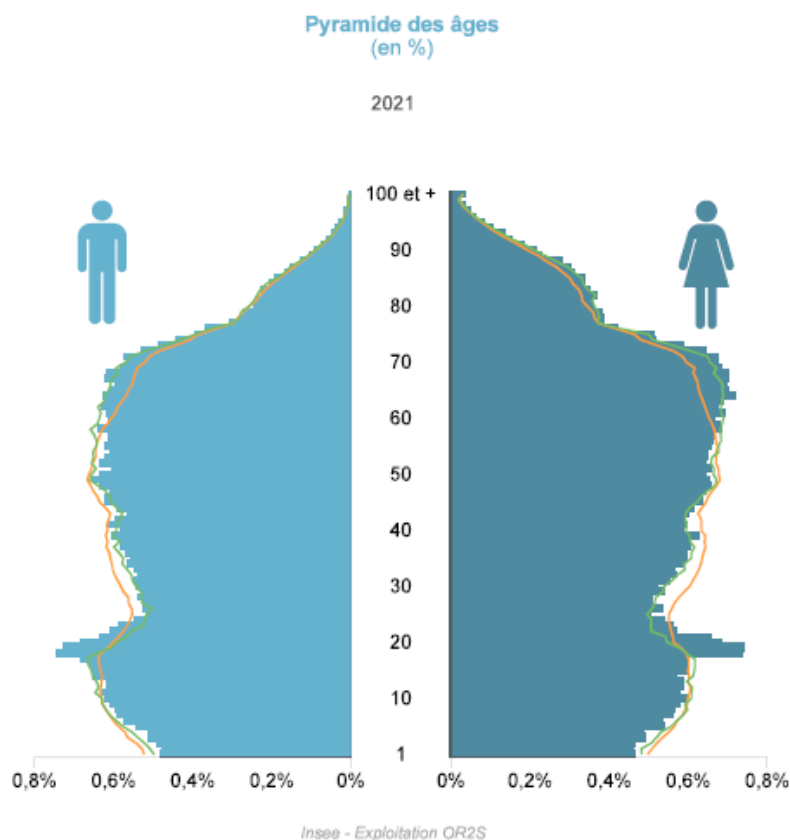
Du point de vue sanitaire, le département présente une **surmortalité toutes causes confondues**, notamment chez les hommes, ainsi qu'une **mortalité évitable** (par prévention ou par les soins) sensiblement supérieure à celle observée en France hexagonale. **Les pathologies chroniques, notamment les cancers, les maladies cardiovasculaires et les troubles psychiatriques, sont plus fréquentes** qu'ailleurs, renforçant les besoins en prise en charge spécialisée.

L'**offre de soins de premier recours** est inégale. La densité de médecins généralistes est plus faible qu'en France, et la population médicale est vieillissante, avec près de 40 % de médecins âgés de plus de 55 ans. L'**accessibilité géographique aux soins** est également un enjeu : certaines zones du territoire présentent une faible densité de consultations en médecine générale et de soins infirmiers.

De manière plus large, on observe une **inégaie répartition territoriale des professionnels de santé**. En matière de **santé mentale**, bien que le Calvados dispose d'un nombre élevé de psychologues et d'orthophonistes, la densité de psychiatres libéraux reste limitée. De plus, l'accès rapide aux soins psychiatriques après hospitalisation est insuffisant. Le suivi post-hospitalisation en psychiatrie est préoccupant : seulement 17,9 % des patients revoient un psychiatre dans les 15 jours suivant leur sortie, contre plus de 30 % au niveau national. Le département enregistre également un taux de passages aux urgences pour tentative de suicide plus élevé que la moyenne nationale, ainsi qu'une durée de séjour psychiatrique plus longue. L'utilisation croissante du dispositif "**Mon soutien Psy**" illustre une demande croissante en matière de santé mentale et de souffrance psychique.

2. ASPECT POPULATIONNEL

Structure démographique



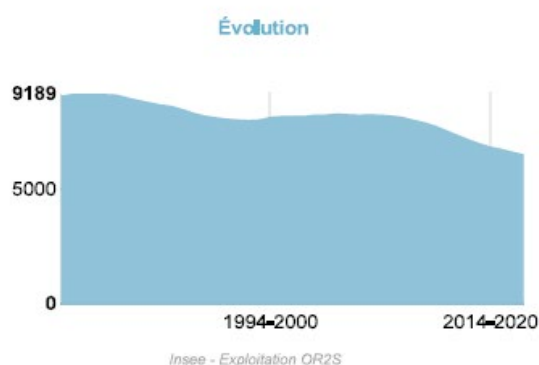
La pyramide des âges du Calvados présente une structure vieillissante.

On y observe :

- Une base relativement étroite, montrant un faible taux de natalité, avec moins de jeunes de moins de 20 ans qu'au niveau national.
- Une proportion importante de personnes âgées, notamment des 65 ans et plus, ce qui reflète un vieillissement de la population.
- Une population active (30-60 ans) encore bien représentée, mais avec une tendance au vieillissement progressif.

3. NAISSANCE ET FECONDITE

Nombre annuel moyen de naissances vivantes

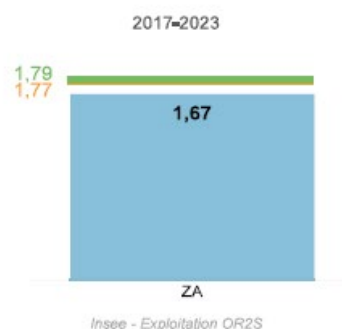


2017-2023
6 538
naissances
en moyenne annuelle



Insee - Exploitation OR2S

Indice conjoncturel de fécondité



L'indice conjoncturel de fécondité (ICF), exprimé en nombre d'enfant(s) par femmes, estime le nombre d'enfant(s) qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondités observés sur une période donnée étaient ceux auxquels elle était soumise au cours de sa vie génésique.

- Calvados (ZA)
- France hexagonale (ZC1)
- Normandie (ZC2)

Les naissances sont en baisse constante depuis au moins 2014, et le solde naturel (naissances – décès) est désormais négatif

Le taux de fécondité des jeunes femmes est le plus bas de Normandie avec un Indice de fécondité de 1,6 enfants par femme en âge de procréer.

4. PERSONNES AGEES

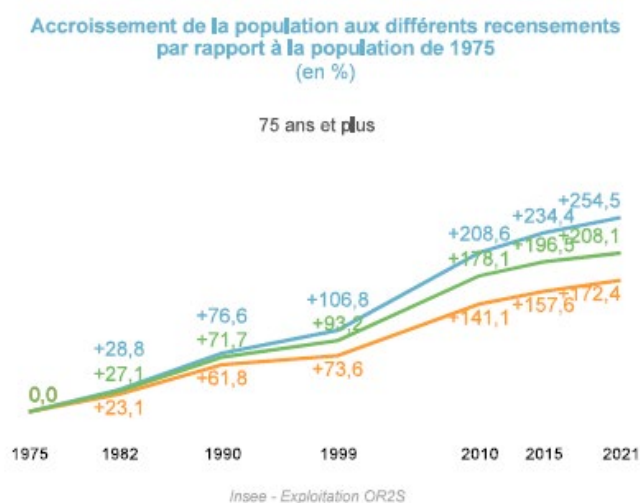
Aspect populationnel



Insee - Exploitation OR2S



Insee - Exploitation OR2S



Le territoire du Calvados compte +70 000 personnes âgées de 75 ans et plus soit 10,6% de sa population. Si ce taux est inférieur aux autres départements Normands, la progression de cette dernière est plus marquée notamment en raison des migrations des retraités des départements voisins.

5. SITUATIONS SOCIALES

Scolarité, emploi, fragilité professionnelle, revenus et allocations



CCMSA, Cnaf, Insee, Ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFIP, MSA, Exploitation OR2S

Aide à la lecture

Une couleur : pour savoir si le territoire analysé est dans une situation plus favorable ou non en regard de la zone de comparaison sélectionnée.

Une taille : pour mesurer l'écart entre les situations du territoire et la zone de comparaison, plus la taille du cercle est importante plus le différentiel entre les deux zones est élevé.

Sur le plan social, le Calvados présente plusieurs signes de fragilité. Bien qu'inférieur à la moyenne nationale, le département se caractérise par un taux de chômage supérieur à la moyenne chez les jeunes actifs avec une proportion significative de jeunes adultes faiblement qualifiés peinant à s'insérer durablement sur le marché du travail.

Cette vulnérabilité se traduit également par un recours important aux minimas sociaux, avec un nombre élevé de bénéficiaires du RSA (Revenu de solidarité active) et de l'AAH (Allocation aux adultes handicapés).

Par ailleurs, certains territoires cumulent des difficultés sociales et économiques persistantes, en particulier dans les zones périurbaines et rurales, où l'accès à l'emploi, à la formation ou aux soins reste plus difficile. L'accès au logement social, bien que développé dans les agglomérations comme Caen, reste inégalement réparti, contribuant à accentuer les disparités sociales à l'échelle départementale.

6. ESPERANCE DE VIE DE MORTALITE TOUTES CAUSES

Nombre de décès annuel moyen

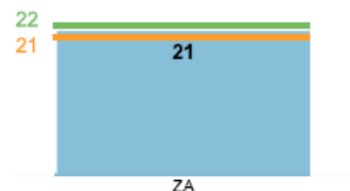
2016-2022

3 550



écart entre le nombre
de décès relevé
et celui qui serait
observé avec la même mortalité
qu'en France hexagonale :
209 décès

Part des décès de moins de 65 ans,
chez les hommes
(en %)

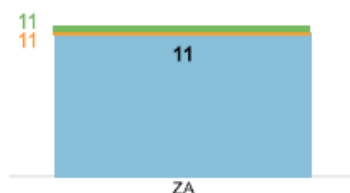


3 677



écart entre le nombre
de décès relevé
et celui qui serait
observé avec la même mortalité
qu'en France hexagonale :
98 décès

Part des décès de moins de 65 ans,
chez les femmes
(en %)



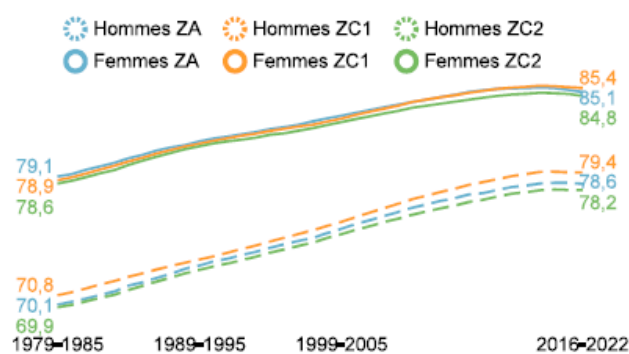
Inserm CépiDc - Exploitation OR2S

Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Inserm CépiDc - Exploitation OR2S

Espérance de vie à la naissance (en année)

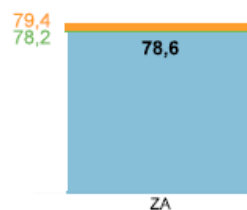
Évolution



Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

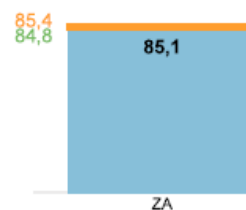
Hommes

2016-2022



Femmes

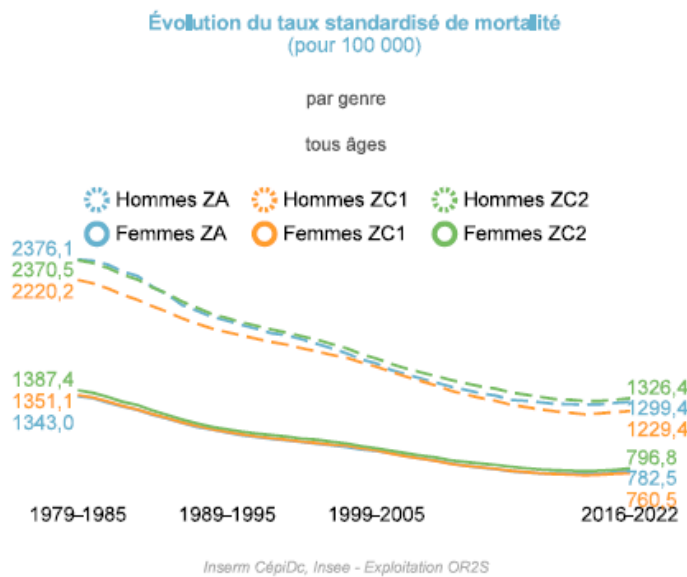
2016-2022



Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

- Calvados (ZA)
- France hexagonale (ZC1)
- Normandie (ZC2)

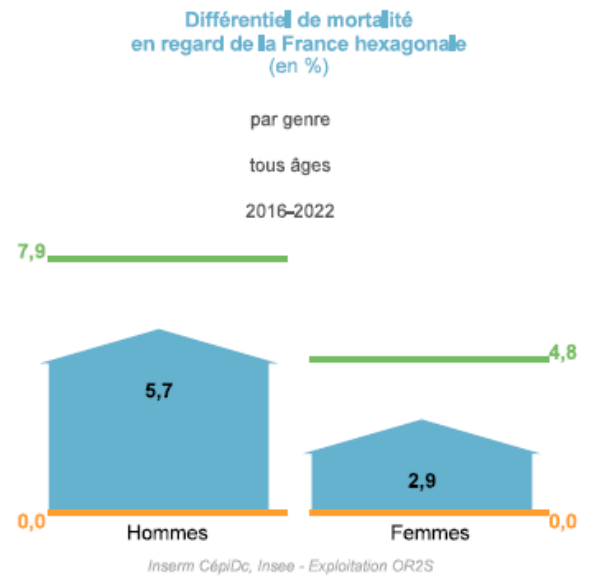
Mortalité toutes causes



Précision

Le différentiel est calculé à partir du taux standardisé de mortalité.
La standardisation effectuée est une standardisation sur l'âge à partir de la population de la France hexagonale au RP 2020.

- Calvados (ZA)
- France hexagonale (ZC1)
- Normandie (ZC2)



- pas de différence significative
- sous-mortalité
- surmortalité

L'espérance de vie dans le Calvados est légèrement inférieure à la moyenne nationale, avec un écart plus marqué chez les hommes (78,9 contre 79,4 en moyenne au niveau national chez les hommes).

La mortalité toutes causes confondues est plus élevée qu'au niveau national avec une surmortalité toute cause chez les hommes supérieure de 5,7% chez les hommes et supérieure de 2,9 % chez les femmes. Néanmoins le Calvados présente une situation plus favorable que la région.

7. MORTALITÉ ÉVITABLE

Définition de la mortalité évitable

La mortalité évitable considérée est celle détaillée dans le rapport du Haut Conseil de la santé publique Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable » publié en avril 2013. Deux types de mortalité évitable sont considérées, celle liée à la prévention et celle liée au système de soins.



Mortalité évitable liée au système de soins : toutes les causes de décès qui, compte-tenu des connaissances médicales et techniques à la date du décès, auraient pu être en grande partie évitées grâce à une bonne qualité du système de soins (en considérant, si justifié, certaines limites d'âge).

Mortalité évitable liée à la prévention : toutes les causes de décès qui, compte-tenu des connaissances sur les déterminants de la santé à la date du décès, auraient pu être en grande partie évitées grâce à des actions de prévention dans un sens très large (en considérant, si justifié, certaines limites d'âge).

Nombre annuel moyen de décès

liée à la prévention

2016-2022

696



250



Inserm CépiDc - Exploitation OR2S

liée au système de soins

2016-2022

211



216

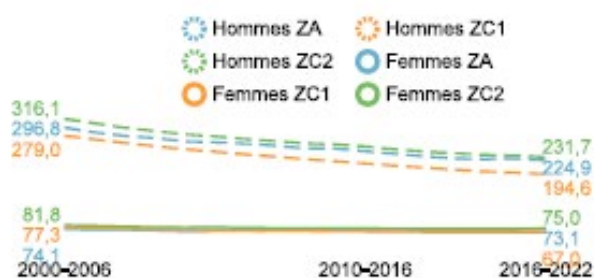


Inserm CépiDc - Exploitation OR2S

Évolution de la mortalité

Taux standardisés de mortalité liée à la prévention, chez les moins de 75 ans (pour 100 000)

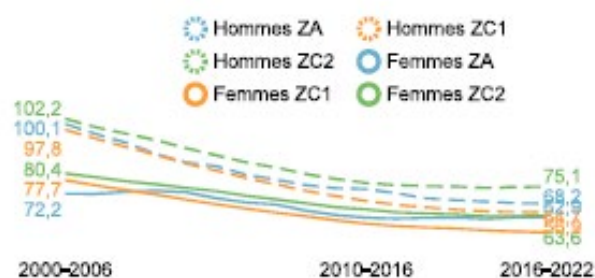
par genre



Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Taux standardisé de mortalité liée au système de soins, chez les moins de 75 ans (pour 100 000)

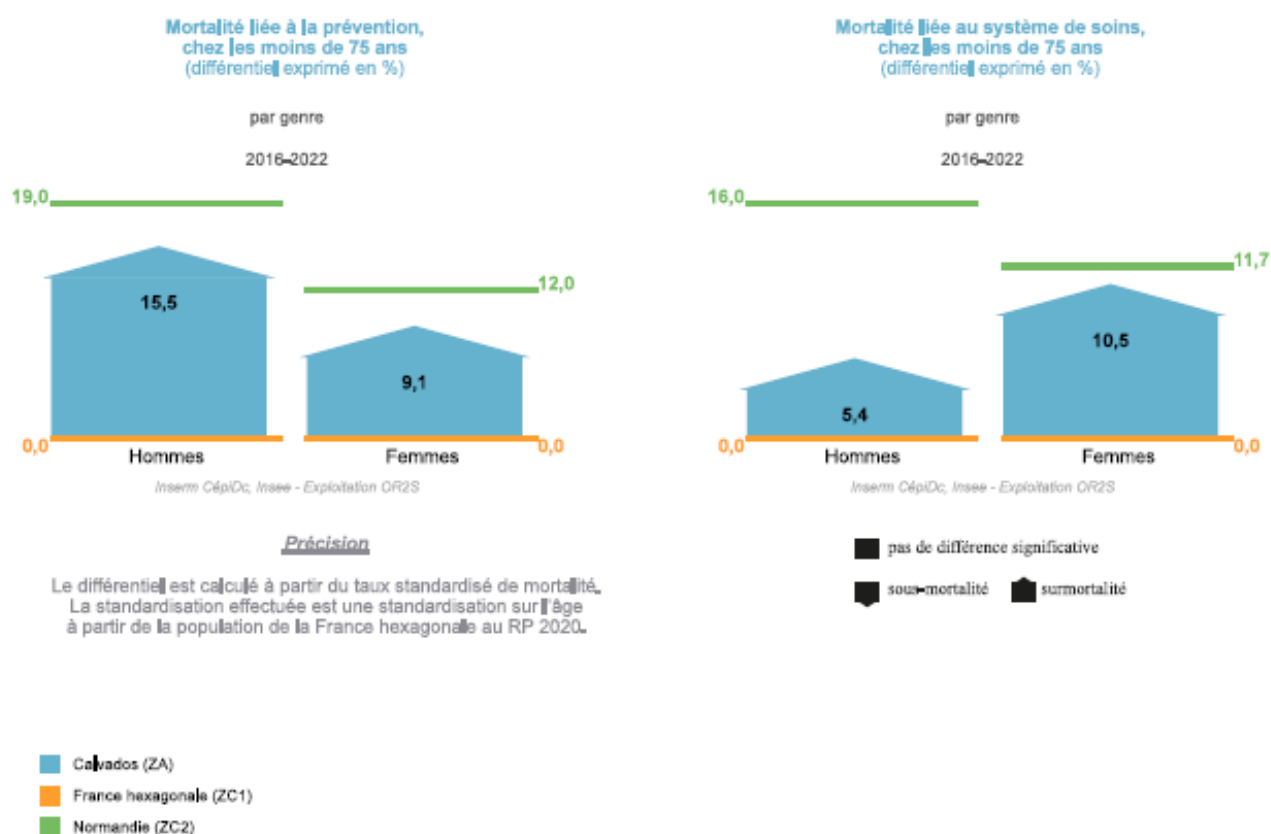
par genre



Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

- Calvados (ZA)
- France hexagonale (ZC1)
- Normandie (ZC2)

Différentiel de mortalité en regard de la France hexagonale



La mortalité évitable est élevée dans le département, aussi bien :

- par la prévention, en lien avec les comportements à risque (tabac, alcool, alimentation, activité physique insuffisante) et le faible recours au dépistage dans certains secteurs
- par le système de soins, en relation avec des retards de diagnostic, des difficultés d'accès aux spécialistes, et des ruptures de parcours pour certaines populations

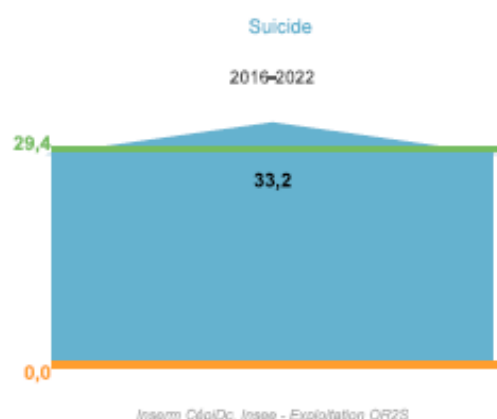
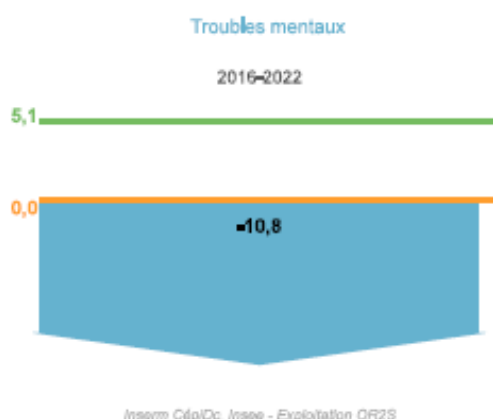
Les cancers et les maladies cardiovasculaires représentent la majorité des décès évitables, avec un excès notable dans plusieurs territoires (notamment littoraux et ruraux). Les territoires où la précarité est la plus forte présentent également les niveaux les plus élevés de mortalité évitable.

8. SANTÉ MENTALE

Nombre de décès annuel moyen



Différentiel de mortalité en regard de la France hexagonale



Précision

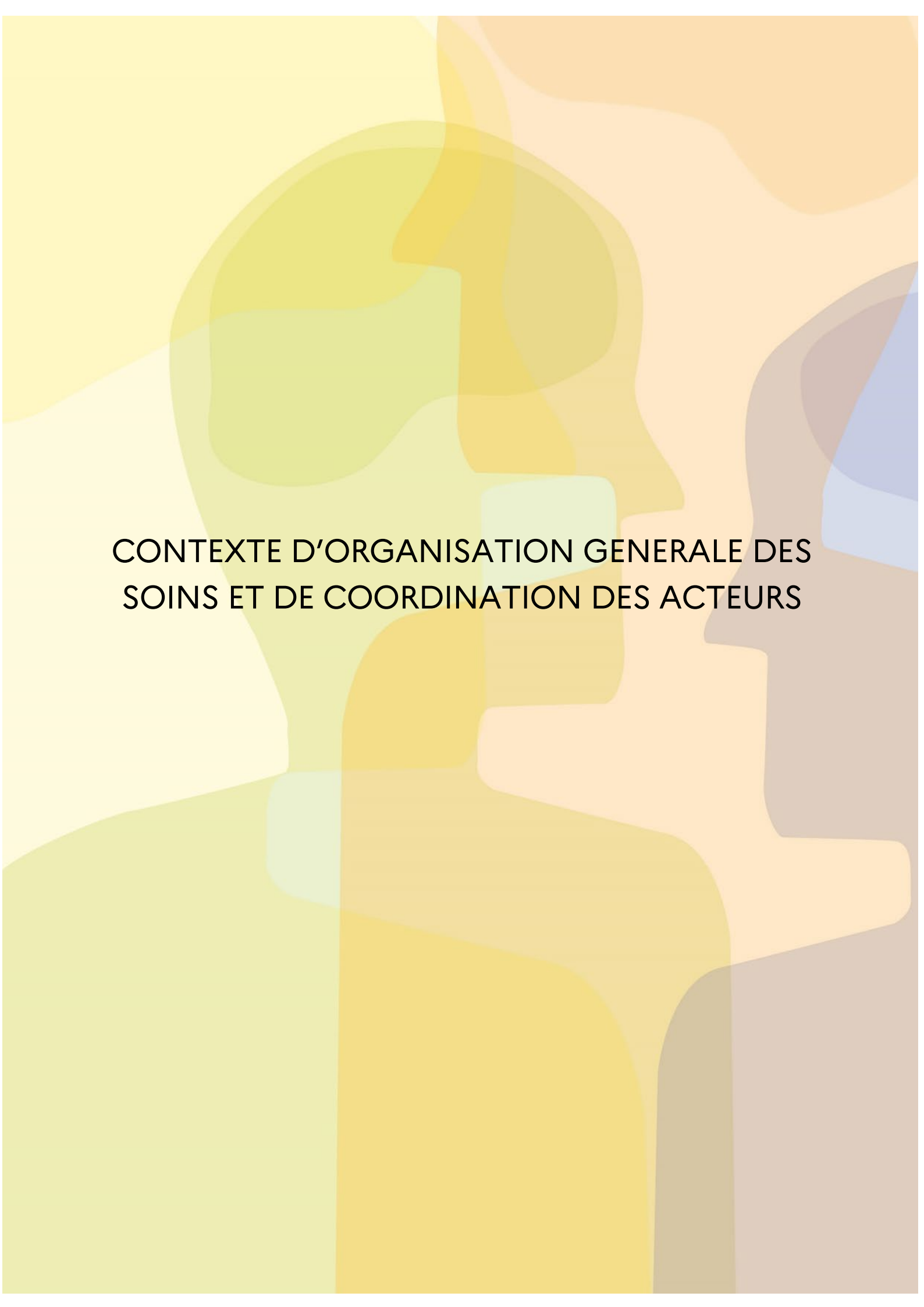
Le différentiel est calculé à partir du taux standardisé de mortalité. La standardisation effectuée est une standardisation sur l'âge à partir de la population de la France hexagonale au RP 2020

■ pas de différence significative
■ sous-mortalité ■ surmortalité

■ Calvados (ZA)
■ France hexagonale (ZC1)
■ Normandie (ZC2)

La santé mentale constitue un enjeu majeur dans le Calvados.

- Le département présente une prévalence notable des troubles psychiatriques, avec une proportion élevée de patients suivis pour troubles de l'humeur, anxiété, addictions ou troubles psychotiques.
- La consommation de psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques) est supérieure aux moyennes nationale et régionale.
- La mortalité par suicide est également élevée, en particulier chez les hommes



CONTEXTE D'ORGANISATION GENERALE DES SOINS ET DE COORDINATION DES ACTEURS

La réglementation prévoit un certain nombre de dispositifs de coopération et/ou de coordination au sein des territoires. Parmi eux, des dispositifs méritent d'être connus, dont certains très récents ou en cours de déploiement afin de bien veiller à intégrer la démarche des PTSM et notamment la structuration des parcours dans un paysage global d'organisation des soins.

I - Cadres de coopération entre acteurs

1. Le groupe hospitalier de territoire (GHT) : mutualisation des fonctions supports, projet médical partagé, intégration de la psychiatrie.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit l'adhésion obligatoire de tous les établissements publics de santé (EPS) à un GHT avec l'intégration possible d'ESMS.

Ces GHT sont dotés d'une instance de gouvernance dédiée avec :

- un comité stratégique
- un comité territorial des élus locaux

Les objectifs poursuivis sont :

1. La création de conditions de mise en place d'une stratégie de groupe entre EPS, afin de garantir un égal accès à des soins de qualité et sécurisés et en conférant un rôle spécifique aux CHU
2. La mise en commun de certaines fonctions supports pour les professionnaliser et rationaliser leur fonctionnement

L'article R. 6132-3.-I. donne les contours du projet médical partagé définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire.

Il comprend notamment :

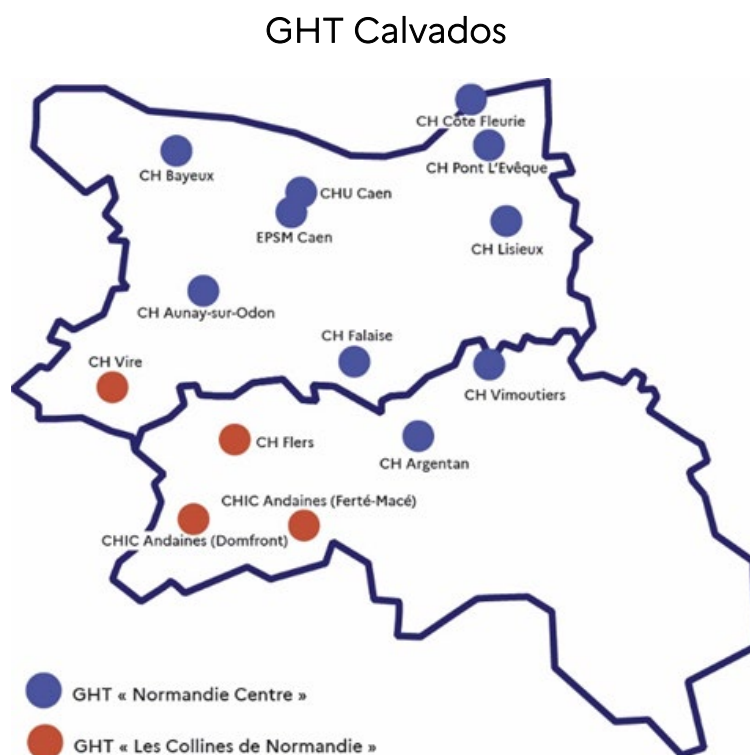
- ✓ Les objectifs médicaux
- ✓ Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- ✓ L'organisation par filière d'une offre de soins graduée
- ✓ Les principes d'organisation des activités au sein de chacune des filières avec leur déclinaison par établissement et le cas échéant leur réalisation par télémedecine portant sur :
 - La permanence et la continuité des soins
 - Les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées
 - Les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle
 - Les plateaux techniques
 - La prise en charge des urgences et soins non programmés
 - L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles
 - Les activités d'hospitalisation à domicile
 - Les activités de prise en charge médico-sociale

- ✓ Les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, et de pharmacie
- ✓ Les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier et universitaire portant sur les missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3
- ✓ Le cas échéant par voie d'avenant à la convention constitutive, la répartition des emplois des professions médicales et pharmaceutiques découlant de l'organisation des activités prévue au 4°
- ✓ Les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes
- ✓ Les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation

Le plan santé mentale 2025 prévoit dans sa mesure 16 que chaque GHT intègre une offre de suivi post urgence dans leur projet médical partagé, afin de sécuriser les sorties d'hospitalisation ou d'un passage aux urgences pour motif psychiatrique.

Le département du Calvados est couvert par 2 GHT qui incluent également 4 établissements de santé de l'Orne.

- Le GHT Normandie centre qui rassemble la quasi-totalité des établissements de santé du Calvados dont l'ensemble des établissements de santé autorisés en psychiatrie du département
- Le GHT les collines de Normandie qui comprend des établissements du département de l'Orne et le CH de Vire.



Source : ARS juin 2025

2. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) :

Coordination en soins de ville pour améliorer l'accès aux soins, structurer les parcours complexes.

Les CPTS (communautés professionnels territoriales de santé) constituent des réseaux de médecins et soignants choisissant, à leur initiative, de travailler ensemble au sein d'un même bassin de population. Parce qu'elles fédèrent des professionnels différents (libéraux, hospitaliers, médico-sociaux voire sociaux) et donc des compétences variées, elles visent à permettre d'améliorer l'accès aux soins des usagers et de mieux structurer les parcours de santé des patients et résidents.

Les CPTS remplissent 6 missions de service public reconnues depuis 2019 :

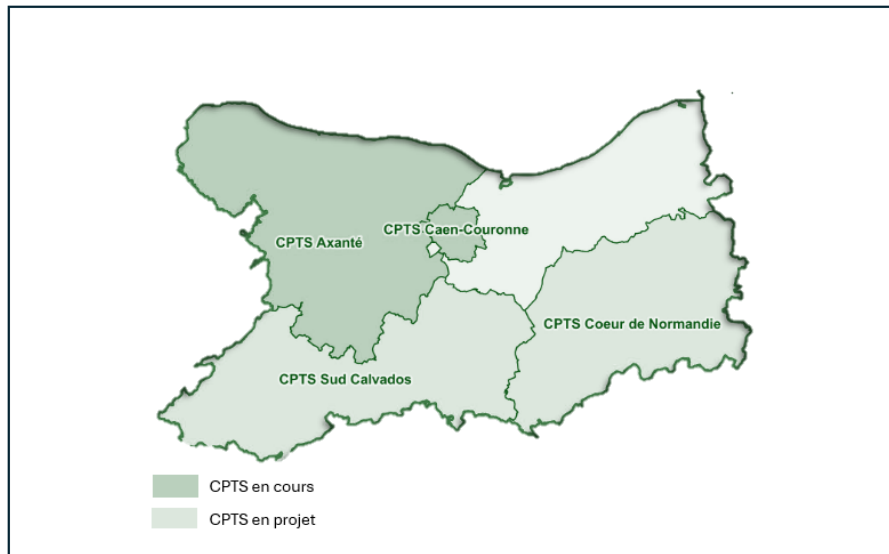
1. Faciliter l'accès aux soins, notamment celui des patients sans médecin traitant, pour améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville
2. Mettre en place des parcours répondant aux besoins des territoires pour renforcer la prise en charge et le suivi des patients, éviter les ruptures de parcours et favoriser le maintien à domicile de patients complexes, handicapés, âgés...
3. Initier des actions territoriales de prévention, de dépistage, de promotion de la santé en fonction des besoins du territoire
4. Contribuer au développement de la qualité et de la pertinence des soins pour favoriser l'échange de bonnes pratiques médicales et soignantes
5. Accompagner les professionnels de santé, par exemple en facilitant l'accueil de stagiaires
6. Participer à la réponse aux crises sanitaires par un plan d'action adapté.

L'objectif en région est une couverture complète de chaque département par des CPTS.

Dans le Calvados il existe en novembre 2025 :

- 2 CPTS en activité
 - CPTS Caen Couronne
 - CPTS Bessin Caen Ouest Pré bocage (dite CPTS Axanté)
- 2 CPTS en cours de constitution avec projet de santé validé :
 - CPTS Cœur de Normandie
 - CPTS Sud Calvados
- 1 CPTS à l'Est du département (CPTS Côte Fleurie Deauville Honfleur en cours de réflexion) qui devrait permettre de quasi finaliser la couverture départementale

CPTS Calvados



Source : ARS juin 2025

En matière d'évaluation, d'orientation et d'accompagnement des situations complexes, il existe deux dispositifs qui travaillent en complémentarité sur les territoires : les DAC pour tout public et les communautés 360 pour les personnes en situation de handicap.

3. Le dispositif d'appui à la coordination (DAC) : appui aux professionnels dans la gestion des situations complexes.

Il correspond à l'unification des dispositifs existants sur le territoire pour une mission de service public, soit les MAIA, PTA, Réseaux territoriaux, CLIC (sur délibération du CD), CTA PAERPA.

« Art. L. 6327-3.-Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes disposent d'une gouvernance assurant la représentation équilibrée des acteurs des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, intégrant notamment des représentants des usagers, du conseil départemental et des communautés professionnelles territoriales de santé.

Cette gouvernance s'assure du respect du principe d'une intervention subsidiaire du dispositif d'appui par rapport à celle des professionnels mentionnés à l'article L. 6327-1. »

Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) viennent en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des personnes cumulant diverses difficultés et aux besoins de santé complexes. Au sein d'un même territoire, le DAC regroupe plusieurs dispositifs en un interlocuteur unique.

L'objectif consiste à :

- Assurer l'animation et la coordination des acteurs de soins
- Assurer la promotion de la lisibilité, de la qualité et de la coordination des soins auprès des acteurs
- Favoriser l'adéquation du niveau de prise en charge au degré de complexité des situations médicales

- Assurer ponctuellement une expertise et des missions d'accompagnement dans les domaines du soin et de l'accompagnement, les domaines étant déterminés par les agences régionales de santé en fonction des besoins du territoire.

Le territoire du Calvados est couvert par 2 DAC :

- DAC Bessin Pré Bocage Caen Ouest géré par Axanté
- DAC Caen Couronne Falaise Pays d'Auge géré par l'association Revivre

Aire d'intervention des DAC dans le Calvados



Source : ARS juin 2025

4. La communauté 360 handicap : réponse aux besoins des personnes en situation de handicap dans une logique inclusive.

Les communautés 360 ont 3 grandes missions précisées dans la circulaire du 30 novembre 2021 relative à la diffusion du cahier des charges des communautés 360 :

1. Organiser des solutions concrètes répondant aux aspirations des personnes en situation de handicap et leurs aidants en première intention dans le droit commun
2. Repérer les personnes sans solution pour leur proposer des réponses concrètes dans le cadre d'un plan d'actions co-construit avec les acteurs du territoire et en premier lieu les associations de représentants des personnes en situation de handicap
3. Être un levier d'innovation et de transformation de l'offre de droit commun et spécialisée en lien avec les acteurs institutionnels concernés

Chaque communauté 360 dispose d'un pilote.

Dans le territoire du Calvados il existe une communauté 360 portée par le réseau de service pour une vie autonome Normandie (RSVA)

5. Service Public Départemental de l'Autonomie (SPDA) : guichet intégré pour les personnes âgées ou handicapées.

Issu de la loi « Bien vieillir et autonomie » du 8 avril 2024 le SPDA est un nouveau service public porté par les conseils départementaux en lien avec les agences régionales de santé (ARS) mis en œuvre solidairement par les acteurs institutionnels et professionnels agissant pour le soutien à l'autonomie des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et leurs aidants à

l'échelle départementale. Il repose sur l'ambition d'une société accessible et démocratique qui respecte et soutient la pleine citoyenneté des personnes concernées.

Ce service public porte quatre grandes missions :

1. La garantie d'un accueil, d'un accès à l'information, d'une orientation et d'une mise en relation avec le bon interlocuteur sans renvoi de guichet en guichet
2. L'évaluation de la situation, l'attribution des prestations dans le respect des délais légaux
3. Le soutien à des parcours personnalisés, continus, coordonnés
4. La réalisation d'actions de prévention, de repérage et d'aller vers les personnes les plus vulnérables

Le SPDA du Calvados est en cours de construction. La conférence territoriale de l'autonomie (CTA) qui en émane définira les objectifs stratégiques et opérationnels.

L'avancée des travaux fera l'objet de présentations dans l'instance du PTSM.

II. Outils territoriaux de coordination locale des politiques de santé

Il existe 3 outils de coordination locale des politiques de santé, qui s'articulent entre eux et qui comprennent une gouvernance territoriale concertée de la santé afin d'adapter au mieux et en proximité la politique de santé aux besoins de la population. Les ateliers santé ville (ASV), les contrats locaux de santé (CLS) et les conseils locaux de santé mentale (CLSM) tous trois impulsés et/ou soutenus par l'État (notamment l'ARS et les collectivités locales) et destinés à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Articulation institutionnelle :

- ✓ Le CLS peut servir de cadre d'intégration pour les actions menées dans le cadre d'un ASV ou d'un CLSM
- ✓ Le CLSM peut être rattaché au CLS (quand il existe), notamment via un axe santé mentale
- ✓ L'ASV peut être un outil opérationnel pour mettre en œuvre certaines actions du CLS, en particulier dans les quartiers en politique de la ville

1. L'Atelier Santé Ville (ASV)

L'Atelier santé ville (ASV) est une démarche de promotion de la santé au bénéfice des habitants des quartiers de la politique de la ville.

Mis en place en 1999, par le comité interministériel de la ville, il est à la fois une démarche locale et un dispositif public qui se situe à la croisée de la politique de la ville et des politiques de santé, A ce titre, il est cofinancé par la politique de la ville, les collectivités locales et l'ARS.

En 2012, un référentiel national définit l'ASV comme « une démarche d'ingénierie de projet, de coordination d'acteurs et de programmation d'actions de santé au service de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Elle s'applique dans un cadre partenarial au profit des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville. ».

Ce référentiel vise à clarifier le positionnement des ASV dans le nouveau contexte des politiques publiques de santé et de cohésion sociale pour la période 2011-2014, en cohérence avec l'action

conduite par les collectivités locales et comment elle s'intègre dans un contexte nouveau résultant notamment des CLS.

Le coordonnateur anime le réseau des acteurs du ou des quartiers, les accompagne dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs actions dont le but doit être de faciliter l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus vulnérables.

Les habitants doivent être impliqués dans ce travail pour faciliter l'accessibilité et l'adaptation des actions aux difficultés rencontrées.

Dans le Calvados il existe 1 ASV à Hérouville Saint Clair

2. Le contrat local de santé (CLS) : contractualisation ARS/collectivités, incluant depuis 2022 un volet santé mentale lié au PTSM.

Dix ans après les ASV, les Contrats Locaux de Santé (CLS) sont institués par la loi de santé de 2009 « Hôpital, patients santé et territoires » dite HPST, qui prévoit que « la mise en œuvre du projet régional de santé (PRS) peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'Agence régionale de santé, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social »

Il est un outil de contractualisation entre l'Agence régionale de santé (ARS) et les collectivités qui propose une articulation concertée entre les politiques régionales de santé et l'action des collectivités locales. Via le CLS, la loi inscrit ces dernières comme des acteurs en matière de santé et des partenaires de premier plan des ARS. Car même si elles n'ont pas de compétences santé à proprement parler, les collectivités locales disposent de compétences sur un grand nombre de déterminants de santé (urbanisme, mobilités, éducation, voirie, etc.), et un certain nombre d'entre elles sont dotées de service santé et portent des ASV. A noter que certains CLS se sont mis en place à partir des ASV, avec parfois une coordination partagée.

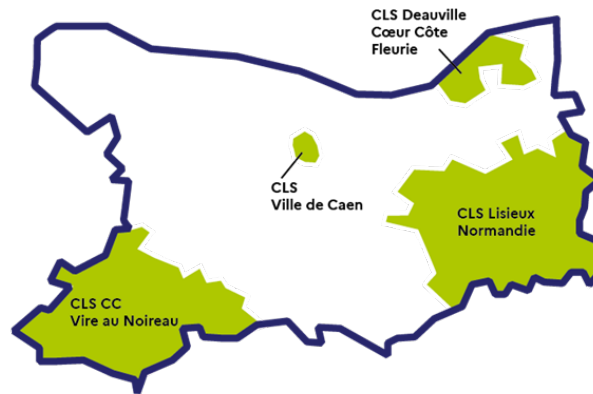
Depuis la loi Lamy de 2014, le lien entre inégalités sociales de santé et CLS se concrétise notamment dans la politique de la ville qui se décline par contrats de ville et préconise le recours au droit commun : partageant souvent la même échelle d'intervention (EPCI), le CLS est le volet santé du contrat de ville lorsqu'il existe.

La loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, dite « Loi 3DS », impose dans le CLS « un volet consacré à la santé mentale qui tient compte du projet territorial de santé mentale »

Dans le Calvados il existe 4 CLS :

- CLS Ville de Caen Mondeville
- CLS Lisieux Normandie
- CLS Deauville Cœur Côte Fleurie
- CLS CC Vire au Noireau

CLS département du Calvados



Source ARS

3. Le conseil local de santé mentale (CLSM) : instance locale de concertation et de co-construction des actions en santé mentale, présidées par des élus.

Le Conseil Local de Santé Mentale est une plateforme de concertation et de coordination d'un territoire défini par ses acteurs, présidée par un élu local, co-animée par la psychiatrie publique, intégrant les usagers et les aidants. Il a pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées. Le CLSM permet une approche locale et participative concernant la prévention et le parcours de soins.

Il associe les acteurs sanitaires et sociaux et toute personne intéressée du territoire.

Il comprend des objectifs stratégiques en lien avec la prévention et la promotion de la santé mentale :

- mettre en place une observation en santé mentale
- permettre l'accès et la continuité des soins
- favoriser l'inclusion sociale, l'autonomie et la pleine citoyenneté des usagers
- participer aux actions contre la stigmatisation et les discriminations
- promouvoir la santé mentale

Et des objectifs opérationnels :

- prioriser des axes de travail en fonction des besoins
- développer une stratégie locale qui réponde aux besoins tant sur le plan de la prévention, de l'accès et de la continuité des soins, que de l'inclusion sociale
- mettre en œuvre des actions pour répondre aux besoins et favoriser la création de structures nécessaires
- développer et conforter le partenariat nécessaire et efficace à la réalisation des actions

L'instruction DGS du 30 septembre 2016 vise la consolidation et la généralisation des CLSM en particulier dans le cadre des contrats de ville (quartiers prioritaires de la politique de la ville). Celle-ci a été actualisée en mai 2025.

Dans le Calvados, il existe 2 CLSM :

- Le CLSM de Caen qui couvre les communes de Caen, Mondeville et Hérouville-Saint-Clair avec une perspective d'élargissement à la commune d'Ifs et une réflexion en cours pour intégrer les communes de Fleury sur Orne et Louvigny.
- Le CLSM de Bayeux qui couvre les communes de Bayeux, Sommervieu, Saint Vigor le Grand et Port en Bessin.

III - Dispositifs de réponse rapide

1. Le service d'accès aux soins (SAS)

Lancé dans le cadre du Pacte de refondation des urgences et réaffirmé lors du Ségur de la santé, le Service d'accès aux soins (SAS) est un élément clé du nouveau modèle de prise en charge des patients.

Son objectif : répondre à la demande de soins vitaux, urgents et non programmés de la population partout et à toute heure, grâce à une chaîne de soins lisible et coordonnée entre les acteurs de santé de l'hôpital et de la ville d'un même territoire.

Le SAS est un nouveau service d'orientation de la population dans le parcours de soins, accessible par le n°15.

Ainsi le 15 évolue, réservé jusqu'alors aux urgences médicales, il devient aussi le n° du service d'accès aux soins.

A noter que le SAS est fondé sur un partenariat étroit et équilibré entre les médecins de ville et les professionnels de l'urgence hospitalière des SAMU.

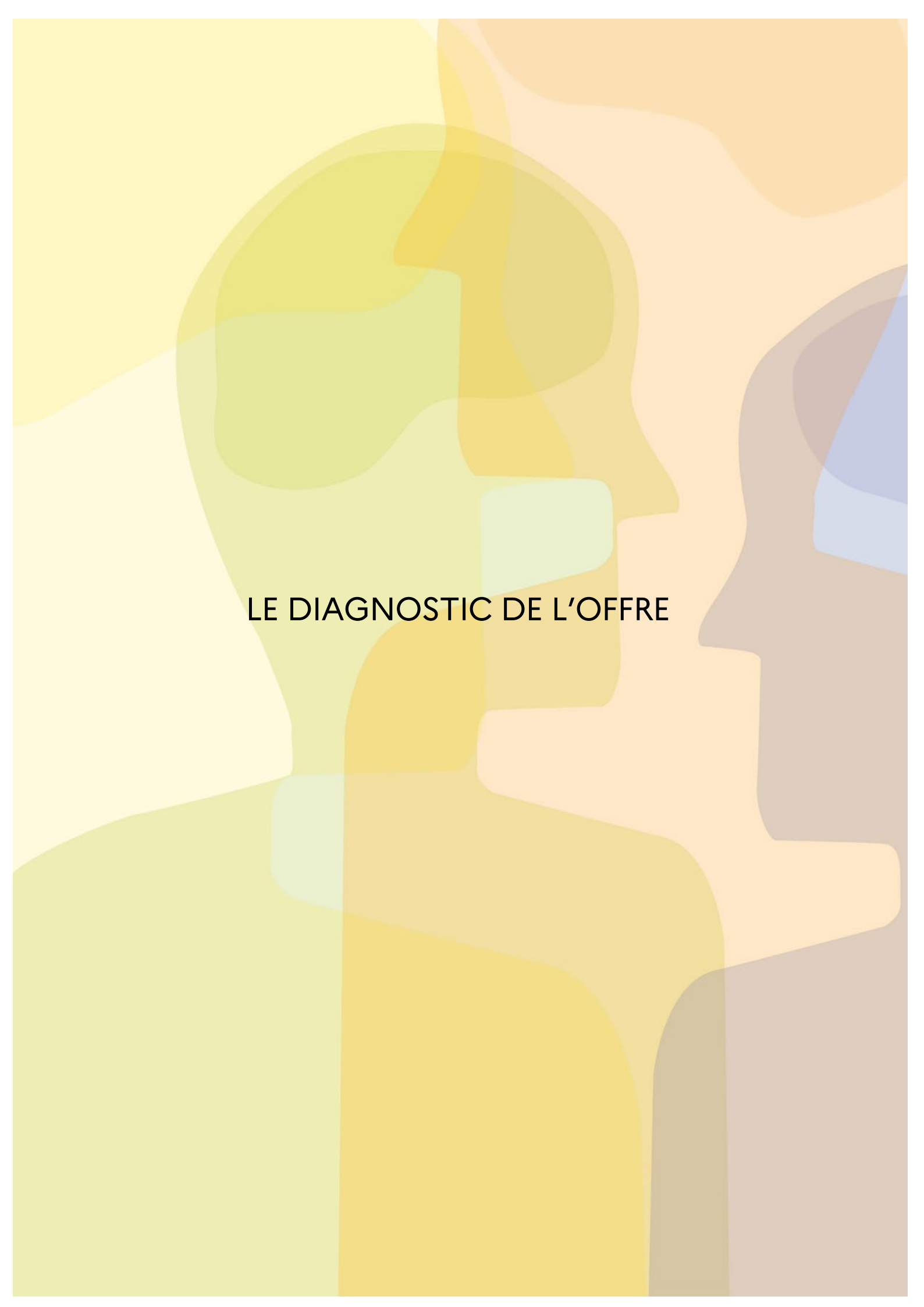
La réglementation prévoit la possibilité de développer des filières spécialisées. Dans ce contexte, en région, l'objectif est le développement d'un volet psychiatrique du SAS dans chaque territoire.

Le Calvados dispose d'un SAS depuis mai 2024, avec la perspective de développer un volet psychiatrique.

2. Numéro national de prévention du suicide : 31 14

Gratuit et accessible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 sur l'ensemble du territoire (métropole et outre-mer) le 3114 apporte une réponse immédiate :

- aux personnes en détresse psychique et à risque suicidaire
- à l'entourage des personnes à risque suicidaire
- aux endeuillés par suicide
- aux professionnels en lien avec des personnes suicidaires qui souhaitent obtenir des avis, conseils spécialisés



LE DIAGNOSTIC DE L'OFFRE

Parcours de vie et de santé mentale

Services d'accompagnement sociaux et médico-sociaux – Dispositifs : réhabilitation, insertion, autonomie
Télémédecine

Prévention

Santé mentale
enfance,
adolescence

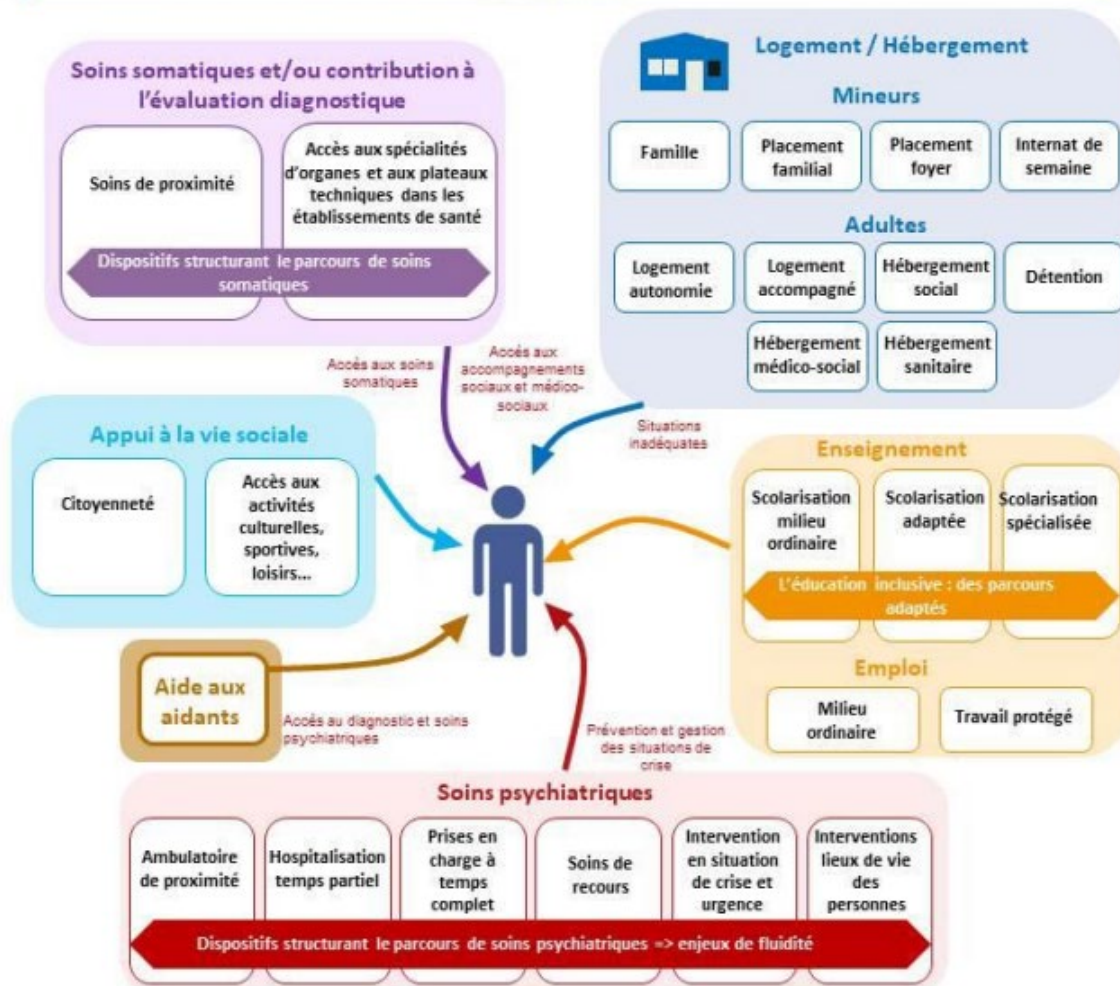
Conduites
addictives

Psycho-
traumatisme :
prévention
des
conséquences

Santé mentale
en milieu
scolaire et
professionnel

Prévention
suicide

Santé mentale
et
vieillesse



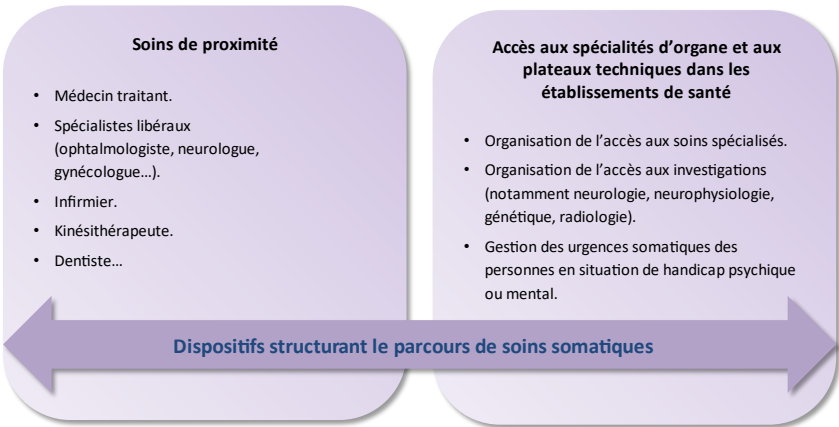
Réalisation C. Bonnefoy – MSMP – 2021

I - LES OFFRES DE SOINS OU D'ACCOMPAGNEMENT

1. Premier recours

Parcours psychiatrie et santé mentale

■ Soins somatiques et/ou contribution à l'évaluation diagnostique



1.1. Démographie

- Démographie des médecins psychiatres

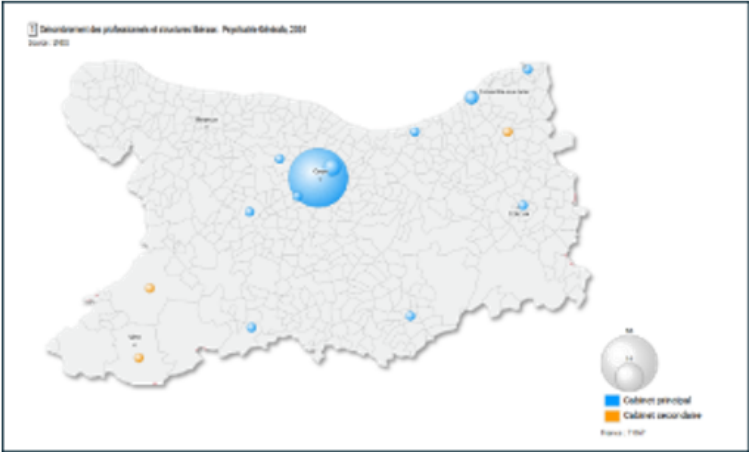
En 2024, le Calvados compte 159 médecins spécialistes en psychiatrie salariés ou libéraux, ce qui représente une densité proche de la moyenne nationale (22,7 pour 100 000 habitants dans le calvados / 22,2 pour 100 000 habitants au niveau national)

Nombre et densité de médecins psychiatres libéraux / salariés en 2024 dans le Calvados / région / national

Territoire	Nombre de médecins spécialistes en psychiatrie salariés ou libéraux	Densité de médecins spécialistes en psychiatrie salariés ou libéraux	Nombre de médecins spécialistes libéraux en psychiatrie	Densité de médecins spécialistes libéraux en psychiatrie
Calvados	159	22,7	45	6,4
Normandie	549	16,5	163	4,9
France hexagonale	14 561	22,2	6 117	9,3

Source RPPS 2024

Dénombrement des professionnels et structures libéraux en psychiatrie générale 2024



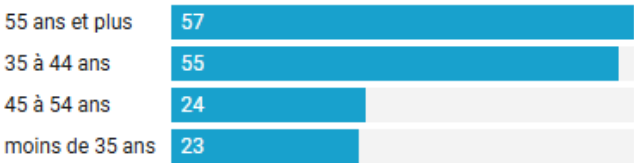
Communes	cabinet principal	cabinet secondaire
Caen	33	0
Condé-en-Normandie	1	0
Deauville	2	0
Dives-sur-Mer	1	0
Éterville	1	0
Hérouville-Saint-Clair	3	0
Honfleur	1	0
Lisieux	1	0
Morteaux-Coulbœuf	1	0
Val d'Arry	1	0
Rots	1	0
Souleuvre en Bocage	0	1
Pont-l'Évêque	0	1
Vire Normandie	0	1
Total	45	3

Source cartosanté, au 31/12/24

On observe un vieillissement notable de la profession avec une part importante des 55 ans et + qui représente 1/3 des effectifs de psychiatres.

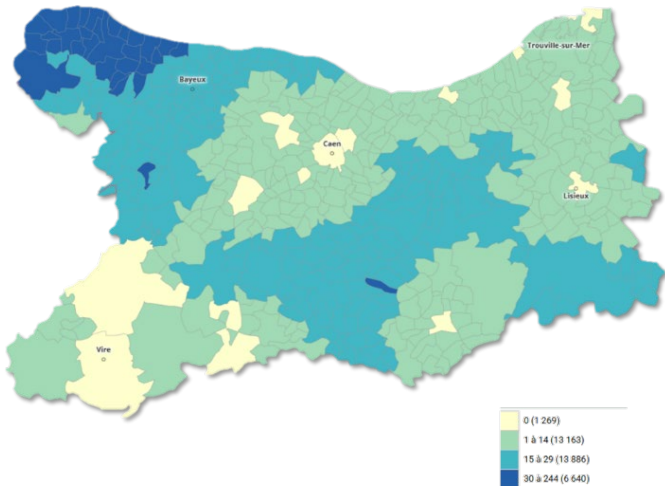
Les moins de 35 ans ne représentent que 14 % soit 1/7 environ.

répartition du nombre de psychiatres par âge



source RPPS 2024

Distance au plus proche psychiatre libéral (en km) en 2024



Nombre de kilomètres	Population
0	209 869
1 à 14	323 205
15 à 29	151 846
30 +	15 713
Total général	700 633

A noter que la densité de psychiatres libéraux dans le Calvados est de 6,4 psychiatres pour 100 000 habitants pour une moyenne nationale de 9,3. Celle-ci est très majoritairement concentrée à Caen et son agglomération.

Ainsi près d'un quart de la population doit faire une distance de plus de 15 km pour accéder à un psychiatre libéral (sous réserve de place disponible bien entendu).

- **Démographie des médecins généralistes**

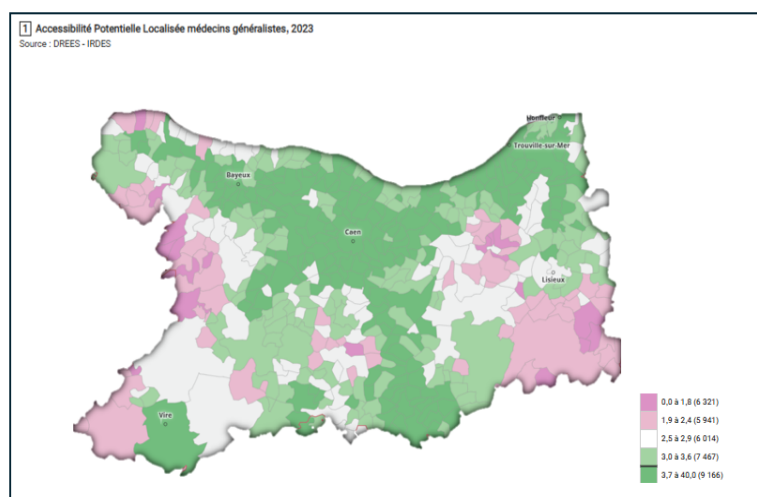
En 2024, le territoire du Calvados compte 581 médecins généralistes ce qui correspond à une densité de 82,9 médecins généralistes pour 100 000 habitants ce qui place la Calvados parmi les départements les mieux dotés en Normandie. Néanmoins des disparités territoriales existent (cf. zones roses sur la carte d'accessibilité)

Nombre et densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants au 31 décembre 2024

Territoire	Nombre de médecins	Densité de médecins
Calvados	581	82,9
Normandie	2251	67,6

Source ARS - Juillet 2025

Accessibilité aux médecins généralistes



Source DREES / cartosanté

score APL	Population INSEE
0-1,8	6 598
1,9-2,4	40 362
2,5-2,9	101 537
3-3,6	132 512
3,7+	419 624
Total général	700 633

La population du Calvados a en moyenne accès à 4,2 consultations de médecin généraliste par an et par habitant.

Les zones en rose ont une faible accessibilité au médecin généraliste (moins de 2,4 consultations par an et habitant).

- **Démographie de psychologues**
Le Calvados compte 844 psychologues de moins de 62 ans salariés ou libéraux ce qui correspond à une densité de psychologues pour 100 00 habitants supérieure à la Normandie et à la France.

Nombre et densité de psychologues pour 100 000 habitants
dans le Calvados au 31 décembre 2024

Territoires	Nombre de psychologues salariés ou libéraux de moins de 62 ans	Densité de psychologues salariés ou libéraux de moins de 62 ans
Calvados	844	121
Normandie	3397	102,1
France hexagonale	72 737	111,4

Source mon soutien psy

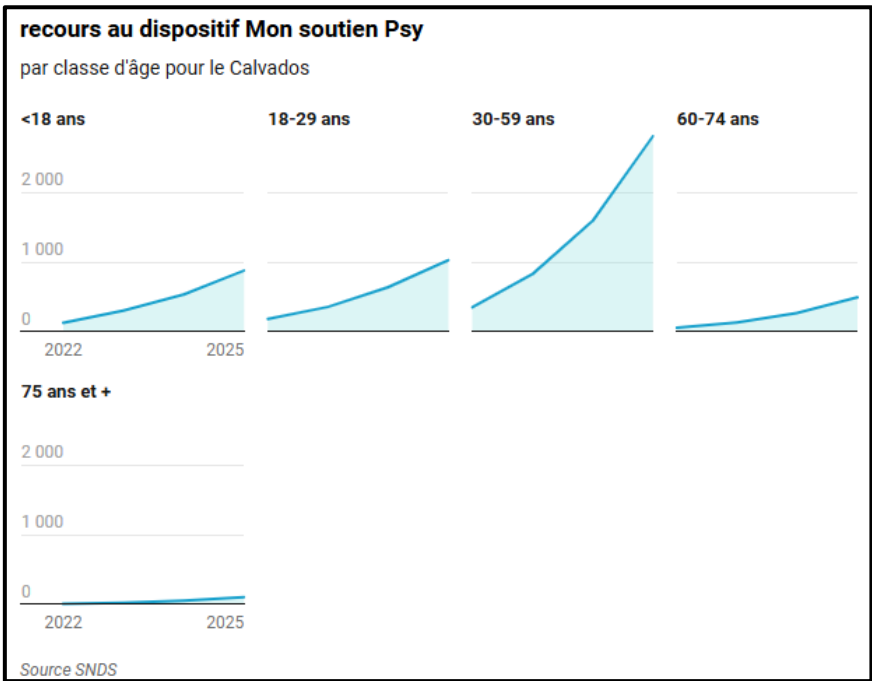
Opérationnel depuis 2022, le dispositif Mon soutien psy, permet la prise en charge par l'Assurance Maladie de 12 séances d'accompagnement psychologique chez un psychologue libéral conventionné partenaire. Ces séances s'adressent à tous les patients dès l'âge de 3 ans en souffrance psychique d'intensité légère à modérée.

La séance coûte 50 euros et est remboursée à 60 % par l'Assurance Maladie.

L'annuaire de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) recense 57 psychologues participants au dispositif mon soutien psy dans le Calvados au 30 juin 2025.

Le recours au dispositif est en constante augmentation depuis 2022.

Les graphiques ci-dessous montrent que ce recours est très important chez les plus de 30 ans mais connaît une hausse chez les moins de 30 ans.



- **Démographie des professionnels paramédicaux**

Le Calvados se positionne dans la moyenne en termes de professionnels paramédicaux, notamment orthophonistes et ergothérapeutes.

En revanche, la densité de psychomotriciens est inférieure à la moyenne nationale.

Nombre et densité pour 100 000 habitants de professionnels paramédicaux dans le Calvados au 31 décembre 2024

Détails	Nombre orthophonistes libéraux	Densité orthophonistes libéraux	Nombre ergothérapeutes salariés ou libéraux de moins de 62 ans	Densité ergothérapeutes salariés ou libéraux de moins de 62 ans	Nombre psychomotriciens salariés ou libéraux de moins de 62 ans	Densité psychomotriciens salariés ou libéraux de moins de 62 ans
Calvados	231	33,1	157	22,5	119	17,1
Normandie	799	24	717	21,6	561	16,9
France	20 630	31,6	14 523	22,3	14 404	22,1

Source : RPPS

1.2. Exercices coordonnés en libéral

Il existe deux grandes modalités d'exercice coordonné, avec un objectif de coordination clinique centrée sur le patient :

- ❖ Les maisons de santé (MSP)
- ❖ Les centres de santé (CdS)

Les unes comme les autres sont des structures sanitaires de premier recours et le cas échéant de second recours, exerçant de façon coordonnée sur la base d'un projet de santé.

Les principales caractéristiques communes des centres et des maisons de santé sont :

- L'exercice de façon coordonnée autour d'un projet de santé
- Les aides de l'assurance maladie sur la base d'indicateurs.

Les principales différences concernent :

- Le statut des professionnels : salariés pour les centres de santé / libéraux pour les maisons de santé
- La composition des structures :
 - ❖ **Les Maisons de Santé (MSP)** sont toujours pluriprofessionnelles cela signifie qu'elles regroupent dans un même site ou non, des professionnels de santé médicaux - médecins généralistes et d'autres spécialités / sage-femmes / chirurgiens-dentistes-, des auxiliaires médicaux -infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, ... et, le cas échéant des pharmaciens.
 - ❖ **Les centres de santé (CdS)** sont soit monoprofessionnels, c'est-à-dire exclusivement «médicaux» (comptant seulement des médecins) ou infirmiers ou dentaires, soit polyvalents, c'est-à-dire comportant des médecins et chirurgiens-dentistes ou sage-femmes mais aucuns auxiliaires médicaux, soit enfin pluriprofessionnels, à l'instar des MSP.

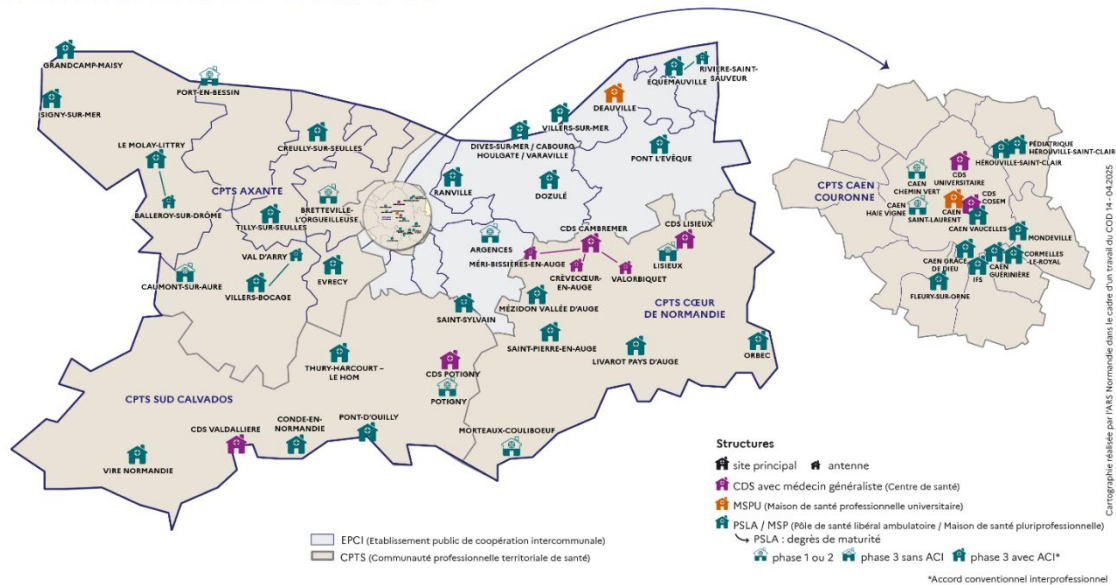
L'exercice pluriprofessionnel permet une prise en charge globale du patient.

En région, il existe également des dispositifs appelés pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires – PSLA qui peuvent être assimilés à des MSP.

Il existe dans le Calvados :

- 35 MSP / PSLA / Cds
- 2 maisons de santé professionnelles universitaires à Deauville et à Caen

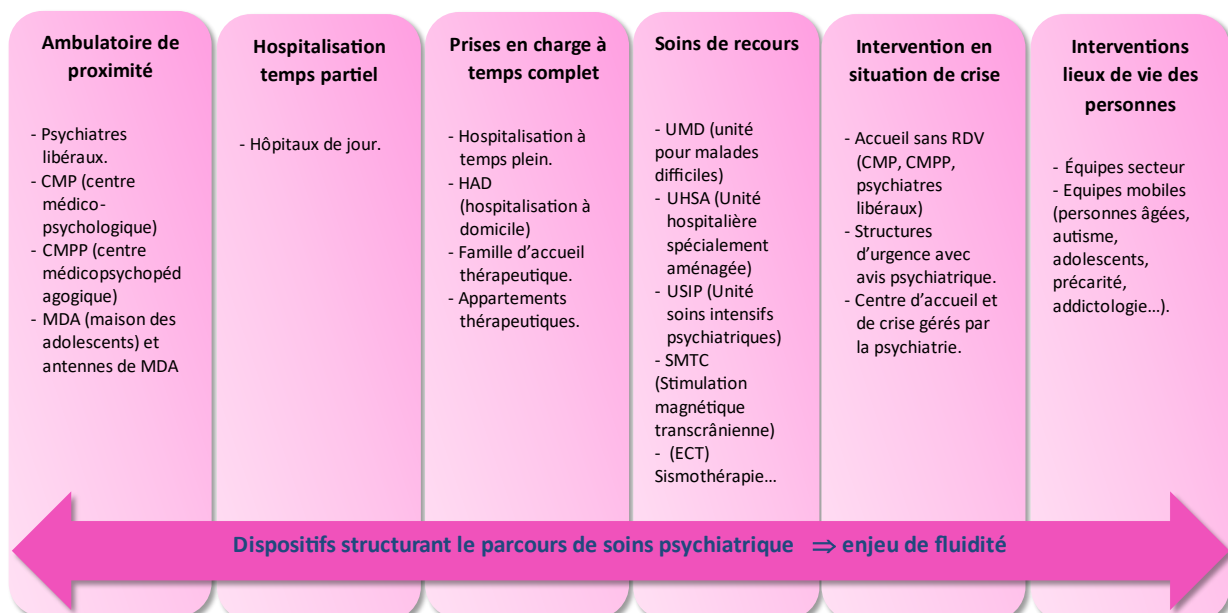
EXERCICE COORDONNÉ : DÉPARTEMENT DU CALVADOS



2. Dispositifs de soins psychiatriques

Parcours psychiatrie et santé mentale

Soins psychiatriques



Le Calvados dispose de trois établissements autorisés en psychiatrie adulte et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, dont la responsabilité populationnelle est la suivante :

L'EPSM de Caen où il existe une concordance entre l'aire d'intervention des secteurs de psychiatrie adulte et celles des secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et qui couvre la population suivante :

Population	H/F de 0-17 ans	H/F > 18 ans	Total
EPSM Caen	103 730	402 232	505 962

Le CH Aunay Bayeux (CHAB) dont l'aire d'intervention en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent couvre la population de son secteur adulte et celle du secteur adulte du CHU de Caen.

Population	H/F de 0-17 ans	H/F > 18 ans	Total
CHAB	19 626 + 20 212 = 39 838	70 652	90 278 + 20 212 = 110 490

Le CHU de Caen qui dispose d'un secteur de psychiatrie adulte et d'une autorisation de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sans sectorisation.

Population	H/F > 18 ans	Total
CHU Caen	81 095	81 095

Le département dispose de possibilités d'hospitalisation à temps complet et également d'un maillage d'offres ambulatoires sectorisés, dont notamment :

2.1. Ambulatoires

- Des Centres médico psychologique (CMP)

Dispositif de soins spécialisés de proximité, pivot de l'organisation des soins de secteur, en lien avec l'ensemble des acteurs du territoire, pour tout patient nécessitant une prise en charge par une équipe pluriprofessionnelle assurant l'accueil, l'orientation, le diagnostic, le repérage, les soins et la prévention secondaire et tertiaire. La prise en charge se fait par la réalisation d'entretiens, de bilans et d'accompagnements du patient avec, en cas de besoin, des interventions à domicile. Des antennes peuvent être déployées afin de faciliter l'accès sur les territoires.

[illegible]

- Des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) renommés en juillet 2025 centres d'activités thérapeutiques et de temps de groupe (CATTG)

37

- **Des hôpitaux de jour**

Dispositif de prise en charge thérapeutique intensive de patients pour lesquels des soins ambulatoires s'avèrent insuffisants en raison de leur état clinique. Cette prise en charge pluriprofessionnelle peut constituer une alternative à l'hospitalisation complète. Elle se fait sur une demi-journée ou une journée.

Il dispose également d'offres spécifiques, non sectorisées, dont :

- **Des équipes mobiles qui ont vocation à intervenir à l'échelle du département dont notamment :**

- **Equipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) :**

Effectifs : 0.6 ETP psychiatre, 0.6 ETP cadre, 2 ETP infirmières, 1 ETP éducatrice, 0.5 ETP psychologie, 0.6 ETP secrétaire + 0.5 ETP infirmier et 0.5 ETP psychologue (= équipe mobile de suivi)

Mode de saisine : demande par mail, étudiée en équipe pluridisciplinaire chaque semaine

Typologie lieux d'intervention : lieux d'hébergement, accueil de jour "la boussole", possibilité d'intervention dans la rue, en maraude (éducatrice de l'EMPP + un membre de la croix rouge), rarement au domicile dans des cas très particuliers, à l'EPSM pour du soutien de secteur (équipe de suivi)

Aire d'intervention : département du Calvados

Conventions existantes avec des partenaires : PASS de Bayeux, Vire et Falaise + Croix Rouge

- **Equipe mobile personnes âgées (UMPSA) :**

Effectifs : 11.8 ETP (psychiatre, cadre de santé, IDE, ergothérapeute, neuropsychologue, pharmacien, AMA)

Mode de saisine : sur demande médicale par le biais du document « demande d'avis gériatopsychiatrique », disponible sur le site internet de l'EPSM

Typologie lieux d'intervention : unités de soins intra hospitalière de santé mentale du Calvados, EHPAD, foyer de vie, RPA, domicile

Public cible : personnes de plus de 70 ans

Aire d'intervention : Calvados

Conventions existantes avec des partenaires (citer les partenaires) : EHPAD combien ou lesquelles ?

- **Equipe mobile de soins intensifs (EMSI) pour psychoses émergentes :**

Effectifs : 11 ETP dont : 8 ETP case manager tous professionnels confondus, 2 ETP neuropsychologue, 0.5 ETP psychiatre, 0.5 ETP chef de clinique

Public cible : Adolescents et adulte de 15/30 ans

Mode de saisine : adressage par tout moyen via une fiche de liaison accompagnée d'un courrier du médecin

Typologie lieux d'intervention : milieu de vie du patient et centre Esquirol

Aire d'intervention : Calvados

Conventions existantes avec des partenaires : Il n'existe pas de convention

- Equipe mobile de pédopsychiatrie « Canopée » : à destination des enfants confiées à l'ASE dans le département du Calvados :

Effectifs : psychologue, infirmière, monitrice éducatrice, éducatrice spécialisée, assistante sociale et pédopsychiatre

Public cible : enfants jusqu'à 12 ans confiés à l'ASE

Mode de saisine : ?

Typologie lieux d'intervention : ?

Aire d'intervention : Département du Calvados

Conventions existantes avec des partenaires (citer les partenaires) :

- Equipe Mobile d'Intervention et de Liaison pour Adultes Autiste (EMILAA) :

Effectifs : 3,5 ETP d'équipe pluriprofessionnelle dont : 0,5 ETP de psychomotricien ; 0,5 ETP de psychologue ; 2 ETP d'éducateur spécialisé ; 0,4 ETP d'IDE ; temps de cadre de santé + psychiatre

Mode de saisine : par téléphone ou mail à la demande des ESMS, des familles ou des services de l'EPSM lorsqu'un diagnostic d'autisme est officiellement posé

Typologie lieux d'intervention : lieux de vie

Aire d'intervention : ½ région (Calvados, Manche, Orne)

Conventions existantes avec partenaires : pas de convention

- Des consultations spécialisées

- Consultation adoption départementale ouverte aux parents adoptants et futurs adoptants

Lieu : Centre de consultation thérapeutique de l'enfant et de la famille à Caen de l'EPSM à Caen

Mode de saisine : personnes avec projet d'adoption ayant reçu l'agrément du conseil départemental et les familles adoptives

- Consultation périnatalité, petite enfance et diagnostic précoce

Lieu : CHU de Caen

Mode de saisine : usager ou professionnel

- Consultation hyperactivité-psychopathologie cognitive

Lieu : CHU de Caen

Mode de saisine : Courrier médical

- Consultation psychotraumatisme enfants et adultes

Lieu : CHU Caen

Mode saisine : directement par population

3. Service santé des étudiants

Par ailleurs, le département dispose d'un **Service de Santé Étudiante (SSE)** qui a développé un volet santé mentale.

Les SSE remplacent depuis 2023 les services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS). Ils assurent prévention, accès aux soins et veille sanitaire. Ils dispensent des soins de premier recours et pratiquent à la fois des activités de prévention et de diagnostic.

Depuis cette réforme de mars 2023, les missions des services de santé étudiante sont renforcées et étendues à la prise en charge de :

- La santé mentale
- La santé sexuelle (contraception, dépistage des IST...)
- Les conduites addictives
- La nutrition
- La médecine du sport

Le dispositif des SSE se compose d'un socle de soins complété par une offre appelée «offre socle» qui intègre notamment un examen de santé médical, psychologique et social et une offre territoriale plus spécifique aux besoins des étudiants du territoire. Cette offre est construite sur la base de données épidémiologiques et de partenariats de santé territoriaux.

Dans le Calvados il existe un SSE situé dans des nouveaux locaux dans le Campus de l'université de Caen, qui a été inauguré en 2024.

Le SSE de Caen propose des consultations et/ou un accompagnement dans les domaines suivants:

- Consultation médecine générale
- Étudiants internationaux, visite médicale
- Examen de santé
- Handicap : prescriptions d'aménagement de scolarité ou d'examens
- Nutrition
- Prescription d'activité physique adaptée
- Santé mentale – Bien être psychique
- Soins et actes infirmiers sur prescription
- Tabacologie
- Vaccination – certificat de vaccination
- Vie affective et sexuelle

4. Unité d'accueil pédiatrique enfant en danger (UAPED)

Les unités d'accueil pédiatrique enfant en danger (UAPED) sont de création récente et constitue la mesure 6 du plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2020-2022. Elles regroupent dans les services de soins pédiatriques ou pédopsychiatriques, des centres hospitaliers, des ressources soignantes spécialisées en santé de l'enfant et de l'adolescent et une salle d'audition adaptée. Elles ont pour objet d'offrir dans un lieu unique et adapté avec du personnel formé :

- Un accueil du mineur victime
- La possibilité de soins et de protection adaptés
- Une prise en charge globale : médico-psychologique, médico-légale et judiciaire
- La possibilité d'une audition dans des locaux adaptés par les services d'enquête

Ces unités permettent le soin et le « prendre soin » dès la première rencontre, l'accueil et le recueil de la parole du mineur dans des conditions adaptées et sécurisantes, ainsi que l'organisation, en tant que de besoin, de son éventuelle protection administrative ou judiciaire dès son arrivée sur place.

Il existe dans le Calvados une UAPED au CHU de Caen à laquelle est adossée une équipe pédiatrique régionale référente (EPRRED) « enfance en danger » pour la prise en charge des enfants victimes de violences (mesure 7 plan de lutte contre les violences faites aux enfants).

5. Maison des femmes - santé (MDF-S)

Les MDF-S sont des dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences implantés dans des établissements de santé assurant à minima une activité d'urgences et de gynécologie-obstétrique visant à apporter une prise en charge globale aux femmes en leur assurant :

- un accueil en urgence, sur les plans somatique et psychique, adapté aux problématiques liées à la violence subie
- une prise en charge et/ou orientation pour des soins adaptés à leur état, sur la base d'un bilan initial de leurs besoins
- un accompagnement psycho-social : les centres assurent une évaluation de la situation sociale et des besoins d'accompagnement social de la personne au moment de son arrivée dans le dispositif avec une première réponse (ouverture des droits par exemple) et des orientations adaptées en conséquence. Ils permettent également à la femme victime de porter plainte en justice, dans la mesure du possible dans le cadre d'un dépôt de plainte à l'hôpital

Les centres assurent par ailleurs, au-delà de la prise en charge des femmes, des missions d'animation des acteurs du territoire autour de cette problématique spécifique, incluant des actions de formation/sensibilisation, développement d'outils communs, etc...

Dans le Calvados il existe un MDF-S en cours de développement située au CHU de Caen.

6. Centres de ressource/support/experts régionaux, interrégional ou hémi régionaux

La région dispose de plusieurs centres ressource/support/expert, certains sont règlementaires et d'autres le fruit d'une politique régionale.

Ceux-ci ont diverses missions, mais concernant la démarche des PTSM, leur participation est attendue dans la réalisation de l'état des lieux des ressources spécifiques dans chaque territoire et leur appui par le biais des sensibilisations/formations qu'ils délivrent dans le cadre de la structuration des parcours gradués (niveau 1 et niveau 2) dans chaque territoire et la mise en place de réunions pluridisciplinaires (RCP) pour les situations complexes.

Le département dispose de deux centres ressources à vocation ½ régionale :

- Un centre de ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS) pour l'hémi région porté par l'EPSM de Caen
- Un centre ressource autisme Normandie Calvados Orne Manche (CRAN-COM) porté par le CHU de Caen

- Une équipe pédiatrique régionale référente enfance en danger (EPRRED) portée par le CHU de Caen.

La région dispose par ailleurs de centres régionaux et d'un centre interrégional, tous de création récente et en cours de développement :

- Un centre support régional de réhabilitation psychosociale (co-porté CHU Caen avec le CH du Rouvray) : Normandie Rehab
- Un centre de formation régional BREF (co-porté CH Caen avec le CH du Rouvray)
- Un centre de ressource et d'expertise régional Psychotrauma. porté par le CHU de Caen
- Un centre régional de ressource, d'expertise et de recours TCA porté par le CH de Rouen en cours de déploiement
- Un centre de ressource, d'expertise et de recours de psychiatrie périnatale porté par le groupe hospitalier du Havre en cours de déploiement
- Un centre ressource interrégional (avec la région HDF) de psychogériatrie et de psychiatrie de la personne âgée (CR3PA)

7. Maison des adolescents

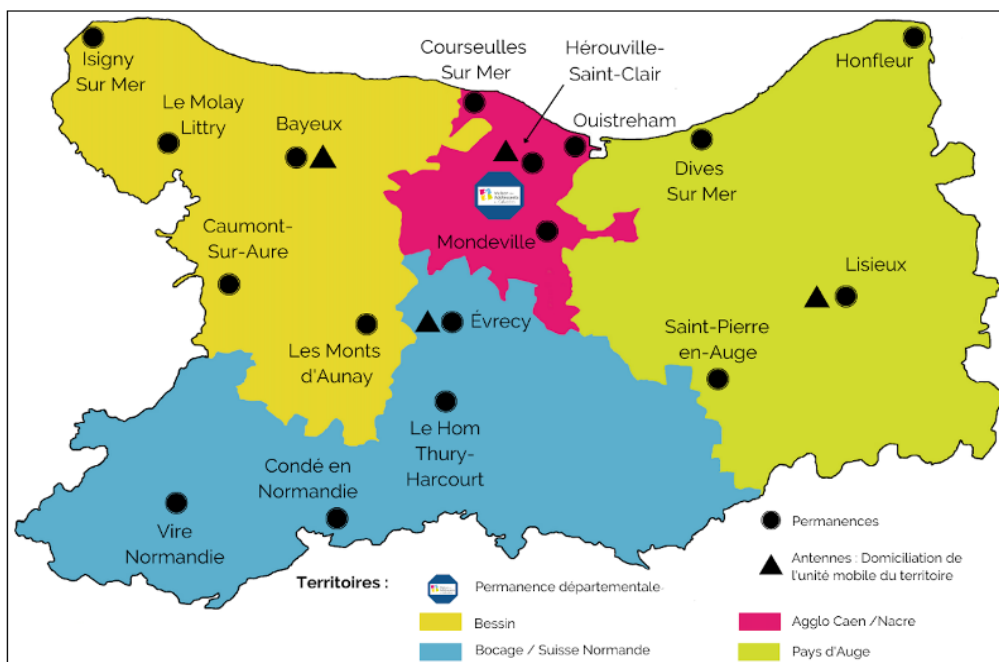
Les Maisons des Adolescents (MDA) sont des dispositifs ayant essentiellement des missions de prévention et de promotion de la santé ; d'accueil, d'évaluation, d'accompagnement de courte durée et d'orientation et de coordination et d'appui aux acteurs. Elle constitue un lieu ressource sur les questions autour de l'adolescence.

Le Calvados dispose d'une maison des adolescents et des jeunes adultes du Calvados (MDAJA14) qui développe une offre qui répond à l'ensemble du cahier des charges national des MDA de 2016. Elle est également reconnue comme prestation de service Point Accueil Écoute Jeunes depuis 2024 et étend, notamment à ce titre, sa tranche d'âge aux jeunes des 12 à 25 ans. Elle s'adosse au dispositif Adolescent constitué d'un CMP et d'un Hôpital de Jour- CATTP Adolescents, portés par l'EPSM de Caen et d'un Hébergement Thérapeutique, porté par l'association Acséa.

La Maison des Adolescents et des Jeunes Adultes du Calvados développe une unité mobile d'évaluation sur l'ensemble du département, et dernièrement une unité mobile d'accompagnement et de soutien en collaboration avec l'EPSM et le CHAB.

Elle porte également une action en lien avec le CROUS et le SSE, avec le détachement d'un IDE psy qui intervient sur les résidences du CROUS du Calvados, en renfort de l'Espace Accueil Evaluation de la MDAJA. L'objectif est de permettre le repérage précoce des étudiants en difficulté de santé mentale en lien avec les équipes du CROUS et de proposer une évaluation et une orientation adaptée.

Implantation de la MDA dans le Calvados



Source : MDA 14

8. Offre médico-sociale

8.1. Les Centres d'Action Médico-Sociale (CAMSP)

Les CAMSP ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants des premier et deuxième âge qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci. Ils exercent des actions préventives spécialisées.

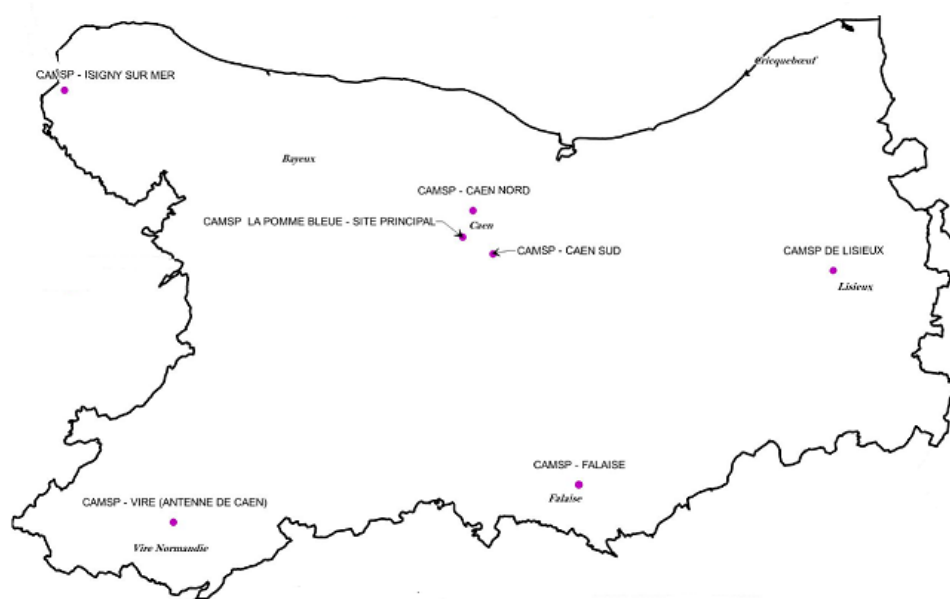
Ces centres exercent aussi, soit au cours des consultations, soit à domicile, une guidance des familles dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'état de l'enfant. Le dépistage et les traitements sont effectués et la rééducation mise en œuvre, sans hospitalisation, par une équipe composée de médecins spécialisés, de rééducateurs, d'auxiliaires médicaux, de psychologues, de personnels d'éducation précoce, d'assistants sociaux et, en tant que de besoin, d'autres techniciens.

Les actions préventives spécialisées sont assurées par des équipes itinérantes, uni ou pluridisciplinaires, dans les consultations spécialisées et les établissements de protection infantile ainsi que, le cas échéant, dans les établissements d'éducation préscolaire.

Dans le Calvados il existe un maillage avec 7 CAMSP répartis sur l'ensemble du département :

- CAMSP d'Isigny-sur-Mer géré par l'association Calvadosienne pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence (ACSEA)
- 3 CAMSP dans l'agglomération de Caen :
 - CAMSP La pomme bleue avec un site principal à Bretteville sur Odon avec deux antennes dans la Manche
 - CAMSP Caen Nord à Caen géré par l'association Gaston Mialaret
 - CAMSP Caen Sud à Iffs géré par l'association Gaston Mialaret
- CAMSP Falaise géré par l'association Gaston Mialaret
- CAMSP de Vire géré par l'association Gaston Mialaret
- CAMSP du Pays d'Auge situé à Lisieux géré par l'association promotion développement de l'enfant et de l'adolescent du Pays d'Auge (APDEAPA)
-

Les CAMSP dans le Calvados



Source FINES

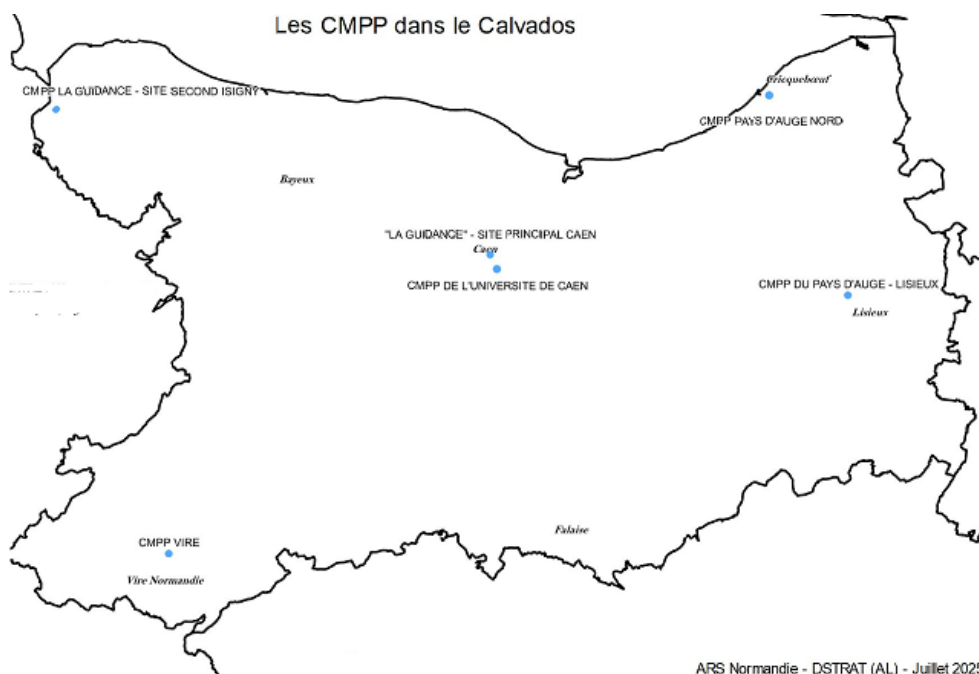
8.2. Les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)

Les CMPP relèvent du secteur médico-social et participent avec les équipes de pédopsychiatrie, à la mise en œuvre de la politique de santé mentale. Ils assurent le dépistage des troubles, le soutien éducatif, la rééducation ou la prise en charge thérapeutique du jeune, afin de favoriser sa réadaptation tout en le maintenant dans son milieu habituel.

Le diagnostic et le traitement sont effectués en consultations ambulatoires sans hospitalisation du malade. Ils sont toujours mis en œuvre par une équipe composée de médecins, d'auxiliaires médicaux, de psychologues, d'assistantes sociales et, autant que de besoin, de pédagogues et de rééducateurs.

Ils ont pour but de réadapter l'enfant en le maintenant dans son milieu familial, scolaire ou professionnel et social.

Le traitement comprend une action sur la famille qui peut recevoir au centre toutes les indications nécessaires à la réadaptation de l'enfant et éventuellement toutes les thérapies lorsque, dans l'intérêt de l'enfant, elles ne peuvent être dispensées ailleurs. Les soins s'étendent à la « postcure ».



Source FINESS

8.3. Le Bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU)

Il s'agit de centres de consultation ouverts à tous les étudiants qui souhaitent une aide psychologique. Leurs équipes sont composées de psychothérapeutes (psychiatres et psychologues), d'assistants sociaux et d'un service administratif. Les consultations sont prises en charge à 100% par la Sécurité sociale et les mutuelles.

Le Calvados dispose de deux BAPU, situés à Caen à proximité immédiate du Centre de Santé Etudiante (SSE).

9. Dispositifs de soins spécifiques

Certains dispositifs de soins spécifiques contribuent à la structuration des parcours de soins pour des populations spécifiques, pour qui la prise en compte des problématiques de santé mentale et psychiatrie doivent faire l'objet d'une attention toute particulière.

9.1. Dispositifs dédiés périnatalité

Les maternités : depuis les décrets du 9 octobre 1998, les maternités sont classées par type en fonction de la prise en charge des nouveau-nés.

Il existe plusieurs types d'établissement :

- Les établissements de type 1 :

Ils possèdent un service d'obstétrique et accueillent les futures mamans dont la grossesse et l'accouchement ne présentent, à priori, aucun risque... c'est-à-dire la grande majorité. Il faut que le terme de la grossesse soit au moins de 37 semaines d'aménorrhée.

- Les établissements de type 2 :

Ils possèdent un service de néonatalogie ou de soins intensifs néonataux sur place ou à proximité. Ils peuvent accueillir des prématurés à partir de 33-34 semaines c'est à dire ceux qui n'ont pas besoin d'une prise en charge lourde, notamment sur le plan respiratoire.

On distingue les établissements :

- de type **2a** s'il a aussi un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique
- de type **2b** s'il a aussi un service de soins intensifs néonataux

- Les établissements de type 3 :

Ils disposent, sur le même site que le service d'obstétrique, des trois services précédents (obstétrique, néonatalogie et soins intensifs néonataux) ainsi que d'un service de réanimation néonatale et sont spécialisés dans le suivi des grossesses pathologiques (hypertension sévère, diabète...), dont on sait qu'elles peuvent présenter un risque pour la future mère et/ou l'enfant à naître. Ces maternités peuvent accoucher des mamans dont le bébé a moins de 33 semaines. Elles sont rattachées à un service de réanimation néonatale qui prendra en charge le bébé.

Dans le Calvados, il existe 4 maternités :

- 1 maternité de niveau 3 au CHU de Caen
- 2 maternités de niveau 2
 - niveau 2 a à la Polyclinique du Parc
 - niveau 2 b CH au CH de Lisieux
- 1 maternité de niveau 1 au CH Aunay Bayeux

Le centre périnatal de proximité (CPP) : il peut assurer les consultations prénatales et postnatales, les cours de préparation à la naissance, l'enseignement des soins aux nouveau-nés et les consultations de planification familiale.

Dans le Calvados, il existe 4 centres périnataux de proximité :

- CH Falaise
- CH Vire
- CF Côte Fleurie
- CH Aunay

Le Dispositif spécifique régional en périnatalité (DSRP) est l'organisme expert de l'animation des professionnels de la spécialité (ancien nom : réseau de périnatalité).

Le réseau vise à optimiser la prise en charge obstétricale et néonatale. Il coordonne les acteurs de la grossesse, de la naissance et promeut des actions d'information pour améliorer le bien-être des usagers.

Sa mission inclut également le réseau de suivi des nouveau-nés vulnérables (RSEV), le domaine de l'accès à l'Interruption Volontaire de Grossesse et à l'Aide Médicale à la Procréation.

Il regroupe (association Loi 1901) les professionnels du système de santé (médicaux et paramédicaux), public et privé, les établissements recevant des femmes enceintes et des nouveau-nés, les collectivités territoriales départementales, des associations d'usagers, et d'autres établissements ou structures concernées par la périnatalité.

En région il existe un DSR périnatalité de Normandie qui comporte 2 antennes, une située à Hérouville Saint Clair et une à Rouen.

Par ailleurs, la région Normandie a été retenue pour expérimenter la mise en place d'un parcours de prise en charge de la dépression du post partum. Le décret du 21 juin 2025 relatif aux modalités de mise en œuvre de l'expérimentation visant à mettre en place un parcours de prise en charge de la dépression post-partum précise que « pour assurer la mise en œuvre territoriale du parcours, le dispositif spécifique régional désigne un chef de projet qui veille notamment à son articulation avec les projets territoriaux de santé mentale ».

Les services de PMI : Les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) sont des services de santé publique gérés par les départements. Lieux gratuits, ouverts à tous, ils accueillent les parents et les enfants de moins de 6 ans. On peut y faire suivre sa grossesse, et bénéficier de consultations après l'accouchement et du suivi médical de bébé. Les PMI organisent des ateliers en groupe afin de permettre aux parents de pouvoir exposer leurs préoccupations, poser des questions, recevoir des conseils ... Le suivi médical des enfants peut aussi être effectué gratuitement jusqu'à ses 6 ans avec notamment, la vaccination, le dépistage des handicaps, le suivi de la taille et du poids, la surveillance du développement psychomoteur, etc.

9.2. Dispositifs dédiés addictologie

Filière hospitalière de soins en addictologie, définie dans la circulaire de septembre 2008 comprend :

- ❖ Des structures de niveau 1 de proximité pour les sevrages simples, avec une activité de liaison et de consultations
- ❖ Des structures de niveau 2 de recours d'un territoire qui comportent outre les éléments du niveau 1 :
 - du court séjour : pour les soins complexes en hospitalisation à temps complet ou en hospitalisation de jour (HDJ)
 - des soins médicaux de réadaptation (SMR)
- ❖ Des structures de niveau 3 c'est-à-dire de recours régional qui comprennent outre les éléments du niveau 2 :
 - enseignement
 - recherche
 - coordination territoriale

Il existe dans le Calvados :

- 3 structures de niveau 1 : CH Lisieux, CHAB (site de Bayeux) et CRLCC Baclesse
- 2 structures de niveau 2 : CH Vire et CH Falaise
- 1 structure de niveau 3 : CHU Caen

- **Les Centre de Soins, d'accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)**

Définis dans la Circulaire de février 2008 relative à la mise en place des CSAPA.

Il s'agit de dispositifs de coordination ayant 4 missions obligatoires :

- accueil
- information
- évaluation médicale, psychologique et sociale
- orientation

La gestion de ces structures est diverse, majoritairement associative ou hospitalière et portée parfois par des établissements de santé mentale.

- **Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)**

Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) ont été mis en place en 2006. Ce sont les établissements médico-sociaux de première ligne en matière de réduction des risques.

Les missions sont :

- L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues
- Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend :
 - L'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place
 - L'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun
 - L'incitation au dépistage des infections transmissibles
- Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle
- La mise à disposition de matériel de réduction des risques et des dommages et de prévention des infections
- La mission de veille : disponibilité et coût des produits, produits les plus en circulation, modes de consommations et/ou produits émergents
- L'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers. Ils développent des actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues.

Il existe dans le calvados :

→ 5 CSAPA :

- CSAPA rue de Bretagne géré par l'EPSM de Caen
- CSAPA Caen Rive Droite géré par addiction France à Caen
- CSAPA du Pays d'Auge géré par l'association ESI14 à Lisieux avec une antenne à Honfleur
- CSAPA le Bocage de Vire géré par association addictions France à Vire
- CSAPA Caen Rive Gauche géré par l'association addictions France à Caen

→ 2 CAARUD :

- CAARUD géré par l'EPSM de Caen à Caen
- CAARUD géré par l'association ESI14 à Lisieux

Les CSAPA et CAARUD dans le Calvados



source finess, Juin 2025

- **Les consultations jeunes consommateurs (CJC)**

Les CJC sont destinées aux jeunes de moins de 25 ans qui présentent des difficultés dans leurs consommations lors de leurs premières expériences, voire pour certains, dans leurs comportements. Toutes les problématiques d'addiction peuvent être abordées dans ces lieux : l'usage d'alcool, de cannabis, de cocaïne ou autre produit, la pratique de jeux vidéo, de hasard ou d'argent, l'utilisation des écrans.

La CJC accueille gratuitement et de façon anonyme, avec ou sans rendez-vous, tout jeune désireux de faire un point sur ses consommations. Il peut ainsi échanger et se livrer en toute confidentialité auprès de professionnels (médecins addictologues, infirmiers, psychologues) et bénéficier, le cas échéant, d'un accompagnement vers des soins spécialisés.

Les CJC sont également un lieu où l'entourage familial peut trouver une aide appropriée. La prise en charge peut prendre la forme d'une aide éducative, d'un soutien individuel ou d'une approche de groupe. Dans cette approche groupale, les parents confrontés à des difficultés similaires peuvent s'épauler en s'appuyant sur leur expérience respective.

Les parents peuvent également être reçus avec ou sans le jeune concerné.

C'est aussi une ressource pour tous ceux qui travaillent auprès de jeunes : établissement scolaire et d'enseignement, centre de formation, missions locales, éducateurs, foyer de jeunes travailleurs, protection judiciaire de la jeunesse...

Il existe dans le département du Calvados :

- CJC du CSAPA du Pays d'Auge, à Lisieux, géré par l'association ESI 14
- CJC Caen, à Caen, géré par l'association Addictions France
- CJC de l'antenne de Deauville du CSAPA du Pays d'Auge, géré par l'association ESI 14
- CJC de l'antenne d'Honfleur du CSAPA du Pays d'Auge, géré par l'association ESI 14

- CJC Mobile du CSAPA du Pays d'Auge, géré par l'association ESI 14
- Permanence à la mission locale Lisieux Normandie - CJC du CSAPA du Pays d'Auge, géré par l'association ESI 14

9.3 Dispositifs dédiés précarité

Les Permanence d'accès aux soins (PASS)

Les PASS sont des dispositifs qui visent à faciliter l'accès au système de santé et à aider dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits les personnes en situation de précarité.

Celles-ci ont le plus souvent une vocation généraliste, mais peuvent être spécialisées PASS psychiatrie ou PASS dentaires.

Elles ont 3 types de missions :

- Auprès des patients (accueil, entretiens sociaux, démarches d'accès aux droits, consultations IDE et/ou médicales...)
- Auprès des professionnels de l'établissement (sensibilisation, information et formation...)
- Auprès des partenaires extérieurs à l'établissement (intervenant secteur sanitaire, acteurs du champ social et tous professionnels agissant dans le réseau local de précarité...)

Et doivent réunir un COPIL au moins une fois par an.

Il existe un coordonnateur régional des PASS.

Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) doivent travailler en lien étroit avec les PASS.

Il existe une couverture du département du Calvados avec 5 PASS

Les PASS dans le Calvados



source ARS, janvier 2025

9.4 Dispositifs dédiés personnes âgées

• Filière de soins gériatriques

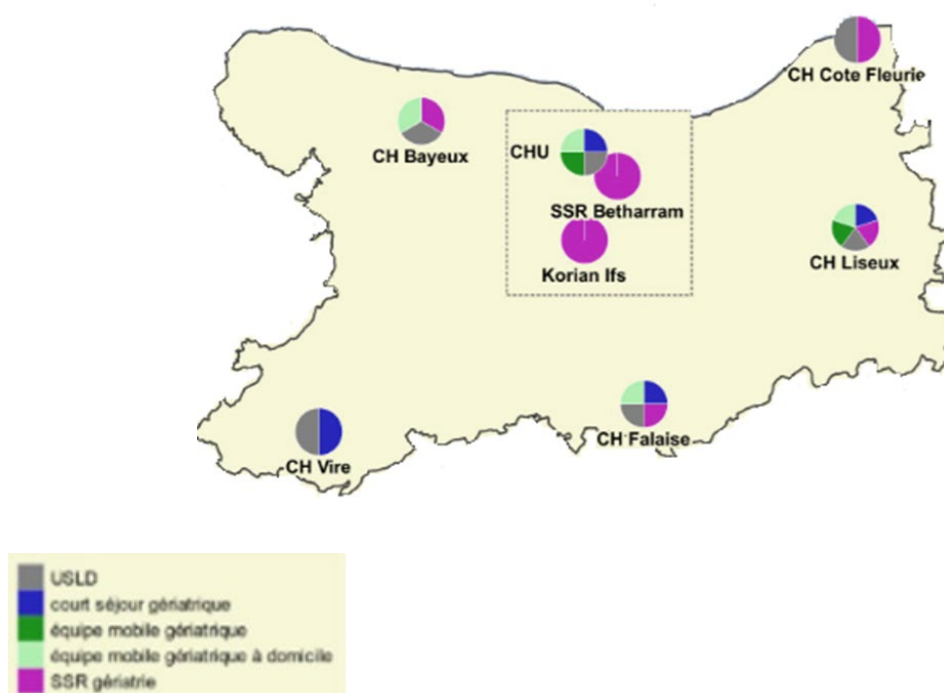
Défini par une circulaire DGOS du 28 mars 2007, la filière de soins gériatriques doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique.

Sur son territoire d'implantation, une filière propose les dispositifs de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles du patient âgé prenant en compte le caractère évolutif et non toujours prévisible de ses besoins de santé. Elle assure ainsi les évaluations gériatriques adaptées aux différentes situations cliniques et sociales et à l'objectif diagnostique et thérapeutique poursuivi, qu'il s'agisse de prévenir, de gérer une crise aiguë ou de réinsérer. Elle garantit au patient âgé son orientation rapide en fonction de ses besoins, soit au sein de la filière, soit vers un service de spécialité non gériatrique.

Au sein d'une filière gériatrique, le patient âgé peut ainsi bénéficier :

- ✓ d'une palette complète de prises en charge spécifiques en gériatrie dans le cadre d'hospitalisations programmées et non programmées en fonction du niveau de complexité de sa situation clinique et sociale
- ✓ d'un avis gériatrique quel que soit le service dans lequel il sera hospitalisé, si possible préalablement à l'hospitalisation quand celle-ci est programmée
- ✓ d'un accès aux plateaux techniques dans les délais requis par son état de santé pour éviter toute perte de chance
- ✓ d'un accompagnement de la sortie d'hospitalisation afin de réduire le risque de ré hospitalisation

Filière de soins gériatriques dans le Calvados



- **Les équipes mobiles de gériatrie (EMG) et les équipes mobiles de gériatrie à domicile (EMGD)** qui ont vocation à travailler en partenariat avec les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA).

Les équipes mobiles de gériatrie hospitalière ont historiquement une activité de liaison intra hospitalière visant notamment à :

- Dispenser une évaluation et avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique en intra hospitalier,
- Intervenir aux urgences pour faciliter les retours à domicile et anticiper l'entrée dans le parcours

Suite à une instruction du 19 novembre 2021 relative au déploiement des interventions des équipes mobiles de gériatrie hospitalières sur les lieux de vie des personnes âgées, celles-ci interviennent au domicile des personnes afin de :

- Contribuer à l'évaluation gériatrique des personnes âgées présentant des situations complexes sur leur lieu de vie aussi bien au domicile qu'en EHPAD
- Contribuer à la limitation des ruptures de parcours des personnes âgées en articulation avec les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes (DAC) et les équipes médico-sociales du département
- Favoriser la limitation des passages aux urgences évitables des personnes âgées en aidant à anticiper les situations de crise et en favorisant les admissions non programmées directes en service hospitalier
- Renforcer la culture et les pratiques gériatriques des professionnels de premier recours et des acteurs du parcours de la personne âgée ;
- Appuyer les professionnels des EHPAD dans la diffusion et l'appropriation des bonnes pratiques de soins, l'analyse des risques et la mise en place d'organisations favorisant ces bonnes pratiques

Il existe :

- 3 équipes mobiles dans le Calvados :
 - EMG qui intervient au CHU de Caen
 - EMG qui intervient au CH de Falaise
 - EMG qui intervient au CH de Lisieux
- 4 EMGD qui couvrent l'ensemble du département du Calvados
 - EMGD portée par le CH de Lisieux avec une antenne portée par le CH de la côte Fleurie
 - EMGD portée par le CHU de Caen
 - EMGD portée par le CH de Falaise
 - EMGD portée par le GCS AXANTE

- **Les unités cognitivo-comportementales (UCC)**

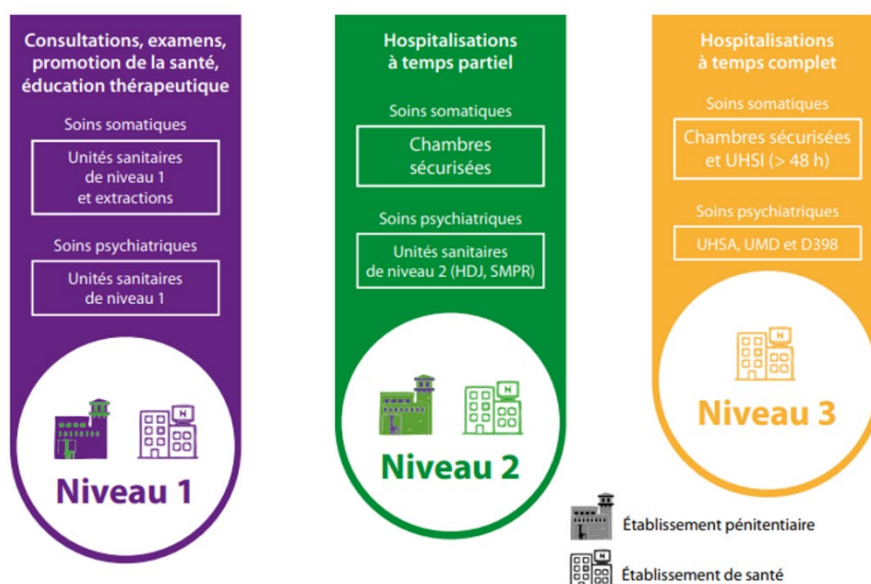
Les unités cognitivo-comportementales sont identifiées dans des services existants de SSR et comportent entre 10 et 12 lits. Elles s'adressent à des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, présentant l'ensemble des caractéristiques suivantes : mobilité (patient valide), agressivité, troubles du comportement productifs (hyperémotivité, hallucinations, troubles moteurs, agitation, troubles du sommeil graves). Les patients proviennent

essentiellement de leur domicile ou d'établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Le département du Calvados dispose d'une UCC de 12 lits située au CH de Lisieux.

9.5 Dispositifs dédiés aux soins des personnes détenus

Les soins des personnes détenus sont organisés en 3 niveaux :



En Normandie, il n'existe pas à ce jour de niveau 3.

Ainsi, à ce jour l'orientation des patients détenus en cas de besoin est la suivante :

- ✓ Ex haute Normandie : UHSI et UHSA de Lille
- ✓ Ex basse Normandie : UHSI et UHSA de Rennes

Avec un projet de création d'une UHSA en Seine Maritime au Centre hospitalier du Rouvray.

- **Les Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)** sont des structures hospitalières qui prennent en charge l'ensemble des hospitalisations, hors hospitalisations urgentes et de courte durée (< 48h) ou réclamant la proximité d'un plateau technique très spécialisé. Les UHSI accueillent des personnes détenues majeures et mineures. Elles sont sécurisées par l'administration pénitentiaire présente au sein de l'unité de soins
- **Les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)** créées par la loi d'orientation et de programmation pour la justice (LOPJ) du 9 septembre 2002, sont des unités de soins qui accueillent des personnes détenues des deux sexes, mineures et majeures souffrant de troubles psychiatriques et nécessitant une hospitalisation avec ou sans leur consentement. Elles sont toutes implantées dans des établissements publics de santé mentale et enserrées par une enceinte pénitentiaire.

Dans le Calvados il existe un SMPR qui intervient au niveau du centre pénitentiaire d'Ifs où peuvent être incarcérés des hommes, des femmes et qui dispose également d'un quartier mineur et au centre de détention de Caen où sont incarcérés des hommes.

9.6. Les Maisons Sport-Santé

Elles sont un outil d'égalité des chances et d'accès au droit de la santé par le sport. Créées depuis 2019, elles sont constituées de professionnels de la santé et du sport, et ont pour but de prendre en charge et d'accompagner les publics vers une pratique d'activité physique durable, grâce à des programmes sport-santé personnalisés.

Ce dispositif d'accompagnement à l'activité physique s'adresse aux :

- ✓ Personnes en bonne santé qui n'ont jamais pratiqué de sport ou n'en ont pas fait depuis longtemps et veulent se remettre à l'activité physique avec un accompagnement à des fins de santé, de bien-être, quel que soit leur âge
- ✓ Personnes souffrant d'affections de longue durée à des fins de santé, de bien-être ainsi qu'à des fins thérapeutiques, quel que soit leur âge nécessitant une activité physique adaptée sécurisée par des professionnels formés et prescrite par un médecin
- ✓ Personnes souffrant de maladies chroniques pour lesquels l'activité physique et sportive est recommandée

Réunies dans un réseau national du sport-santé et identifiées sur l'ensemble du territoire, les Maisons Sport-Santé représentent une grande variété de structures : collectivités territoriales, centres hospitaliers, associations sportives, établissements publics, espaces digitalisés ou encore structures itinérantes.

Il existe dans le Calvados en décembre 2025 six maisons sport santé :

- 4 Maisons sport santé dans Caen et son agglomération
 - MSS de la ville de Caen.
 - MSS de la ville d'Hérouville Saint-Clair.
 - MSS CHU Caen Normandie.
 - MSS de Planeth-Patient Calvados de Caen.
- 1 Maison sport santé à Lisieux : MSS de l'Ufolep CAF 14
- 1 maison sport santé à Villers sur Mer : MSS de la Côte Fleurie

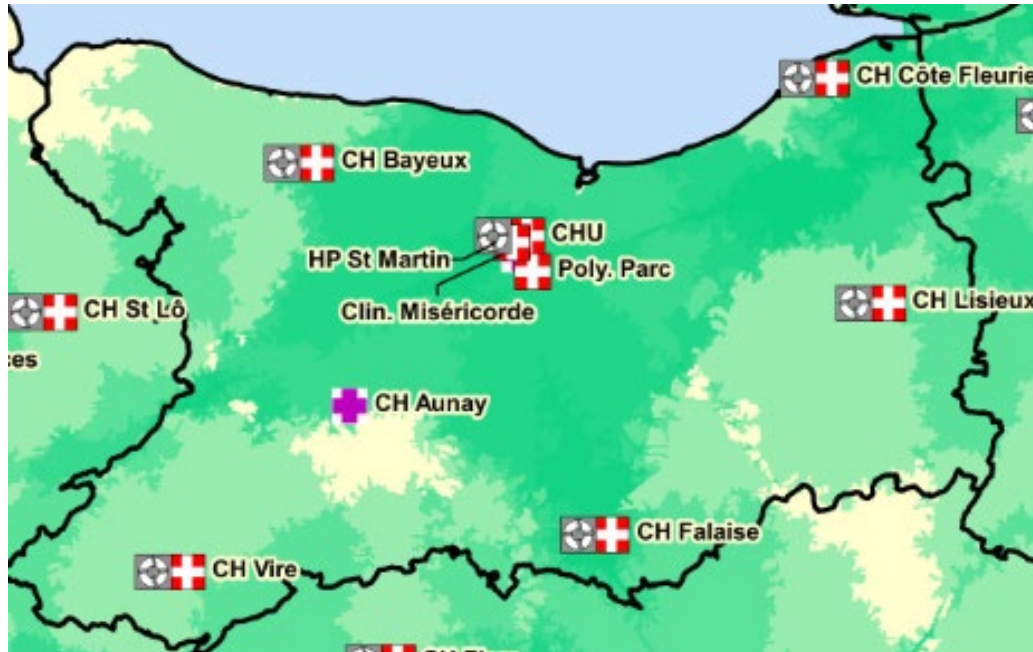
9.7. Les structures d'urgence (SU)

Le département du Calvados dispose de :

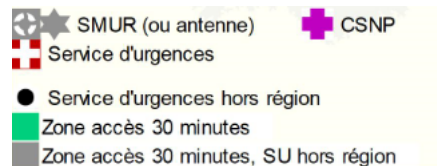
- 6 structures d'urgence publiques situées au :
 - CHU de Caen
 - CH Falaise
 - CH Lisieux
 - CH cote Fleury
 - CH Vire

- CH Aunay-Bayeux
- 2 Structures d'urgence privée :
 - Clinique du parc
 - Hôpital privé Saint Martin

Les services d'urgence dans le Calvados



Source ARS 2025



9.8. Les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP)

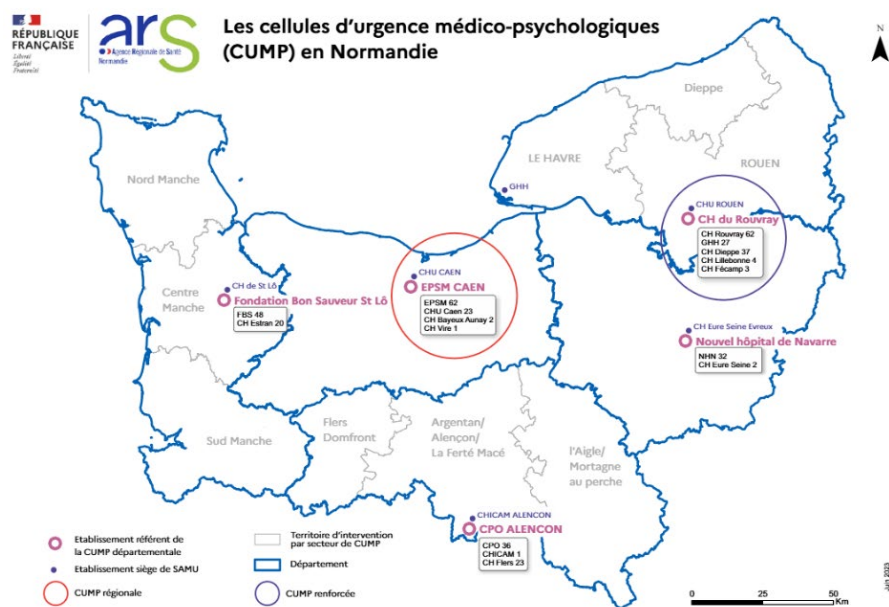
Elles constituent le dispositif sanitaire pour la prise en charge précoce des blessés psychiques impliqués dans certaines catastrophes.

La prise en charge des urgences médico-psychologiques est une activité médicale qui fait partie du dispositif de l'aide médicale urgente. À ce titre, une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) est constituée dans chaque département, en tant qu'entité fonctionnelle du SAMU. Elle est composée de médecins psychiatres, de psychologues et d'infirmiers volontaires préalablement formés.

Les urgences collectives médico-psychologiques peuvent être la conséquence :

- d'un accident : accident collectif de circulation, explosion, incendie, catastrophe naturelle, catastrophe maritime...
- d'une action terroriste : agression collective par armes de guerres, explosion...
- d'une épidémie importante

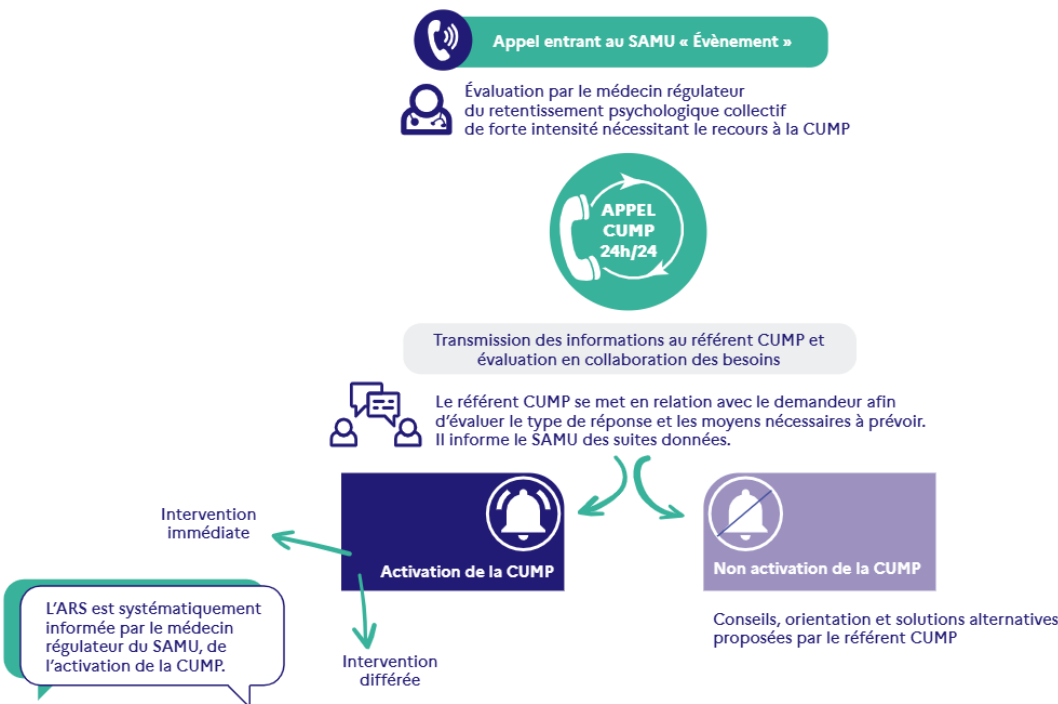
La région Normandie compte cinq CUMP départementales, dont une CUMP régionale dans le Calvados et une CUMP renforcée en Seine Maritime :



Le Département du Calvados dispose de la CUMP régionale

Les CUMP sont déclenchées par le SAMU

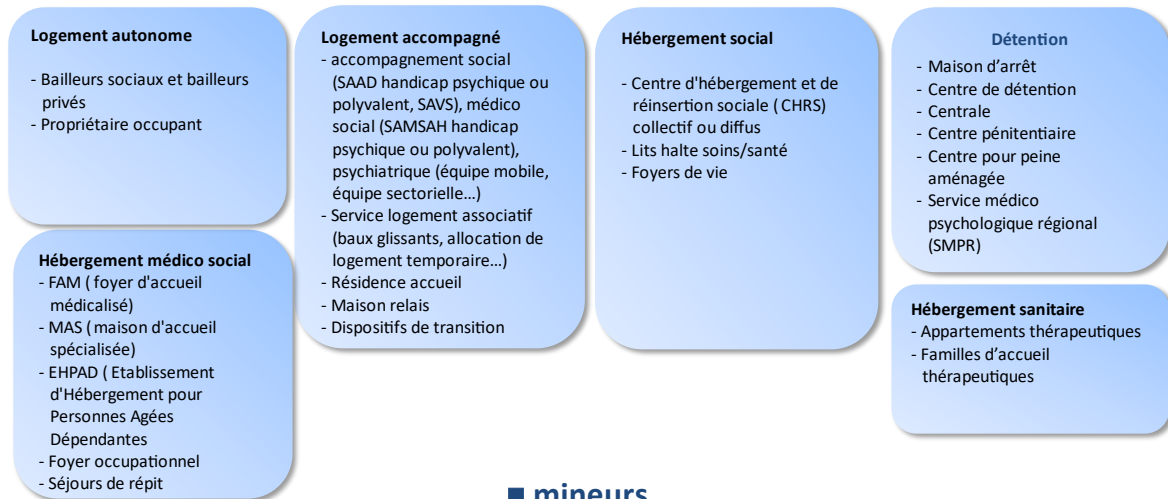
Annexe 1. Schéma sollicitation CUMP



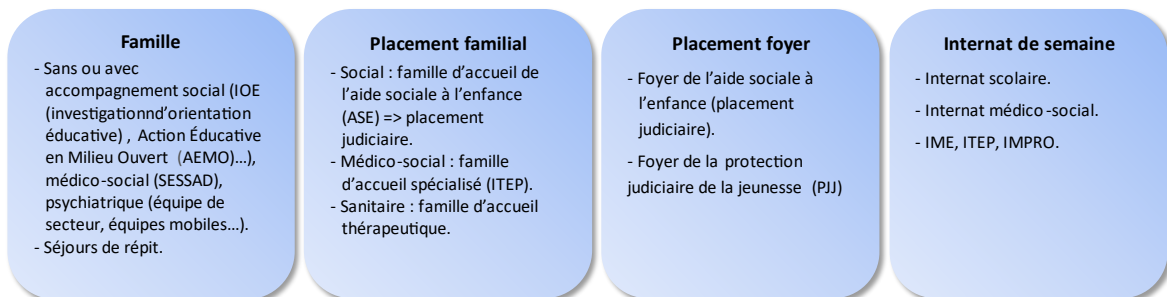
II – LES OFFRES D'HEBERGEMENT

Parcours Logement / Hébergement

■ Adultes



■ mineurs



Les offres de logement et d'hébergement public et privé sont multiples et variées. Cependant, certaines offres ou dispositifs hébergent une population fragile, particulièrement touchée par des troubles mentaux, citons notamment :

1. Le logement accompagné

Les résidences sociales, parmi lesquelles :

- Les **pensions de familles**, aussi appelées **maisons-relais**, constituent une catégorie particulière de résidence sociale.

Ce sont des « établissements destinés à l'accueil sans condition de durée des personnes dont la situation sociale et psychologique rend difficile l'accès à un logement ordinaire ». Ainsi, les pensions de famille se distinguent des autres types de résidences sociales par le fait qu'elles accueillent des personnes de manière durable et non pas temporaire ou de façon transitoire avant l'accès à un logement de droit commun. Les pensions de famille s'adressent, en outre, depuis l'expérimentation de 1997, à des personnes fréquentant ou ayant fréquenté de façon répétée les structures d'hébergement provisoire mais qui ne relèvent pourtant pas d'une prise en charge en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS).

La situation sociale des personnes accueillies ne leur permet généralement pas d'assumer une vie en logement autonome et indépendant et elles peuvent cumuler les caractéristiques suivantes :

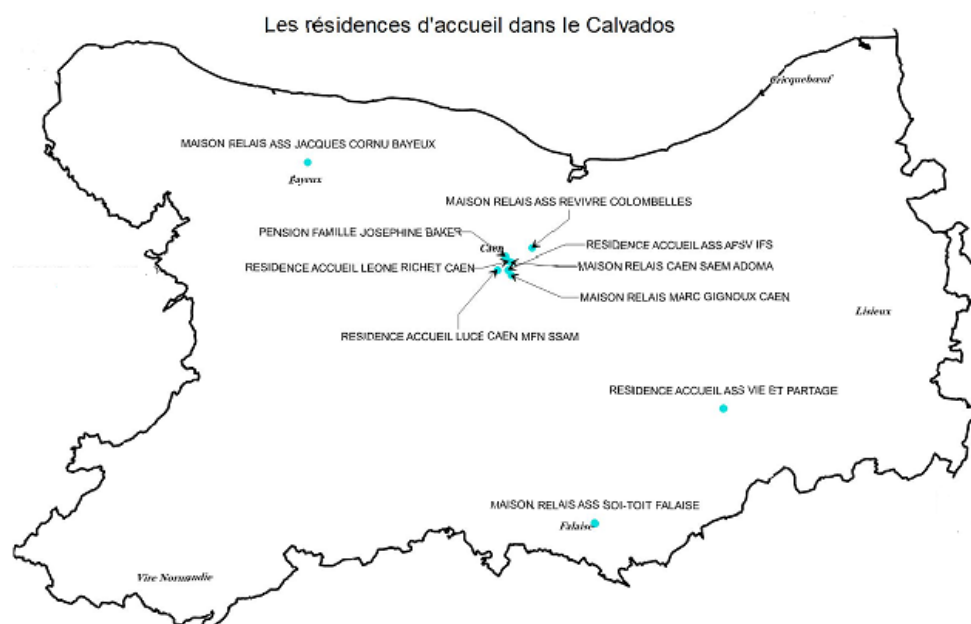
- ✓ faible niveau de ressources, issues pour l'essentiel de minima sociaux
 - ✓ situation d'isolement affectif, familial ou social
 - ✓ parcours antérieur fait de ruptures et souvent de séjours à la rue
 - ✓ difficultés de santé, physiques ou psychologiques voire psychiatriques qui les fragilisent
- Les **résidences accueil** constituent quant à elles une catégorie de pensions de familles destinées à l'accueil de personnes :
 - Fragilisées et handicapées par des troubles psychiques, non obligatoirement reconnus par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MPDH), liés à une pathologie mentale au long cours, dont l'état est suffisamment stabilisé pour respecter et bénéficier des règles de vie semi-collective
 - Suffisamment autonomes pour accéder à un logement privatif, dès lors qu'un accompagnement et des soins sont garantis en tant que de besoin ;
 - Dans une situation d'isolement ou d'exclusion sociale à faible niveau de revenus, sans critère d'âge

Elles sont ouvertes à des personnes présentant des profils et des parcours variés, qui peuvent avoir connu des périodes d'hospitalisation prolongées, des épisodes d'errance, ou être restées à charge de leur famille.

Il s'agit de structures collectives de petite taille (15 à 20pl). Des hôtes de maison assurent la gestion locative, la régulation de la vie collective et la coordination avec les partenaires extérieurs.

L'accompagnement social si besoin est assuré par des intervenants de droit commun extérieurs à la structure.

Les personnes qui accèdent à ces services doivent présenter une autonomie suffisante pour assurer seul les actes de la vie quotidienne. Les professionnels de la structure ne sont présents qu'en journée sur le champ de l'animation.



ARS Normandie - DSTRAT (AL) - Juillet 2025

- **L'habitat partagé avec accompagnement à la vie partagée (AVP)**

L'habitat partagé avec accompagnement à la vie partagée (AVP) désigne une forme d'habitat inclusif qui associe logement autonome, vie collective et accompagnement social ou médico-social, destiné principalement à des personnes en situation de handicap, de perte d'autonomie ou de vulnérabilité.

- Un habitat ordinaire (appartement, maison, résidence, etc.) regroupant plusieurs logements individuels.
- Un espace collectif favorisant la vie sociale et l'entraide.
- Un projet de vie sociale et partagée co-construit avec les habitants (activités, entraide, gouvernance, lien avec le quartier).
- Un accompagnement professionnel financé par le CD76 via l'AVP

- **Le dispositif d'intermédiation locative (IML) et les mesures d'accompagnement social liées au logement (ASLL)**

Le dispositif d'intermédiation locative **vis**e à mettre à disposition, grâce à l'action étatique, des logements à titre temporaire au profit de personnes en difficulté. Le but est de permettre aux ménages en difficulté de se loger tout en sécurisant le propriétaire privé du logement.

Le bail glissant a pour vocation de permettre l'accès au logement, en tant que locataires, de personnes en voie d'insertion. Il concerne ainsi des catégories limitées de personnes ou de ménages éprouvant des difficultés particulières en raison notamment de l'inadaptation de leurs ressources ou de leurs conditions d'existence. Ce dispositif permet de ménager une phase transitoire, destinée à développer l'apprentissage d'un « savoir habiter » avant l'accès direct au logement.

Le dispositif ASLL est une mesure éducative visant à accompagner les ménages dans une démarche d'autonomie lors de l'accès dans un logement ou du maintien dans celui-ci. Les mesures d'ASLL peuvent être collectives ou individuelles.

- **Un chez soi d'abord (appartement de coordination thérapeutique (ACT))**

Créé en 2021, le dispositif un chez soi d'abord a été le précurseur du plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme, dit plan Logement d'abord. Il s'agit de la transposition française du projet « Housing First », initié à New York dans les années 1990.

Le dispositif un chez soi d'abord propose aux personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques sévères un accès direct à un logement stable, sans passer obligatoirement par un centre d'hébergement temporaire. Une fois logés, les bénéficiaires sont accompagnés au quotidien par une équipe médico-sociale pluridisciplinaire. Le logement, droit fondamental, sert alors de tremplin pour faciliter les soins et l'inclusion sociale.

Dans le Calvados il existe un dispositif un chez soi d'abord d'une capacité de 55 places situé dans l'agglomération de Caen.

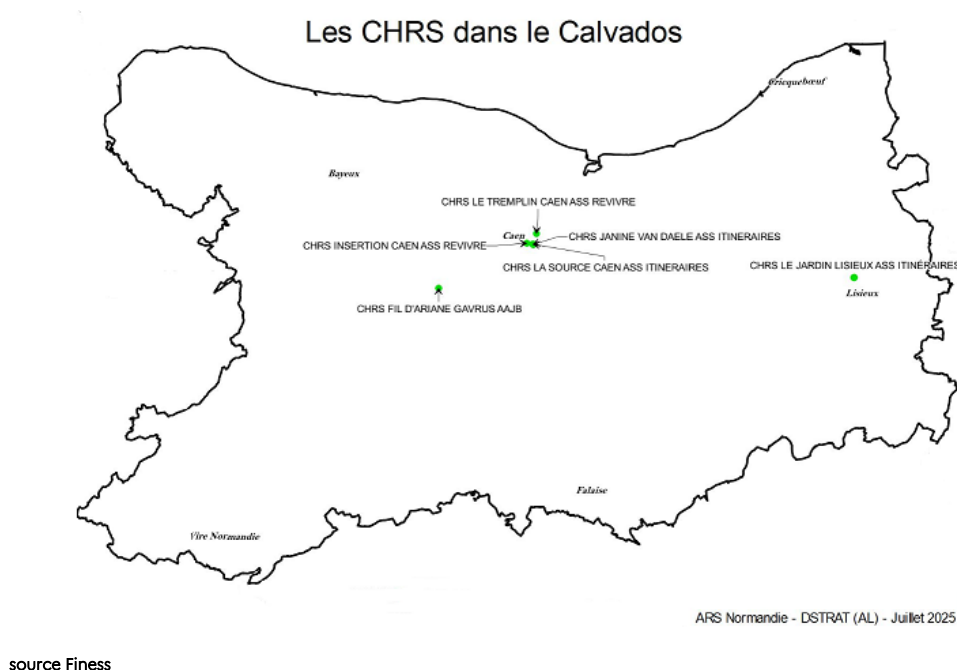
2. Le logement social

- **Le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS)**

Les CHRS ont pour vocation d'accueillir, pour une durée déterminée, les populations les plus démunies, personnes et familles en situation de détresse sociale, personnes expulsées ou privées de logement, personnes sortant d'établissements médicaux, sociaux ou pénitentiaires, de réfugiés ou de demandeurs d'asile.

Les CHRS ont également pour principale mission d'assurer la réinsertion sociale des personnes qu'ils accueillent ou hébergent en les aidant à retrouver leur autonomie personnelle et économique.

A partir d'un bilan de la situation de la personne, une équipe pluridisciplinaire met en place un dispositif de soutien matériel, psychologique et éducatif, apporte un accompagnement social et mène des actions spécifiques pour favoriser l'accès à la formation professionnelle, à l'emploi, aux soins et à la santé, au logement.



- **Les Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA)**

Ils offrent aux demandeurs d'asile un lieu d'accueil pour toute la durée de l'étude de leur dossier de demande de statut de réfugié. Cet accueil prévoit leur hébergement, ainsi qu'un suivi administratif (accompagnement de la procédure de demande d'asile), un suivi social (accès aux soins, scolarisation des enfants, etc.) et une aide financière alimentaire

Il existe 5 CADA dans le Calvados, tous situés dans l'agglomération de Caen :

- CADA Caen géré par l'Association des amis de Jean Bosco
- CADA Louis Robillard géré par ADOMA situé à Caen
- CADA Caen association Itinéraires
- CADA géré par l'association ALTHEA à Ifs
- CADA FTDA géré par France Terre d'Asile situé à Hérouville St Clair

CADA dans le Calvados



Source FINESS, juin 2025

3. L'accompagnement et l'hébergement médico-social

- **Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)**

Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels.

Ces services prennent en charge des personnes adultes, y compris celles ayant la qualité de travailleur handicapé, dont les déficiences et incapacités rendent nécessaires, dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager :

- Un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence
- Un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie

- **Les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)**

Le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés est un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins. Il accompagne les adultes handicapés dans leur projet de vie tout en favorisant les liens familiaux, sociaux, scolaires, professionnels.

Ce service prend en charge des adultes handicapés qui ont besoin :

- d'une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence
 - d'un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie
- et également dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager :
- des soins réguliers et coordonnés

→ d'un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.

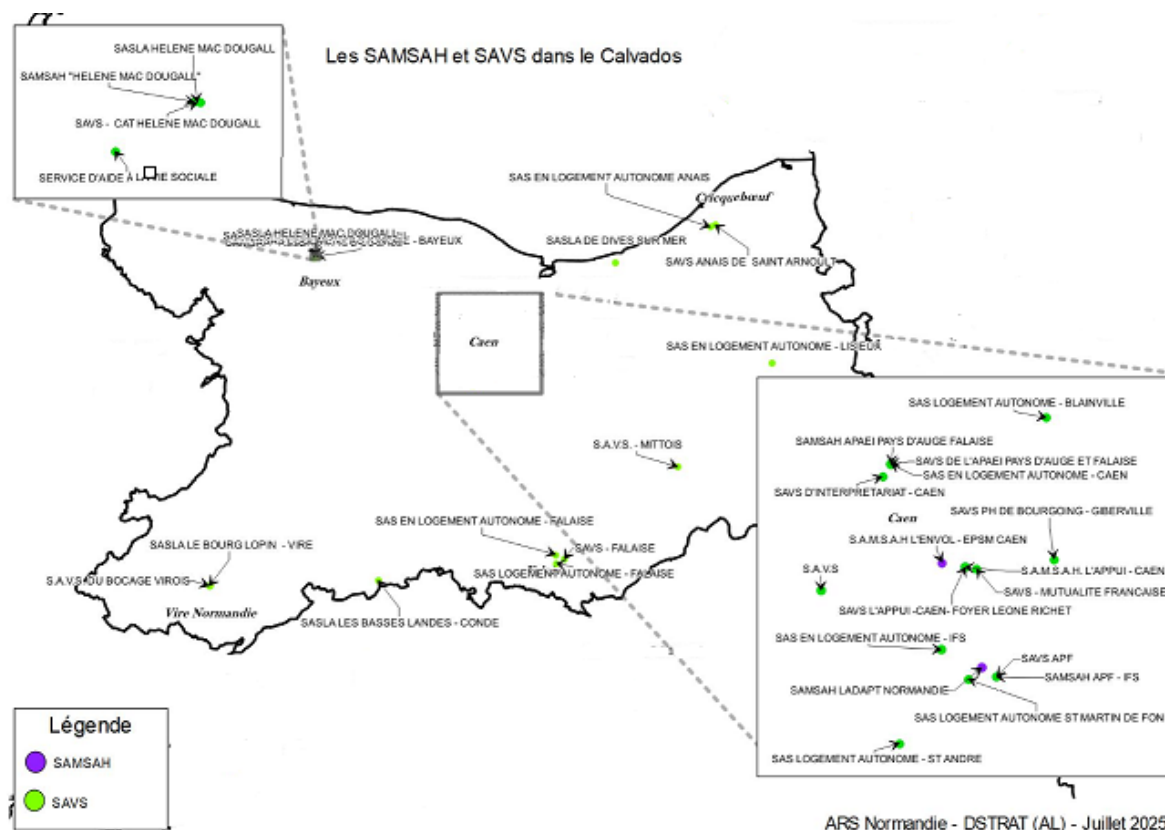
Certains SAMSAH et SAVS peuvent avoir certaines de leurs places fléchées pour des personnes en situation de handicap psychique.

Ces deux dispositifs s'adressant à des personnes en situation de handicap, une décision d'orientation prononcée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (C.D.A.P.H.) de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) est nécessaire. Les SAVS sont de la compétence des conseils départementaux, les SAMSAH sous la double compétence CD (volet social) et ARS (volet médical)

Dans le Calvados il existe 5 SAMSAH dont 2 spécialisés dans la déficience du psychisme :

- SAMSAH l'appui de 30 places avec un site principal à Caen et un site secondaire à Bayeux
- SAMSAH l'envol de 21 places à Caen

Et 1 spécialisé dans les TSA, SAMSAH du pays d'Auge à Caen.



- **Etablissement d'accueil non médicalisé (EANM)**

- ❖ **Le foyer de vie**

Ils hébergent des personnes handicapées (de 16 à 60 ans) dont la dépendance les rend inaptes à toute activité professionnelle et qui ont besoin d'un soutien et d'une stimulation constante pour les actes essentiels de la vie courante ainsi que d'un suivi médical et paramédical régulier. Ces foyers mettent en œuvre des soutiens médico-sociaux adaptés à l'état des personnes accueillies avec notamment des activités quotidiennes (ex. : activités ludiques, éducatives...) et des animations sociales.

Ils hébergent des personnes avec tout type de handicap, et notamment des personnes en situation de handicap mental psychique.

L'entrée en Foyer de vie (FV) est soumise à une orientation relevant de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) du département.

- ❖ **Le foyer d'hébergement**

Le foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés est destiné à l'hébergement et à l'accompagnement des adultes en situation de handicap qui exercent une activité professionnelle.

Ce mode d'hébergement peut varier au niveau de sa formule d'hébergement (pouvant aller du bâtiment spécifique et autonome, aux petits groupes de logements dans l'habitat ordinaire). Il peut également varier en fonction de l'accompagnement qui peut laisser une part plus ou moins importante à l'autonomie.

- **Le foyer d'accueil médicalisé (FAM) ou établissement d'accueil médicalisé (EAM)**

Les foyers d'accueil médicalisés (FAM) accueillent, en hébergement ou sous forme d'accueil de jour, des adultes en situation de handicap qui ont besoin d'une tierce personne pour réaliser la plupart des actes essentiels de la vie courante (se nourrir, s'habiller, se déplacer...), et d'une surveillance médicale avec des soins constants.

Ils s'adressent à des personnes concernées par tout type de situation de handicap, y compris celles présentant des troubles psychiques. En principe, le Fam accueille des personnes un peu moins dépendantes que la population hébergée en maison d'accueil spécialisée (MAS).

Certains FAM se spécialisent en direction des personnes concernées par des troubles psychiques ou des troubles du spectre de l'autisme.

Les Foyers d'accueil médicalisés (FAM) offrent des modes d'accueil diversifiés :

- ✓ Hébergement complet internat
- ✓ Accueil de jour
- ✓ Accueil temporaire avec hébergement

L'orientation de la personne vers ce type d'établissement est proposée et décidée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

- **La maison d'accueil spécialisée (MAS) ou établissement d'accueil médicalisé (EAM)**

Etablissement médico-social, qui accueille des personnes adultes présentant des déficiences, troubles ou pathologies altérant leurs capacités à réaliser des actes de la vie courante, à répondre

à leurs besoins de soins et de participation sociale, et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

Plusieurs modalités d'accueil en MAS sont possibles :

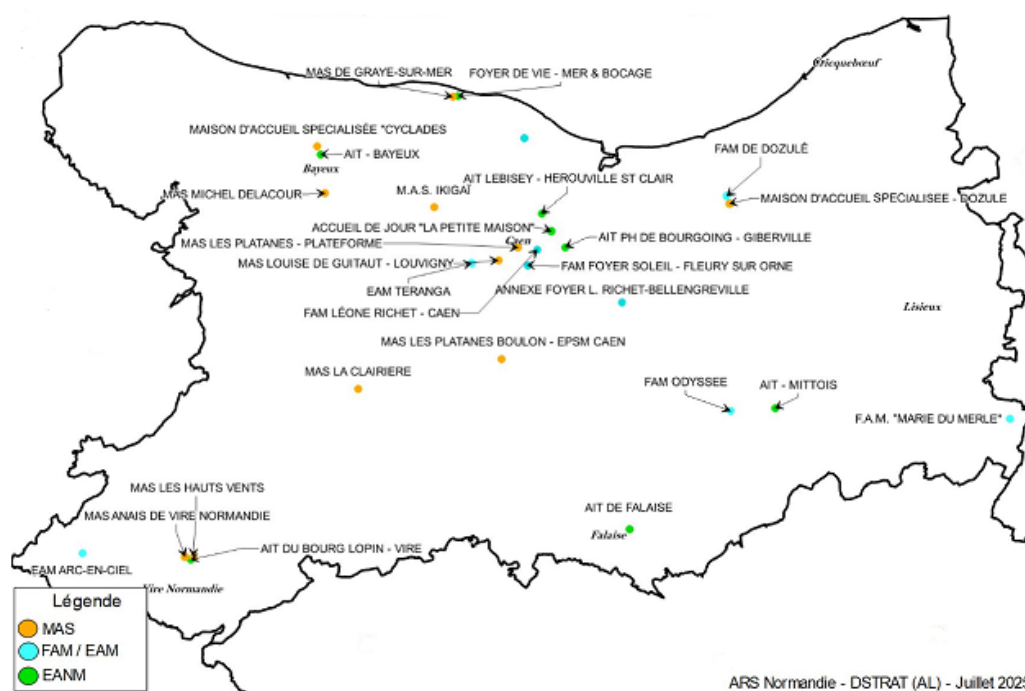
- ✓ Hébergement complet internat
- ✓ Accueil de jour
- ✓ Accueil temporaire avec ou sans hébergement

Les MAS assurent :

- Les besoins courants de la vie (hébergement, nourriture)
- L'aide et l'assistance constante
- La surveillance médicale, la poursuite des traitements, la rééducation
- Des activités occupationnelles et d'éveil, l'ouverture sur la vie sociale et culturelle

L'orientation de la personne vers ce type d'établissement est proposée et décidée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

MAS et FAM/EAM et EANM Calvados (selon ancienne et nouvelle nomenclature)



Source finess

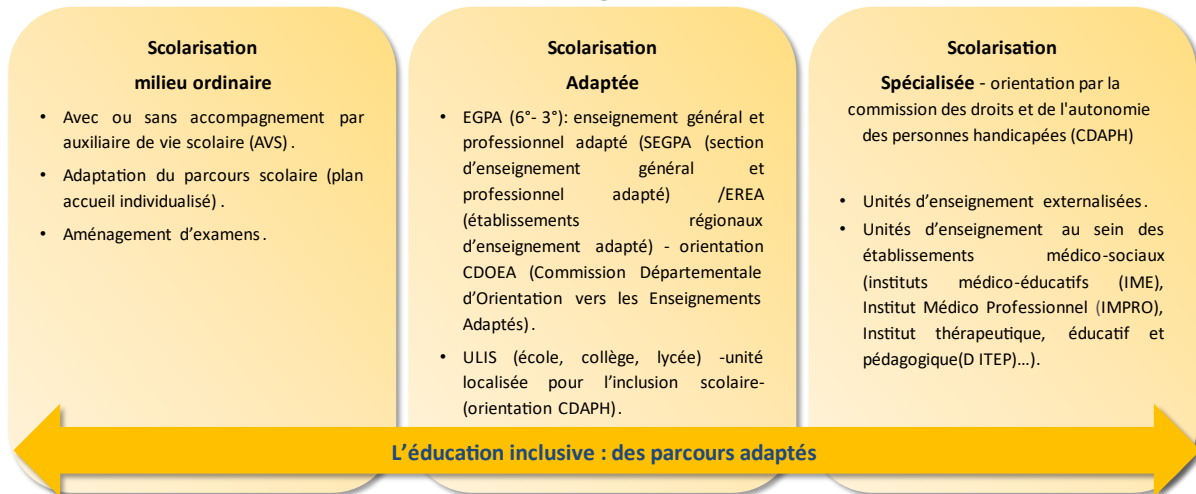
• Les Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)

Accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé.

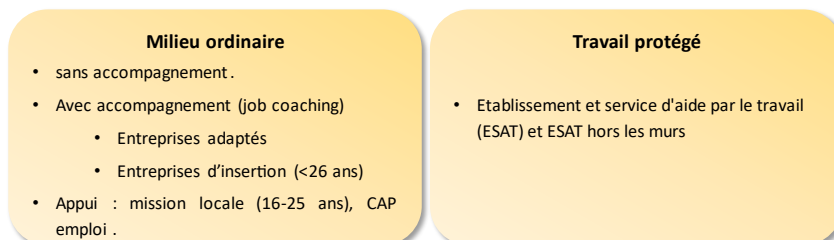
III - EMPLOI / ENSEIGNEMENT

Parcours psychiatrie et santé mentale

■ Enseignement



■ Emploi



1. Emploi

Il existe différents types d'emplois allant de l'emploi en milieu ordinaire sans accompagnement, en passant par l'emploi avec accompagnement jusqu'à l'emploi en milieu protégé qui nécessitent une orientation MDPH.

1.1. Milieu ordinaire

• L'emploi accompagné

Le dispositif emploi accompagné s'adresse à toute personne âgée de 16 ans et plus, reconnue travailleur handicapé, ayant besoin d'être soutenue pour élaborer un projet professionnel en milieu ordinaire ou être maintenue dans l'emploi en milieu ordinaire (dans le secteur privé ou public). Pour accéder au dispositif, il est nécessaire d'obtenir une notification de la CDAPH (MDPH).

Le dispositif emploi accompagné a pour objectif de sécuriser et de fluidifier le parcours professionnel d'une personne en situation de handicap en milieu ordinaire de travail, grâce à un accompagnement sur le long terme de la personne par un job coach, mais aussi de son employeur, pour accéder et se maintenir durablement dans un emploi. Il poursuit un double enjeu : de maintien dans l'emploi pour les travailleurs handicapés en situation d'emploi, d'insertion puis de maintien dans l'emploi pour les travailleurs handicapés qui ne sont pas ou plus

dans l'emploi. Il peut être sollicité tout au long du parcours professionnel par le travailleur handicapé et, lorsque celui-ci occupe un emploi, par l'employeur.

Il est mobilisé en complément des services, aides et prestations existantes.

<https://www.emploi-accompagne-normandie.fr/>

- **Cap Emploi**

CAP EMPLOI est une structure financée par les fonds de l'AGEFIPH (Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées) et qui a pour vocation d'aider les travailleurs handicapés dans leur maintien et leur recherche d'emploi tout en assurant le suivi de leur placement.

- **Les Missions Locales**

Les Missions Locales ont été créées pour favoriser l'insertion professionnelle et sociale des jeunes âgés de 16 à 25 ans. Leurs domaines d'intervention sont variés : emploi, formation, logement, santé, mobilité, et loisirs entre autres. Elles font partie du service public de l'emploi (SPE) et disposent, à ce titre, de partenariats avec Pôle emploi et d'autres acteurs de la sphère sociale. Pour accompagner les jeunes, favoriser leur accès à l'emploi et aux droits sociaux, elles s'appuient sur les dispositifs mis à disposition par l'État et les collectivités territoriales.

Les jeunes accueillis et suivis par les missions locales peuvent se voir proposer des aides financières adaptées à leur situation

Il existe 4 missions locales dans le département du Calvados : Hérouville St Clair, Honfleur, Vire et Lisieux.



- **L'entreprise adaptée**

L'Entreprise Adaptée (EA) est une entreprise à part entière, qui permet à des personnes reconnues travailleurs handicapés orientés par la Commission des Droits à l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) « marché du travail » d'exercer une activité professionnelle salariée dans des conditions adaptées à leurs besoins. Elle emploie au moins 80% de salariés handicapés dans ses effectifs de production.

Après cette orientation par la CDAPH, le Service Public de l'Emploi ou les Cap Emploi proposent aux Entreprises Adaptées le recrutement des salariés en situation de handicap. Celles-ci pourront intégrer le nouveau salarié et bénéficier des subventions relatives à l'embauche d'un travailleur handicapé en EA.

La vocation de l'Entreprise Adaptée est de soutenir et d'accompagner l'émergence et la consolidation du projet professionnel du salarié en situation de handicap, en vue de sa

valorisation, sa promotion et sa mobilité au sein de la structure elle-même ou vers les autres entreprises.

Les Entreprises Adaptées (de même que les centres de distribution de travail à domicile) font en effet pleinement partie du marché du travail. Leur mission sociale est d'employer des personnes en situation de handicap, en difficultés au regard de l'accès à l'emploi.

Le statut du travailleur handicapé qui y est employé est celui d'un salarié de droit commun à part entière. Leur contrat de travail peut être à durée déterminée ou indéterminée. Ils perçoivent un salaire fixé compte tenu de l'emploi qu'ils occupent et de leur qualification par référence aux dispositions réglementaires ou conventionnelles applicables dans la branche d'activité, qui ne peut être inférieur au SMIC.

Pour aider les Entreprises Adaptées à réaliser cet objectif et compte tenu de leur spécificité, elles bénéficient de deux aides de l'Etat :

- ✓ une aide au poste
- ✓ une subvention spécifique qui compense les surcoûts liés à l'emploi de personnes handicapées à efficience réduite

Les Entreprises Adaptées passent un contrat d'objectifs triennal (COT) avec les services de l'Etat, qui vaut agrément.

1.2. Travail protégé

• **Les Établissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT)** sont des établissements médico-sociaux conventionnés par l'État. Ceux-ci appartiennent au secteur protégé qui permet à des personnes lourdement handicapées d'exercer une activité professionnelle dans des conditions de travail aménagées et un encadrement renforcé. Les personnes qui y sont employées sont des personnes en situation de handicap qui ne peuvent travailler ni dans une Entreprise Adaptée (EA), ni dans une entreprise « ordinaire », ni exercer une activité professionnelle indépendante.

Ils offrent aux personnes handicapées des activités diverses à caractère professionnel et un soutien médico-social et éducatif en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social.

L'admission en ESAT est prononcée suite à une décision de la CDAPH.

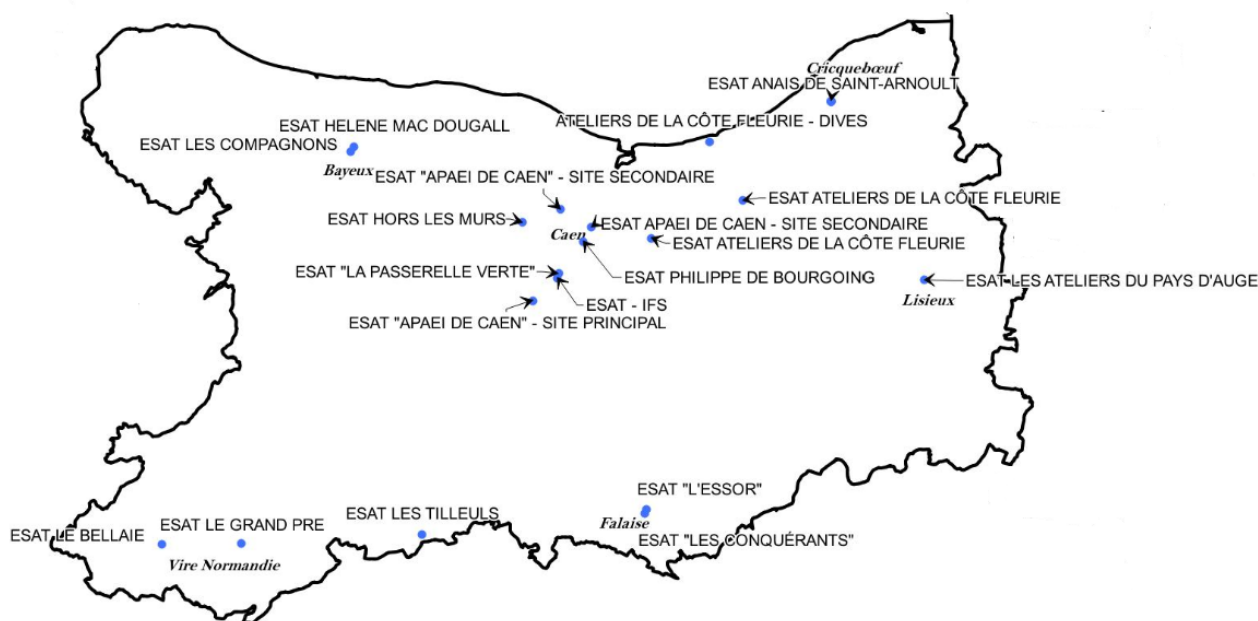
Il existe dans le département du Calvados un maillage de 20 ESAT qui proposent du travail dans de nombreux secteurs d'activités.

12 sont polyvalents et sont adaptés pour « toute déficience », 5 sont spécialisés dans la « déficience intellectuelle », 1 dans la « déficience motrice » et 2 sont spécialisés dans la « déficience du psychisme ».

Il s'agit de l'ESAT de la passerelle verte de 60 places avec :

- un site principal situé à IFS dans les secteurs d'activité espaces verts et conditionnement
- un site secondaire situé à Vaux sur Aure dans les secteurs d'activité des glaces artisanales et activités de ferme, élevage, traite

ESAT dans le Calvados



Source FINESS, Juin 2025

2. Enseignement (source de septembre 2025)

Inscrire durablement la santé et la santé mentale au cœur de l'École, pour permettre à chaque élève de grandir, d'apprendre et de réussir est une priorité. De même que bâtir une école plus inclusive et rendre accessibles les savoirs et la connaissance bénéficie à tous les élèves, avec ou sans besoin particulier, reconnu ou non en situation de handicap constituent un enjeu fondamental d'équité.

Conformément à l'**article L. 111-1 du code de l'éducation**, l'enjeu d'égalité et la question de la justice sociale sont placés au cœur des priorités de l'Éducation nationale avec l'ambition que chaque élève bénéficie des conditions permettant sa réussite dans une société pleinement inclusive.

Le parcours éducatif de santé et de manière plus globale la démarche « école promotrice de santé » contribue au bien-être des élèves en agissant sur l'éducation à la santé (développement des CPS notamment), la prévention et la protection tout en favorisant un environnement scolaire sain et inclusif.

Pour ce faire, l'école dispose de personnels ressources (au sein d'un service de santé scolaire, bien-être et protection de l'enfance), de dispositifs de repérage et d'accompagnement des élèves qui permettent de garantir la continuité pédagogique des élèves et un accueil qui tient compte de leurs besoins en termes de prise en charge, d'accompagnement et d'environnement.

Les personnels ressources de santé scolaire :

Les personnels de santé sont chargés des actions de prévention, individuelle et collective, et de la promotion de la santé auprès de l'ensemble des enfants scolarisés. Leurs missions sont définies par la circulaire n°2015-118 et n°2015-119 du 10-11-2015 et s'inscrivent dans cette politique de promotion de la santé en faveur des élèves et plus largement dans la politique générale de santé. Ils contribuent à la réussite des élèves et participent à l'accueil et l'accompagnement de chaque élève en fonction de ses besoins spécifiques liés notamment à sa santé physique ou psychique

en apportant leur expertise diagnostique le plus précocement possible, le tout dans le respect de leur code de déontologie et du secret professionnel.

Les psychologues de l'Éducation nationale mobilisent leur expertise au service de la prise en compte du développement psychologique, cognitif et social des élèves et contribuent à créer les conditions d'un équilibre psychologique des élèves favorisant leur réussite et leur investissement scolaires et ainsi assurer leur parcours de réussite. Ils apportent aux familles ainsi qu'aux équipes pédagogiques et éducatives un éclairage spécifique sur les élèves. Ils contribuent ainsi à favoriser une approche bienveillante de l'École.

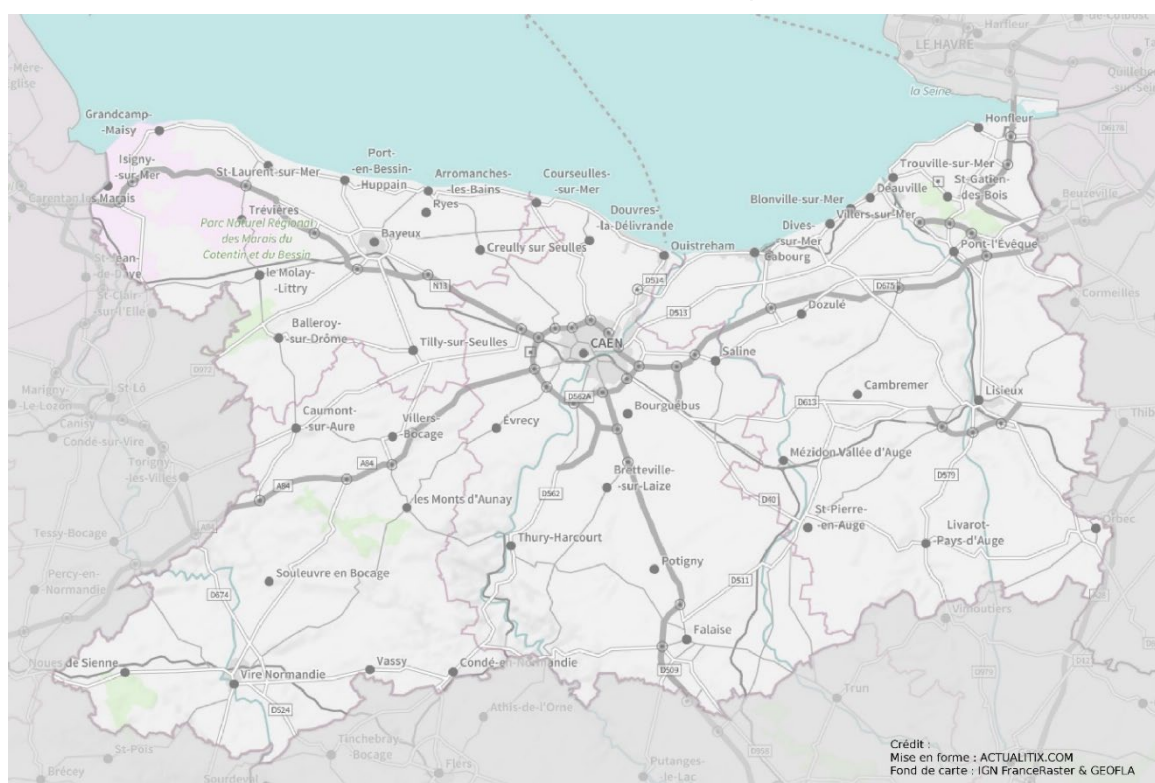
<https://youtu.be/5j1y-D5E0ME>

https://youtu.be/WgW4XQ6Cm_8

2.1. Médecins de l'Éducation nationale :

11 médecins de terrain pour 14 postes répartis dans 9 centres médico-scolaires sur le territoire du Calvados.

Santé et social en faveur des élèves du Calvados | Académie de Normandie



2.2. Infirmière de l'Éducation nationale :

92 ETP d'infirmières de l'Éducation nationale répartis dans les collèges et les lycées

2.3. Assistantes sociales :

27 postes d'assistants sociaux répartis dans les collèges et lycées.

En REP+ l'assistant(e) social(e) intervient également dans les écoles publiques du 1^{er} degré qui sont rattachées au collège de secteur.

2.4. Psychologues de l'Éducation nationale :

40 psychologues spécialisés en « Education, développement et apprentissage » intervenant dans le 1^{er} degré (maternelle et élémentaire), ils sont positionnés dans les Pôles Ressources des circonscriptions.

42 psychologues spécialisés en « Education, développement et orientation scolaire » intervenant dans le 2^o degré (collège et lycée) et positionnés dans les CIO.

Les dispositifs en matière de santé mentale :

Le protocole santé mentale mis en place depuis la rentrée scolaire 2023 vise à proposer un parcours facilitant le repérage et la prise en charge d'enfants en situation de souffrance psychique. Il a vocation à sensibiliser les personnels de l'Éducation nationale volontaire à la santé mentale et permet de mobiliser l'ensemble de la communauté éducative autour de la santé mentale et de formaliser le rôle de chacun, du repérage à la prise en charge.

L'accompagnement des élèves à besoins éducatifs particuliers avec les dispositifs :

- PAI et APADHE à destination des élèves avec des troubles de la santé évoluant sur une longue période <https://eduscol.education.fr/document/7748/download?attachment>
- PAP pour les élèves présentant des difficultés scolaires en lien avec les troubles neurodéveloppementaux
- PPS pour les élèves avec une reconnaissance de situation de handicap

Et un guichet unique pour les parents : le Pôle d'Appui à la Scolarisation (PAS) en cours d'expérimentation sur le Bessin. Les pôles d'appui à la scolarité sont un nouveau service rendu aux parents et responsables légaux d'enfants présentant des besoins éducatifs particuliers, en même temps qu'une organisation qui vient en appui des professeurs, au sein même des classes ou dans des lieux dédiés implantés dans les écoles et établissements.

IV - APPUI A LA VIE SOCIALE

Parcours psychiatrie et santé mentale

Appui à la vie sociale

Citoyenneté

- Protection juridique
- Actions de destigmatisation
- Pair aide: groupement d'entraide mutuelle (GEM)...

Accès aux activités culturelles, sportives, loisirs...

- GEM

1. Protection juridique

Il existe pour le territoire du Calvados :

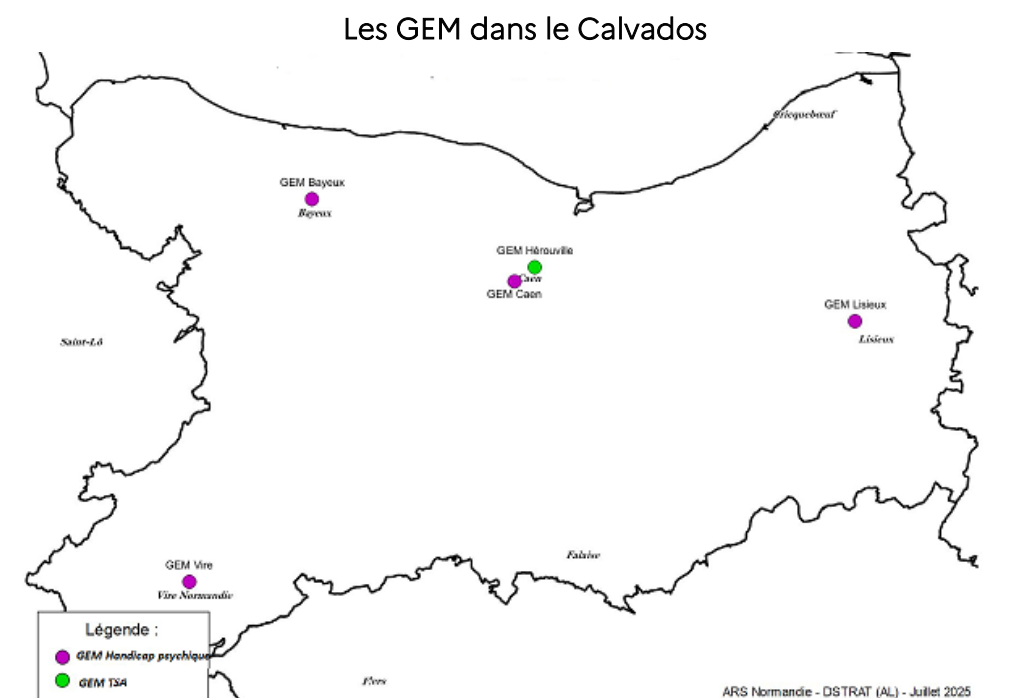
- 3 services mandataires de protection juridique qui exercent des mesures de protection juridique :
 - ATC service ACSEA
 - ATMP14 association tutélaire des majeurs protégés du Calvados
 - UDAF, Union Départementale des Associations Familiales du Calvados
- 30 mandataires individuels en 2023 (Source : DREETS, PJM Stats, 2023)
- 6 préposés d'établissement en 2025 (Source : DDEETS(PP), arrêtés départementaux fixant la liste des MJPM, 2020-2023) en application de l'article L.472-5 du CASF (1°), qui précise que les établissements publics sociaux et médico-sociaux hébergeant des personnes adultes handicapées ou personnes âgées (établissements relevant du 6° ou 7° de l'article L. 312-1 du CASF) et dont la capacité d'accueil est supérieure à 80 lits, sont tenus de désigner un ou plusieurs agents comme mandataires à la protection des majeurs pour exercer les mesures ordonnées par le juge.

2. Les Groupements d'entraide mutuelle (GEM)

Créées par la loi de 2005, un groupe d'entraide mutuelle (GEM) est une entité juridique indépendante, généralement organisées en association loi 1901, qui regroupent autour d'un projet commun des adultes souffrant de troubles psychiques et / ou cognitifs.

Il existe dans le Calvados :

- 4 GEM handicap psychique : Lisieux, Caen, Vire, Bayeux
- 1 GEM TSA



Source : ARS

3. Les semaines d'information en santé mentale (SISM)

Depuis 1990, les Semaines d'information sur la santé mentale constituent un moment privilégié pour mener à bien des actions de promotion de la santé mentale. Elles sont organisées chaque année au mois d'octobre, partout en France par des acteurs d'horizons divers avec une thématique définie chaque année.

V- L'AIDE AUX AIDANTS

Parcours psychiatrie et santé mentale

Aide aux aidants

- Formations
- Groupes d'entraide (ateliers pro famille, programme BREF...)
- Séjours de répit ...

1. Association d'usagers ou de familles et amis d'usagers

Il existe de nombreuses associations, citons notamment en région deux associations particulièrement impliquées dans les travaux PTSM :

- **L'UNAFAM** : association reconnue d'utilité publique, accompagne l'entourage des personnes vivant avec des troubles psychiques depuis 1963. Écouter, soutenir, former, défendre les droits des personnes concernées et de leurs familles ainsi que lutter contre les préjugés sont les missions auxquelles s'attèlent nos 2 000 bénévoles dans toute la France. Avec plus de 16 000 familles adhérentes et 359 points d'accueil, nous proposons un accompagnement par des pairs, pour briser l'isolement et permettre de retrouver la force d'avancer.

L'UNAFAM en Normandie représente :

- près de 700 familles adhérentes, pour 81 bénévoles
- un groupe de parole régional dédiés aux frères et sœurs de personnes vivant avec des troubles psychiques, une fois par mois pendant 2heures
- des ateliers d'entraide Prospect et après-Prospect
- un guide ressources régional pour les personnes qui vivent avec des troubles psychiques, leurs proches et les professionnels

Dans le Calvados, l'association UNAFAM est représentée par un délégué départemental.

Elle propose :

- Des permanences d'accueil physique et téléphonique à :
 - Caen – Maison des associations
 - Bayeux – dans les locaux des foyers de Cluny

- Mondeville - au CCAS de Mondeville
 - Vire – au Centre de santé mentale de Vire
 - Des groupes de parole à Caen
 - Des journées d'informations et des temps d'informations à destination des familles et des proches ponctuels :
 - Journée d'information sur les troubles psychiques, sur la dépression sévère et résistante
 - Des formations :
 - Adapter sa communication avec un proche souffrant de troubles bipolaires
 - Mieux accompagner un proche souffrant de schizophrénie
 - Mieux accompagner un proche souffrant de troubles anxieux
 - Une participation aux programmes d'éducation thérapeutique (3^{ème} séance BREF et Profamille)
 - Un soutien au GEM de Bayeux
 - Une représentation dans les différentes instances du département sanitaires, étatiques, associatives et du médico-social.
- **Advocacy Normandie** : Il s'agit d'une délégation régionale de l'association **ADVOCACY FRANCE**, association d'usagers de la santé, intermédiaire entre la personne en souffrance psychique et l'environnement social. Nous avons pour objectifs d'aider les personnes en souffrance psychique, de promouvoir un mouvement d'actions des porte-paroles d'usagers et de créer des actions pour que leurs opinions soient reconnues.
 Dans le Calvados, il existe 3 lieux d'accueil : Caen, Vire et Lisieux

2. Séjours de répit

Depuis plusieurs années se mettent en place des solutions de répit pour les aidants de personnes âgées et/ou de personnes handicapés.

Les plateformes d'accompagnement et de répit apportent un soutien aux proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie et de personnes atteintes d'une maladie chronique invalidante ou en situation de handicap. Il est possible de les contacter directement pour obtenir des conseils et du soutien.

En lien avec les services départementaux, les plateformes d'accompagnement et de répit :

- répondent aux besoins d'information, d'écoute, de conseils, de relais et de formation des proches aidants pour les conforter dans leur rôle d'aidants dans une logique de proximité (ces actions sont réalisées dans les locaux de la plateforme ou à distance)
- participent au repérage des besoins et des attentes des personnes : les proches aidants et le binôme aidant-aidé
- proposent des prestations de répit ou de soutien à l'aidant ou au binôme aidant-aidé
- offrent du temps libéré ponctuel (aide se substituant à celle apportée par l'aidant et permettant la séparation de l'aidant et de l'aidé) ou accompagné (sans séparation et intégrant la dimension de « bon temps passé ensemble ») à domicile
- informent, orientent voir soutiennent, si besoin, l'aidant dans ses démarches administratives en lien avec l'orientation vers les dispositifs de répit et d'accueil temporaire,

sans se substituer pour autant aux services dédiés du droit commun (maisons départementales de l'autonomie, points d'information locaux dédiés aux personnes âgées, maisons départementales des personnes handicapées, centres communaux d'action sociale)

- favorisent le maintien de la vie sociale et relationnelle et luttent contre le repli et l'isolement du proche aidant ou du binôme aidant-aidé

Pour le département du Calvados il existe :

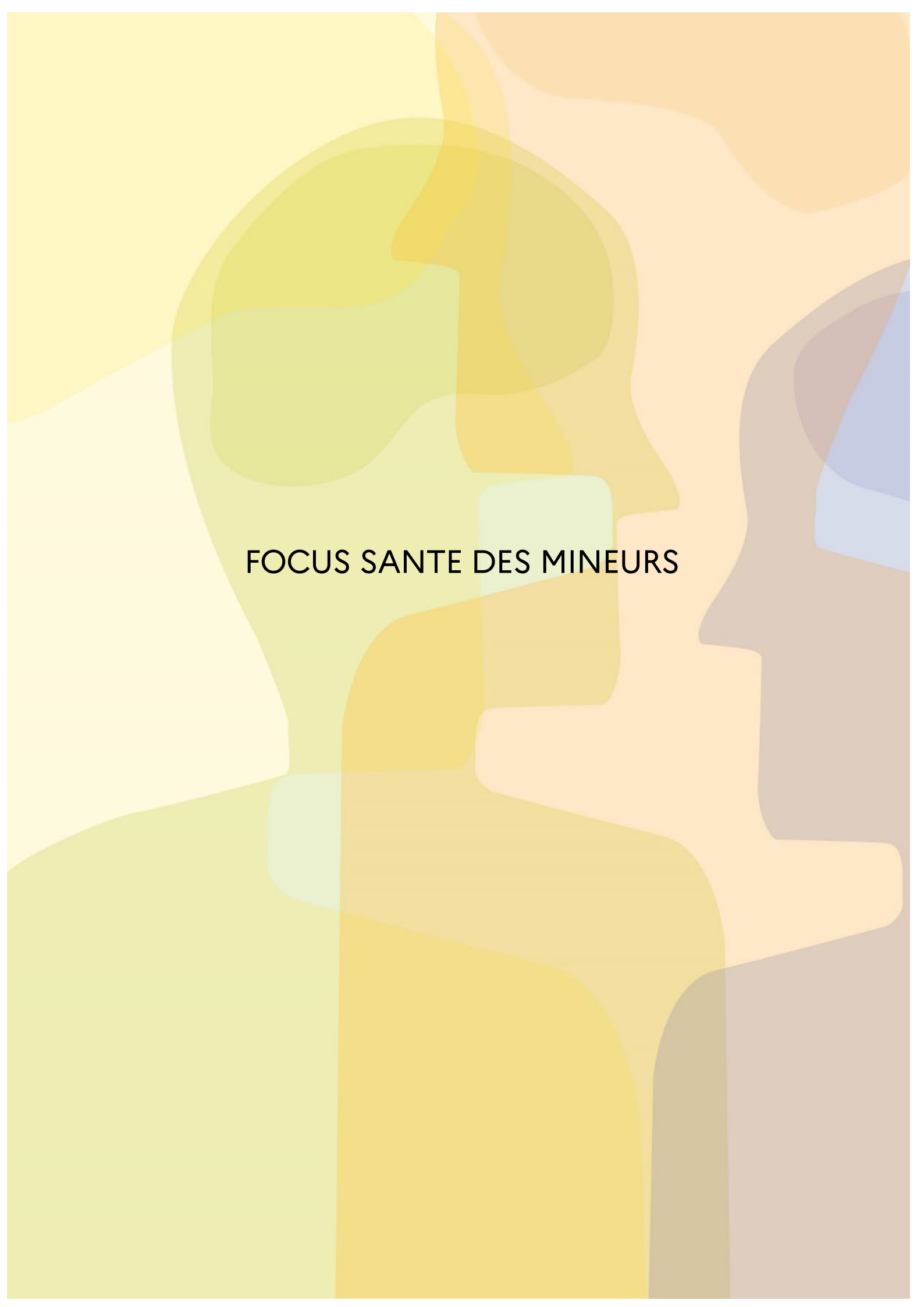
- Une plateforme de répit située à Caen pour les personnes en situation de handicap portée par le RSVA
- 4 plateformes pour personnes âgées :
 - ✓ PFR de l'EHPAD Les Pervenches - Biéville-Beuville
 - ✓ L'instant répit, PFR du Bessin Prébocage – EHPAD La Maison de Jeanne, Villers-Bocage
 - ✓ La Villa Verte, PFR de l'EHPAD Saint-Joseph –Livarot
 - ✓ PFR de l'EHPAD Bernardin - Centre Hospitalier de Falaise

Un renforcement de PFR pour personnes âgées est prévu en 2025 avec le lancement de deux AAP pour intervenir dans le Nord du pays d'Auge et dans le bassin de Vire

Plateformes de répit



Source ARS, janvier 2025



FOCUS SANTE DES MINEURS

1. Synthèse de l'offre :

Outre les dispositifs de soins ambulatoires et à temps partiel, le département du Calvados dispose de :

- **Unités d'hospitalisation temps plein en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**

Il existe 2 unités d'hospitalisation temps plein en psychiatrie pour mineurs :

- CH de Bayeux pour les enfants de moins de 12 ans
- CHU de Caen pour les mineurs de plus de 12 ans

- **Unités d'hospitalisation temps plein de médecine pédiatrique**

Il existe 4 unités d'hospitalisation à temps plein en médecine pédiatrique :

- CH Aunay Bayeux de 11 lits
- CHU Caen de 34 lits
- CH de Lisieux de 21 lits
- CH de Falaise de 15 lits (10 lits en période estivale)

- **Unité d'accueil pédiatrique enfant en danger**

Il existe 1 UAPED au CHU de Caen

- **Structure d'urgence pédiatrique**

Il existe une structure d'urgence pédiatrique autorisée au CHU de Caen

- **Plateforme de coordination et d'orientation**

Il existe 1 PCO1 Plateforme de Coordination et d'Orientation composée d'une équipe pluridisciplinaire (PCO) : 5 coordinatrices, 1 assistante administrative et 1 comptable, 1 pédopsychiatre, 1 neuropédiatre.

Celle-ci est portée par l'association Gaston Mialaret pour la tranche d'âge 0 – 12 ans.

Les PCO s'adressent aux jeunes enfants de 0 à 12 ans pour lesquels l'entourage et / ou le médecin constate des écarts inhabituels de développement. Ces écarts peuvent être les signes d'un possible trouble du neurodéveloppement (TND) comme un trouble du spectre de l'autisme (TSA), un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyper activité (TDAH), un trouble DYS (dyslexie, dyspraxie, dysorthographe, dysphasie), un trouble du développement intellectuel.

Elles sont accessibles sur prescription, c'est le médecin qui adresse l'enfant à la PCO.

Elles ont pour objectif de rendre possible une intervention pluridisciplinaire coordonnée immédiate dès les premières difficultés repérées chez le jeune enfant et sans attendre un diagnostic stabilisé pour lever le doute ou progresser vers le diagnostic en évitant le sur handicap. Pour ce faire, la PCO a vocation à mettre en œuvre un parcours coordonné de bilans et d'interventions précoces pendant 24 mois, éventuellement renouvelable. Les PCO proposent aux familles le recours à des structures spécialisées et des professionnels libéraux conventionnés ou non avec l'assurance maladie.

Quand les difficultés de l'enfant et les besoins de la famille nécessitent de solliciter des ergothérapeutes, psychologues et psychomotriciens, la plateforme peut déclencher le forfait d'intervention précoce. Les professionnels sont alors directement rémunérés par l'assurance maladie.

- **Equipe médico-sociales d'appui à la scolarisation (EMAS)**

Il existe pour le département du Calvados 6 équipes médico-sociale d'appui à la scolarité (EMAS).

- 5 EMAS généralistes

- Circonscription de Vire – IME Vire (APAEI Bocage Virois et Suisse Normande)
- Circonscription de Bayeux – DME Pays de Bayeux (AAJB)
- Circonscription de Falaise – DITEP Vallée de l'Odon (AAJB)
- Circonscription Caen 1 – DARE (Ligue de l'enseignement)
- Circonscription Lisieux Nord (APAEI Côte Fleurie)

- 1 EMAS spécialisée TSA

Les Équipes mobiles d'appui à la scolarisation (EMAS) sont déployées pour la scolarisation des enfants en situation de handicap, dans le cadre de la convention école inclusive. C'est un dispositif encadré par la circulaire du 14 juin 2019 et du 26 mai 2021, qui traduit la volonté politique de favoriser la coopération entre l'Education Nationale et le secteur médico-social en faveur de l'inclusion scolaire.

Elles ont pour mission :

- ✓ la sécurisation des parcours des élèves en situation de handicap, en mettant à disposition des ressources médico-sociales auprès de la communauté éducative des établissements scolaires
- ✓ un appui en expertise et conseils aux équipes intervenant auprès des enfants dans le cadre scolaire et périscolaire
- ✓ à titre exceptionnel, l'accompagnement individuel d'élèves dans l'attente d'une décision de la CDAPH

- **Equipe de Soutien à la Protection de l'Enfance (ESPE) – en projet :**

L'ESPE est portée par l'ITEP Pays d'Auge Acséa et vise à renforcer les 2 équipes de l'ITEP Pays d'Auge (Lisieux et Pont l'Évêque) avec des missions dédiées à l'accompagnement de ses enfants (de 4 à 20 ans) accueillis en protection de l'enfance et nécessitant un étayage médico-social. Le projet s'adresse également en second lieu aux professionnels de protection de l'enfance ayant besoin d'un étayage sur la compréhension du handicap, sa manifestation et les adaptations nécessaires.

- **Dispositif thérapeutique à destination des enfants confiés à la Maison Départementale de l'Enfance et de la Famille (MDEF) :**

Ce dispositif est porté par le pôle psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'EPSM de Caen. Il est conçu pour répondre de façon réactive aux besoins de soins d'une population d'enfants

placés sur des lieux de vie temporaire : Foyers et Service d'Accueil Familial d'Urgence (SAFU). Il s'adresse aux enfants placés à la MDEF de 3 à 11 ans, non-inscrits dans un parcours de soin.

- **Unité Mobile d'Accompagnement et de Soutien (UMAS) :**

L'Unité Mobile d'Accompagnement et de Soutien (UMAS), portée par l'EPSM, le CHAB et la MADAJA, est composée d'un infirmier, d'un éducateur spécialisé et d'un psychologue.

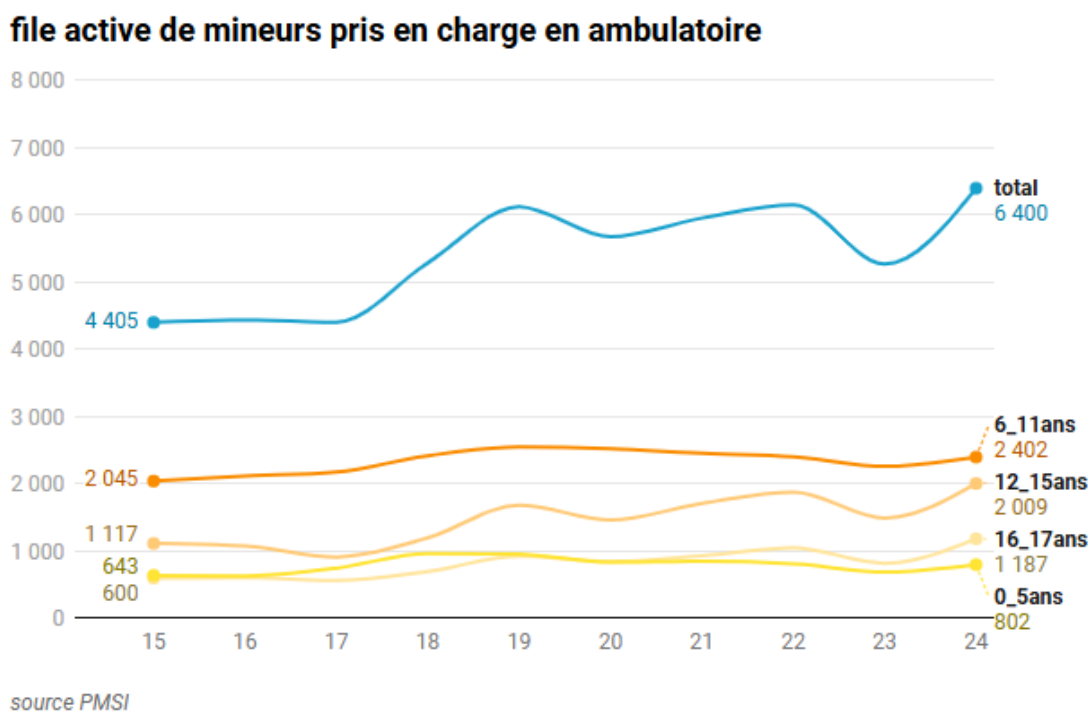
Cette équipe pluridisciplinaire intervient sur 4 territoires, en lien avec les CMPEA éloignés de l'offre caennaise : Lisieux, Vire, Falaise et Bayeux.

Les missions de l'UMAS sont les suivantes :

- ✓ soutenir et accompagner les orientations vers le soin pour les situations évaluées par l'Unité Mobile d'Accueil et d'Évaluation de la MDAJA ou inscrites sur liste d'attente en CMPEA
- ✓ renforcer une offre de soutien et d'accompagnement de proximité pour les adolescents et leur entourage
- ✓ développer une offre de soin groupal en proximité, graduée et incluse dans un parcours de soins coordonné entre différents acteurs
- ✓ proposer des soins ambulatoires permettant une sortie d'hospitalisation en pédiatrie

2. Données quantitatives

- Evolution de l'activité ambulatoire des mineurs en établissements de santé autorisés en psychiatrie

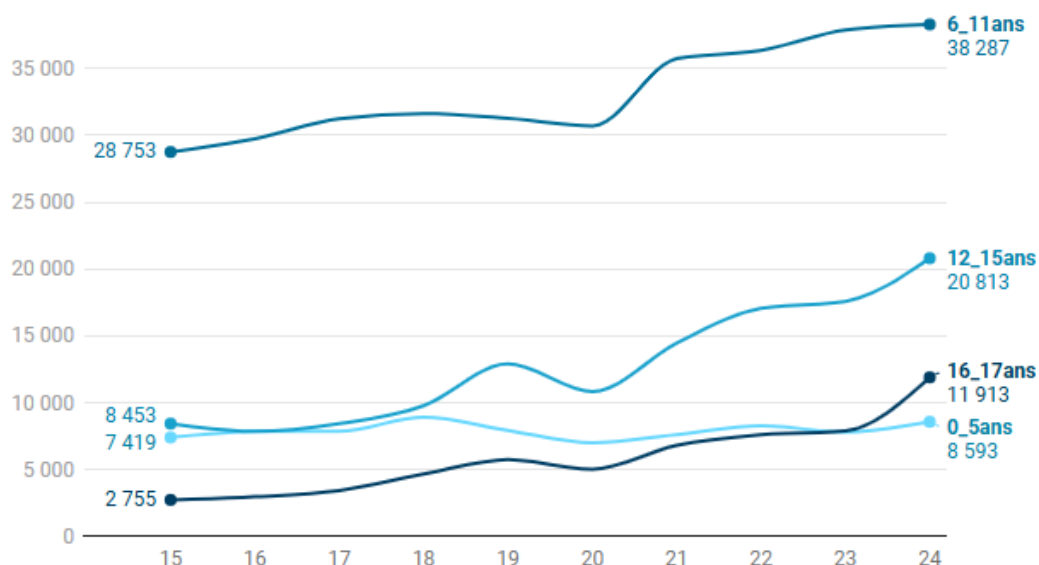


On note une augmentation importante de la file active des mineurs qui consultent en psychiatrie, correspondant à une augmentation de 45% de la file active entre 2014 et 2025.

Cette augmentation concerne surtout la population adolescente avec la tranche d'âge 12-15 ans qui connaît une augmentation de plus des ¾ et celle des 16-17 ans qui a doublé pendant cette même période.

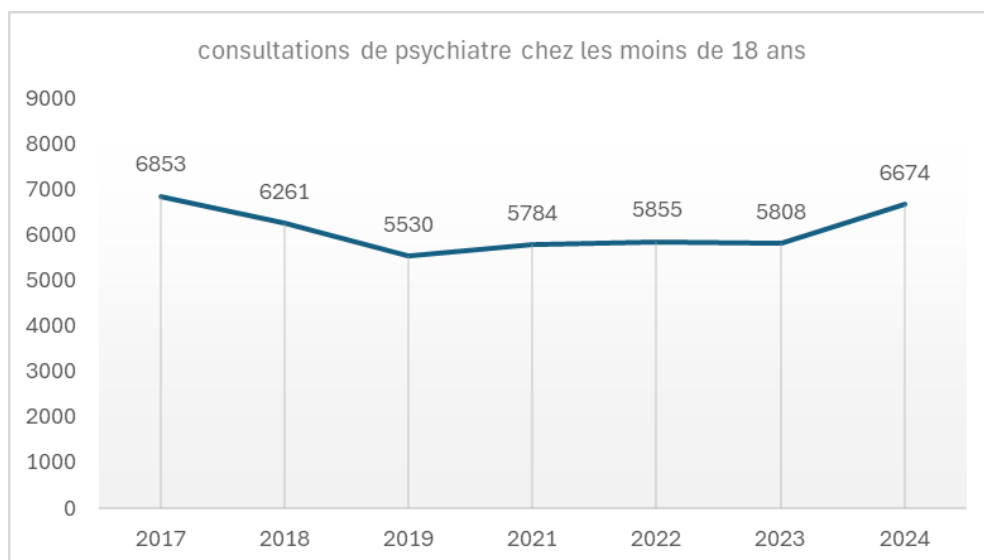
Au niveau national, la tendance est à une augmentation de la file active +20%

volume d'actes ambulatoires



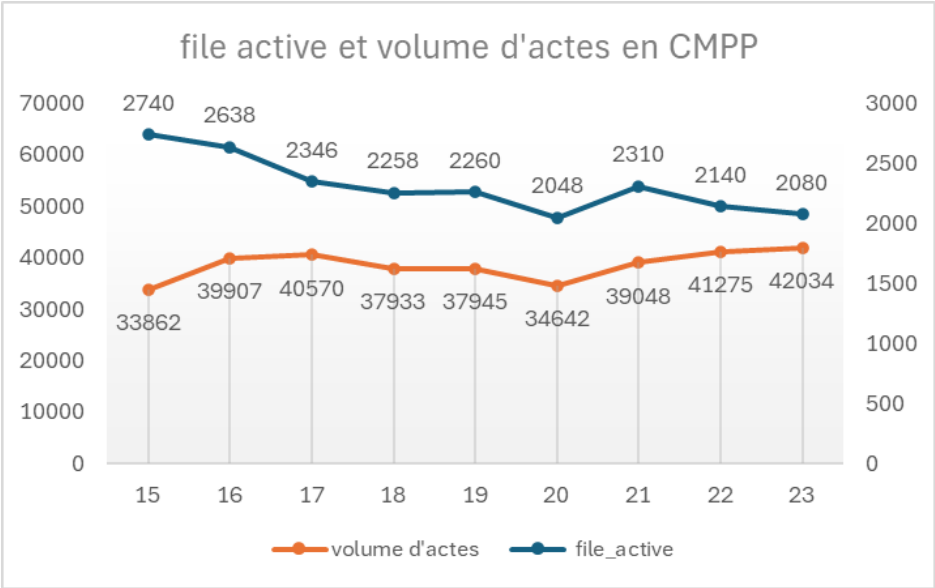
Cette augmentation de la file active a eu une incidence sur l'activité avec un volume d'acte qui a augmenté de 30% entre 2015 et 2024. Cette tendance est la même qu'observée au niveau national avec une hausse de +24%.

- **Activité ambulatoire en psychiatrie libérale pour des consultations de mineurs**



L'activité ambulatoire en psychiatrie libérale pour les mineurs connaît une augmentation de 16% du volume de consultations entre 2023 et 2024 (5808 en 2023 /6700 en 2024) alors même que la tendance nationale est plus à la diminution.

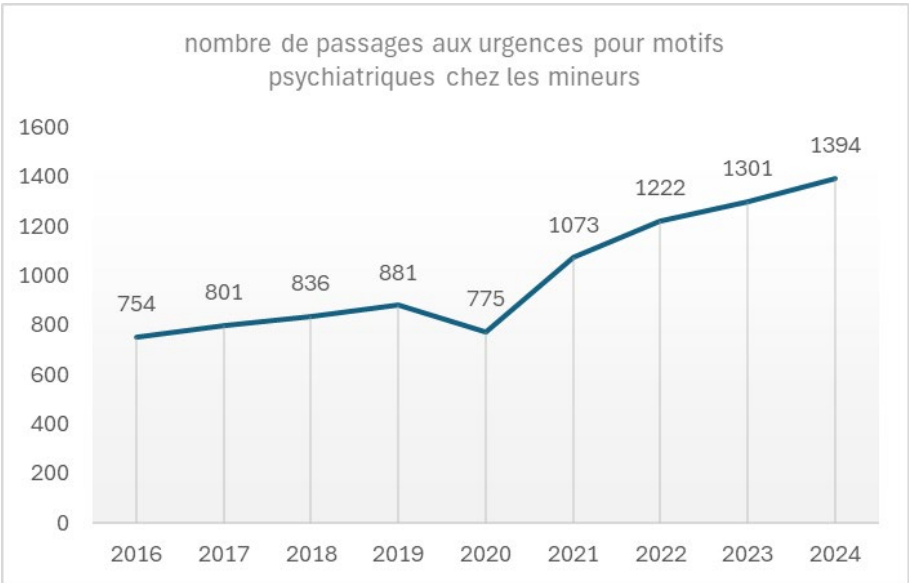
- Evolution activité dans les CMPP



source Tableau de bord de la performance des ESMS, ANAP

La file active dans les CMPP connaît une diminution progressive de 2016 à 2020, puis un pic en 2021 (post confinement de 2020), avec une activité qui depuis diminue. Cette tendance reste à confirmer. On observe que ces trois dernières années, alors que la file active a tendance à diminuer, le volume d'actes augmente.

- Evolution passage mineurs dans les SU pour DP troubles mentaux et du comportement de 2016 à 2024



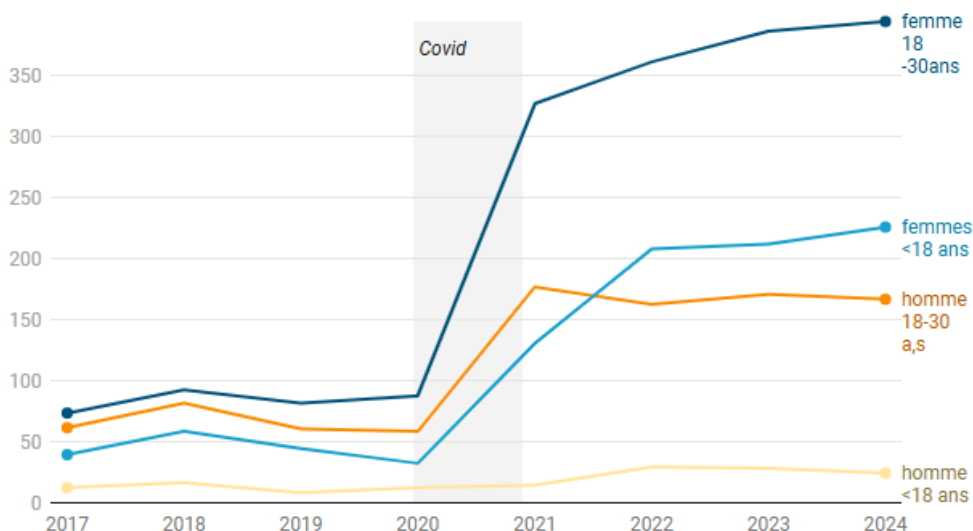
Source RPU

Les passages aux urgences pour motifs psychiatriques ont été multipliés par 2 depuis 2016 avec une nette accélération à la suite de la pandémie de COVID. Cette tendance est plus marquée encore au niveau national.

- Focus sur l'évolution des tentatives de suicide dans les structures d'urgence

Nombre de tentatives de suicide

détaillé par sexe et âge département du Calvados



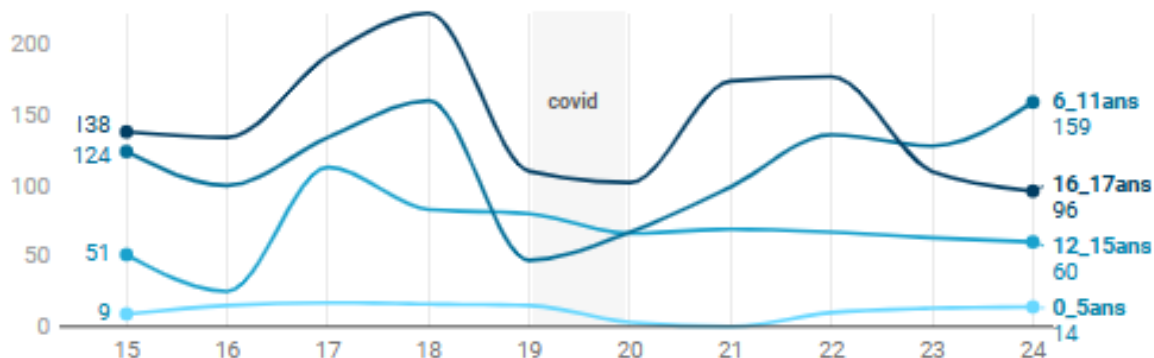
source RPU, ATIH

Les tentatives de suicide chez les mineurs sont en forte augmentation depuis la crise COVID dans le Calvados. Ce constat est national et est décrit dans les études de la DREES sur le sujet. [Le Calvados présente cependant une situation moins défavorable que les autres départements Normands.](#)

- Hospitalisation à temps complet en établissement de santé autorisé en psychiatrie

hospitalisations en psychiatrie temps complet (HTC)

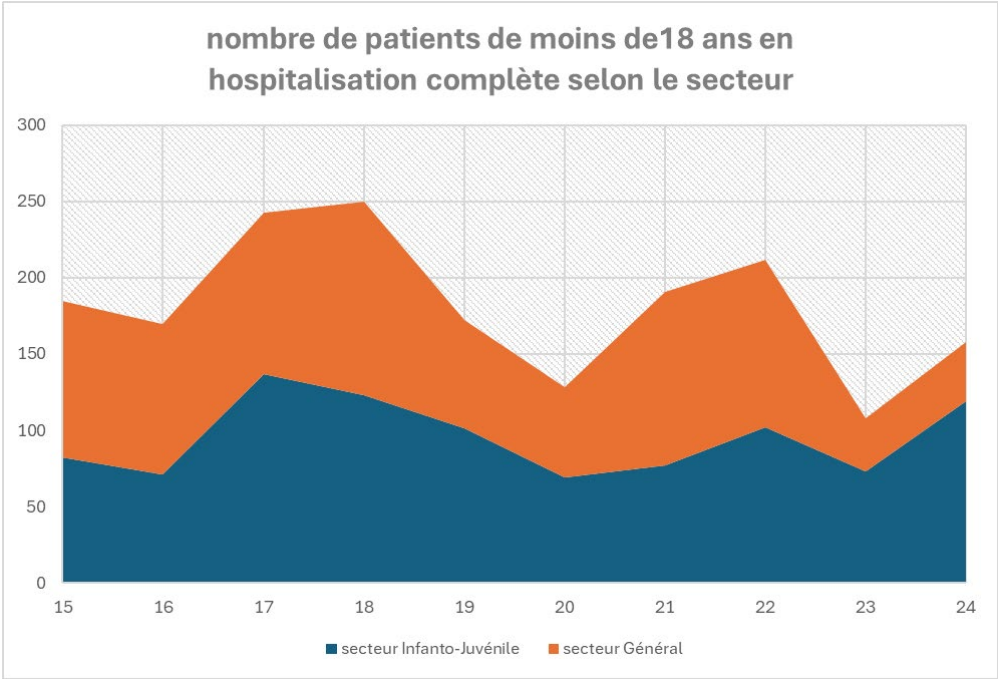
évolution entre 2015 et 2024



source : RIMP-PMSI

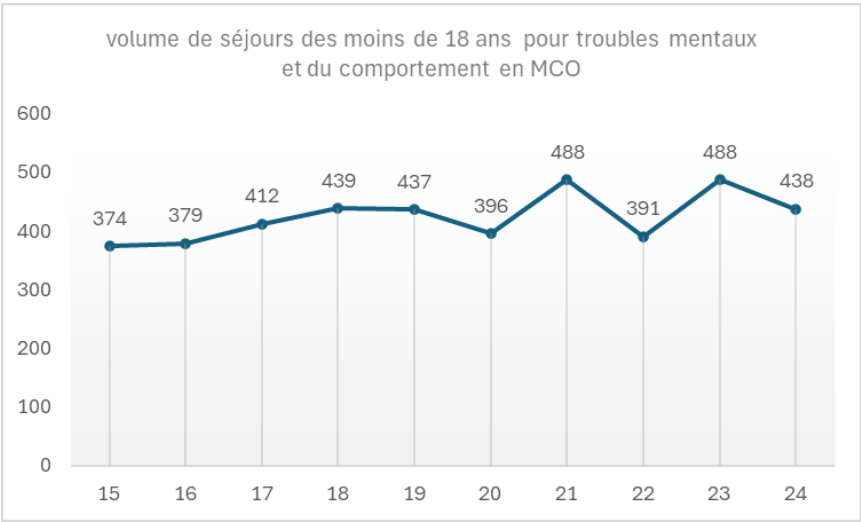
Dans le Calvados, l'hospitalisation à temps complet des mineurs en psychiatrie (adulte ou pédopsychiatrie) a diminué depuis ces dix dernières années, les 16-17 ans sont les plus concernés par cette baisse avec une réduction de près de la moitié des séjours.

- Evolution de la répartition des hospitalisations à temps complet en service de psychiatrie adulte et en service de pédopsychiatrie



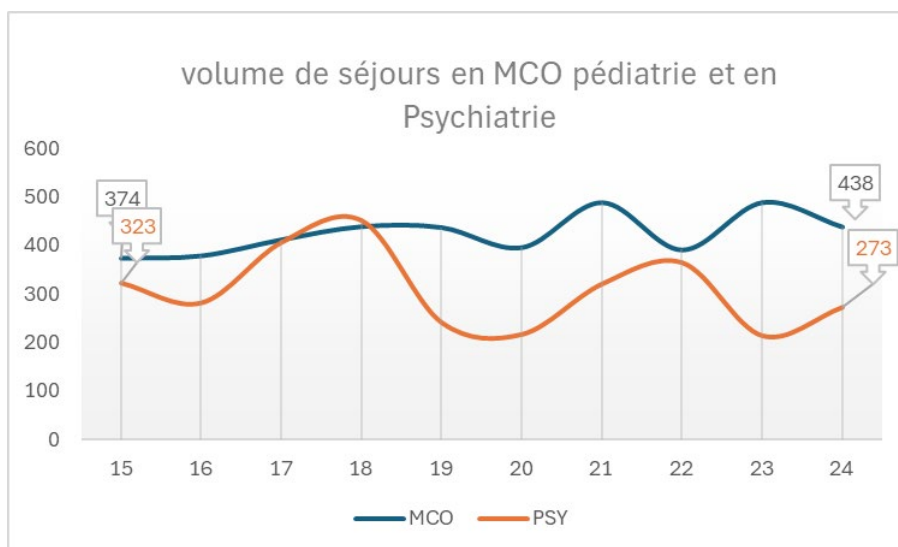
Durant ces neuf dernières années, on note une présence non négligeable de mineurs hospitalisés dans les services de psychiatrie adulte, avec une baisse entre 2023 et 2024 qu'il conviendra de poursuivre, l'objectif étant l'absence de mineur hospitalisé en service de psychiatrie adulte. En 2024, encore environ 1/4 des hospitalisations de mineurs en psychiatrie ont lieu en service de psychiatrie pour adultes.

- Evolution du nombre et du taux de recours en pédiatrie des mineurs avec comme diagnostic principal troubles mentaux et du comportement de 2015 à 2024 (source PMSI MCO ATIH)



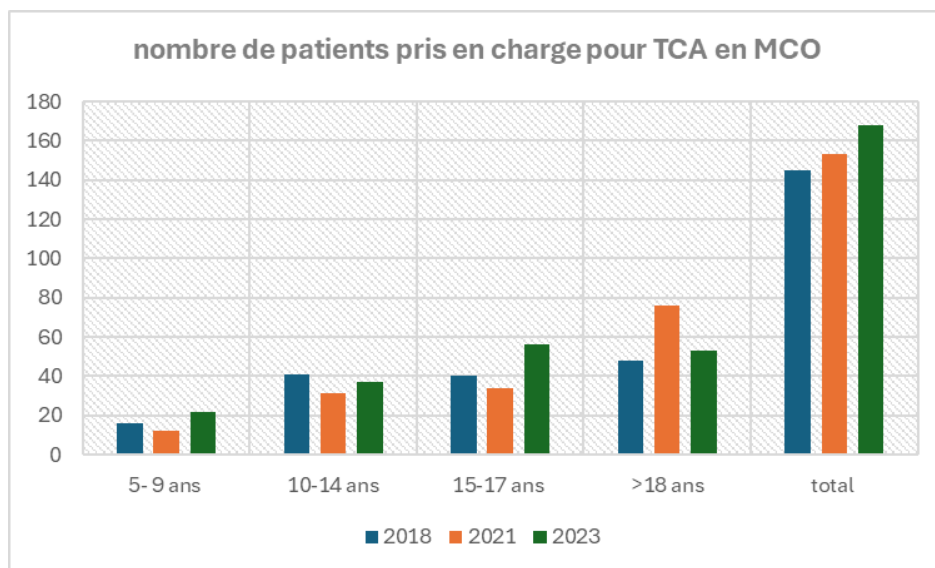
Source PMSI MCO

Après une phase d'augmentation des séjours de mineurs en MCO de 2015 à 2019, on observe des fluctuations entre 2020 et 2023 (période de crise COVID et post COVID) avec une activité semblable en 2024 que celle des années 2018/2019, c'est-à-dire avant le COVID. Il sera important de suivre cette évolution afin de voir si l'on retrouve un niveau d'activité qui se stabilise.



Durant ces neuf dernières années, les séjours en MCO pour motifs « santé mentale » sont supérieurs aux séjours de mineurs en psychiatrie, sauf en 2017/2018 où ils étaient équivalents en nombre. En 2023 et 2024, les séjours en MCO sont près du double des séjours en psychiatrie. Il faut voir si cette tendance se confirme.

- **Focus troubles des conduites alimentaires**



On observe une augmentation des hospitalisations pour motif « troubles des conduites alimentaires » pour les 15-17 ans, plutôt en post COVID, contrairement aux plus de 18 ans, où on observe une augmentation lors de la crise COVID, avec une diminution en 2023. Ces tendances restent à confirmer.

- Evolution consommation de psychotropes chez les mineurs

Evolution de la délivrance des psychotropes

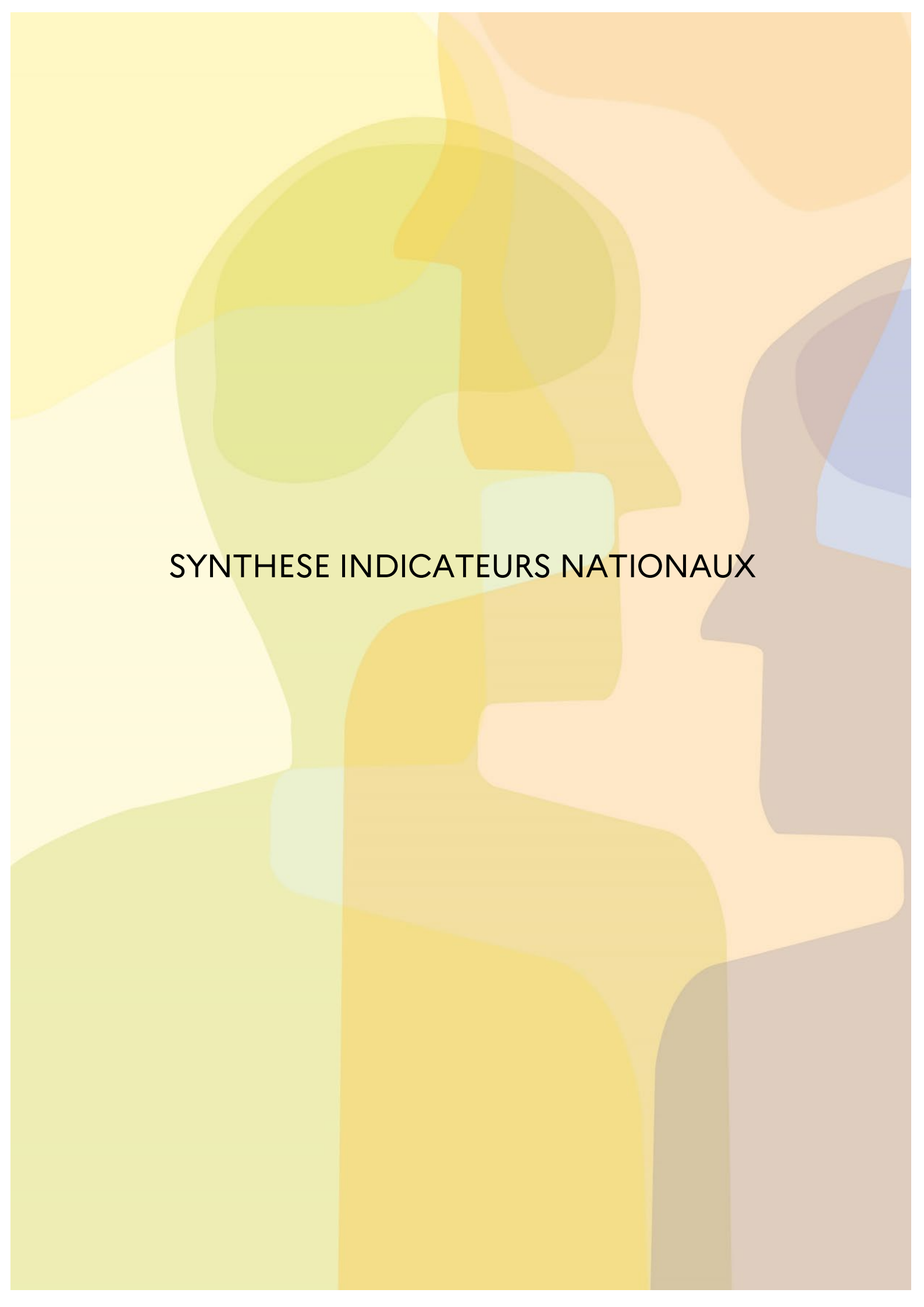
indice base 100 semestre 1 (par rapport à 2017)



	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<18 ans	100	101	104	103	129	132	142	152
18-29 ans	100	98	102	113	127	136	150	163
30-59 ans	100	97	96	97	99	98	99	102
60-74 ans	100	101	102	106	108	108	108	109
75 ans et +	100	99	99	101	102	105	109	112
Total général	100	99	99	101	104	104	107	110

note de lecture : un indice de 150 signifie qu'il y a 50% de délivrance en plus par rapport à 2017

La consommation de psychotropes est en forte augmentation depuis le COVID. On note dans le Calvados une augmentation de 52% chez les moins de 18 ans par rapport à 2017 et 63% chez les 18-29 ans par rapport à 2017. Cette tendance est une tendance nationale, la Région Normandie présente une situation plus défavorable que le national et le Calvados est le territoire le plus touché par cette hausse.



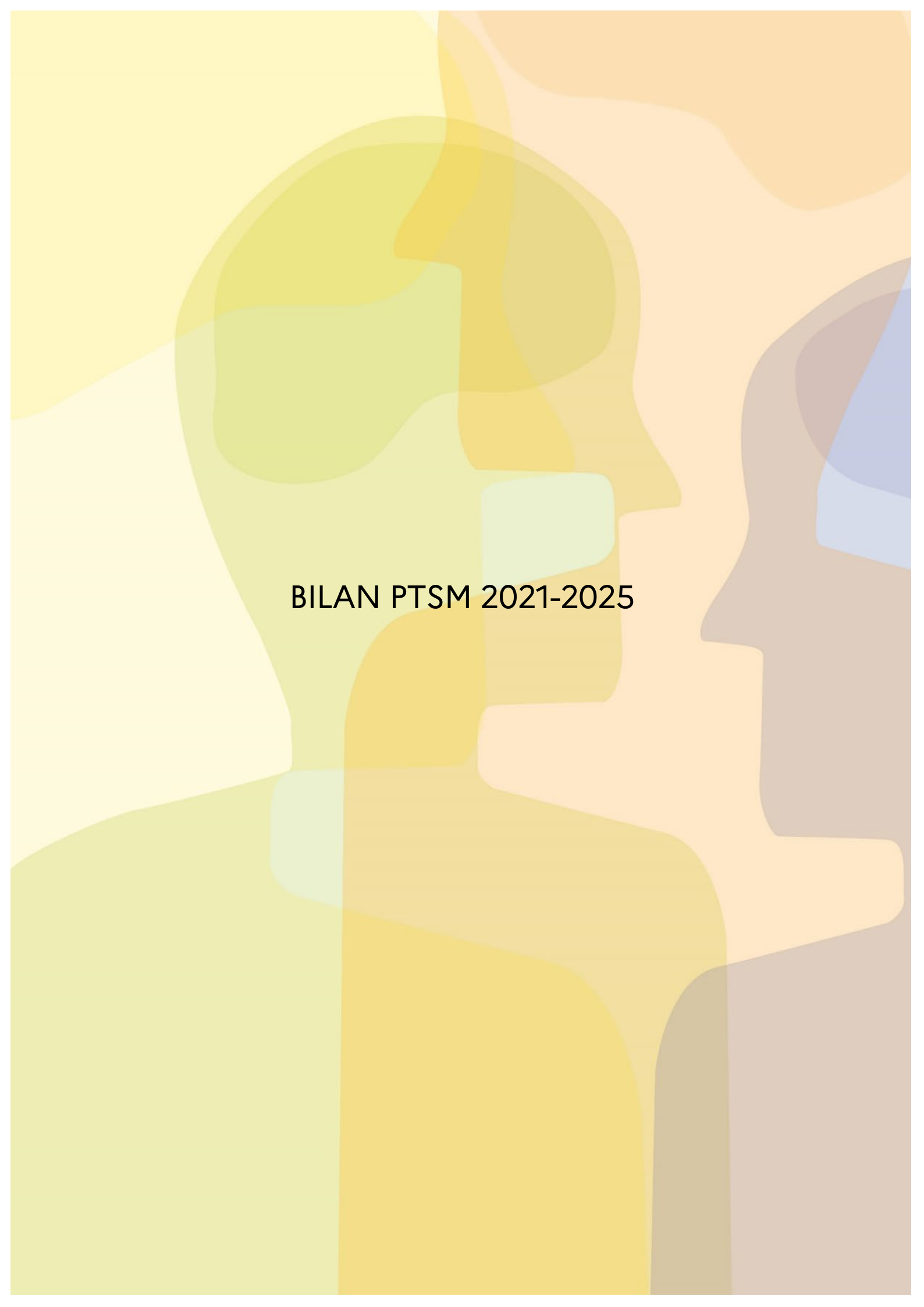
SYNTHESE INDICATEURS NATIONAUX

En 2024, le département du Calvados présente des indicateurs préoccupants en matière de santé mentale. Le taux de passages aux urgences pour tentative de suicide y est très élevé (212,1 pour 100 000 habitants), nettement au-dessus de la moyenne régionale (149) et nationale (128,7). De même, les hospitalisations longues en psychiatrie sont plus fréquentes avec 53 hospitalisations de plus de 292 jours pour 1000 séjours, contre 31,1 au niveau national.

Les durées de passage aux urgences pour motifs psychiatriques sont également longues (478 min en moyenne),

Le suivi après hospitalisation est contrasté : si 74,8 % des patients revoient un médecin généraliste dans l'année (au-dessus de la moyenne nationale), seuls 17,9 % consultent un psychiatre dans les 15 jours suivant leur sortie, un chiffre bien en deçà de la moyenne française (31,2 %).

Indicateur	Libellé	Calvados	Normandie	France
1	Taux de passages aux urgences pour tentative de suicide 2024 (pour 100 000 hab)	212,1	149	128,7
2	Taux d'hospitalisation en MCO suite à une tentative de suicide 2024 (pour 100 000 habitants)	235,8	233	176,2
3	Taux d'hospitalisation en psychiatrie pour une durée longue 2024 (pour 1000 séjours) Hospit. > 292 jours	53	36,1	31,1
3	Taux d'hospitalisation en psychiatrie pour une durée longue 2024 (pour 1000 séjours) Hospit. > 90 jours	129	112,2	114,9
4	Part de la file active en psychiatrie prise en charge au domicile 2024 (%)	3	1,7	2
5	Part des patients ayant consulté un médecin généraliste dans un délai d'un an après leur hospitalisation en psychiatrie 2023 (%)	74,8	68,9	71,4
6	Part des passages aux urgences pour motif psychiatrique hors TS 2024 (%)	4,6	3,3	3,3
7	Durée moyenne de passage aux urgences pour motif psychiatrique 2024 en heure	478	347	396
8	Part des patients ayant consulté un psychiatre dans un délai de 15 jours après leur hospitalisation en psychiatrie 2023 (%)	17,9	18,9	31,2
9	Nombre de mesures de soins sans consentement 2024	840	5 293	112 532
12	Prévalence des pathologies psychiatriques 2022 (%) Toutes maladies psychiatriques confondues	4,1	4,6	4,1
12	Prévalence des pathologies psychiatriques 2022 (%) Troubles névrotiques et de l'humeur	2	2,4	2,1
12	Prévalence des pathologies psychiatriques 2022 (%) Troubles addictifs	1,3	1,2	1
12	Prévalence des pathologies psychiatriques 2022 (%) Troubles psychotiques	0,6	0,6	0,7



BILAN PTSM 2021-2025

Evaluation PTSM

- **Déroulement de la phase d'évaluation**

La première génération de PTSM a fait l'objet d'une phase d'évaluation au printemps 2025. Le cadre et la méthode d'évaluation des PTSM ont été fixés nationalement par l'ANAP (agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale).

La démarche repose sur les phases suivantes :

- ✓ Cadrage : rapprochement des actions du PTSM dans les priorités et bilan synthétique par priorité
- ✓ Collecte : recueil des indicateurs et organisation de 6 ateliers par priorité
- ✓ Analyse : croisement des données et formulation des conclusions
- ✓ Recommandations : mise en lumière de thématiques prioritaires par enjeux et d'actions à envisager

Pour cela, un grand nombre d'acteurs ayant participé à la première génération du PTSM du Calvados a été sollicité, provenant d'horizons géographiques et professionnels variés.

Des ateliers participatifs par priorité ont été organisés afin de :

- Mettre en discussion les données recueillies sur les résultats et les impacts pour chaque priorité
- Recueillir le point de vue sur le chemin parcouru, au-delà des impacts mesurés par les indicateurs
- Identifier les enjeux à travailler dans le cadre du prochain PTSM

Ces ateliers ont eu lieu en présentiel et ont réuni, au total, environ 80 acteurs du territoire du Calvados. Nous avons veillé à ce que l'ensemble du territoire soit représenté, tant en terme géographique que d'expertise professionnelle.

Chaque atelier a été animé par un binôme (voire trinôme pour la priorité 2), dont le rôle était d'initier les débats des participants et de répondre à la trame établie par l'ANAP.

Lors de ces ateliers, les participants ont eu à répondre à des questions relatives à des enseignements qualitatifs, tout en précisant les leviers permettant d'obtenir les résultats, les freins qui auraient pu limiter les résultats et les perspectives et pistes de travail.

Ensuite pour chaque enjeu l'état d'avancement a été précisé, ainsi que des éléments de contexte et attendus, des éléments de bilan et des commentaires.

- **Synthèse des ateliers d'évaluation**

- **Priorité 1 : diagnostic, repérage précoce, accès aux soins**

Synthèse générale :

Les délais d'accès aux soins restent hétérogènes selon les publics et les territoires. Le repérage s'est globalement amélioré, notamment grâce à la mobilisation accrue des médecins traitants et de la première ligne et à la hausse du nombre de professionnels impliqués dans le repérage et l'orientation. Cependant, des inégalités territoriales et des difficultés d'orientation persistent.

Points positifs identifiés :

- Amélioration de l'accès grâce au renforcement de certains dispositifs (ex : UMPSA, équipes spécialisées)
- Montée en compétence des professionnels de première ligne (formations, sensibilisations)
- Augmentation du nombre de repérages précoces, notamment pour certaines populations
- Meilleure organisation locale dans certains territoires

Limites relevées :

- Tous les publics ne bénéficient pas de la même amélioration (inégalités persistantes)
- Insuffisance de certaines compétences en orientation et accompagnement
- Persistance de difficultés d'accès aux soins, en particulier liées aux délais et au manque de professionnels
- Cloisonnement des parcours encore trop marqué

Leviers identifiés :

- Dispositifs existants (UMPSA, équipes de proximité, éducation thérapeutique)
- Sensibilisation du grand public et campagnes de prévention
- Formations ciblées pour les professionnels de première ligne
- Décloisonnement entre les soins et les parcours sociaux/médico-sociaux

Freins persistants :

- Hétérogénéité territoriale (accès inégal selon les zones)
- Manque de médecins et autres professionnels de santé
- Persistance des délais d'accès au diagnostic et aux soins spécialisés
- Ressources financières et humaines limitées

Perspectives et pistes de travail :

- Renforcer les dispositifs existants et les rendre plus accessibles
- Améliorer la prévention et la communication (auprès du grand public et des professionnels)
- Développer l'offre de soins, en particulier dans les territoires sous-dotés
- Accroître l'accessibilité via des dispositifs mobiles (bus PMI, consultations itinérantes)
- Mieux flécher les moyens et decloisonner les parcours

➤ Priorité 2 : parcours coordonnés et maintien en milieu ordinaire

Synthèse générale :

Le diagnostic est contrasté : des efforts sont engagés pour améliorer la coordination et l'inclusion, mais des obstacles structurels et organisationnels freinent encore la dynamique. Ainsi, certaines dimensions progressent (partage d'information, maintien en logement ordinaire), mais d'autres restent limitées (hospitalisations, coordination selon les territoires, ruptures persistantes).

Les solutions avancées passent surtout par la coopération intersectorielle, la prévention et l'innovation dans les outils et partenariats.

Leviers identifiés :

Les leviers permettant d'améliorer la situation portent sur :

- Formation et interconnaissance entre acteurs
- Instances de pilotage stratégique favorisant la coordination
- Prévention, anticipation et communication pour éviter les ruptures

- Outils informatisés sécurisés (RGPD)
- Ouverture de lieux de vie adaptés et structuration des collectifs

Freins rencontrés :

- Manque de professionnels (médecins, éducateurs)
- Cloisonnements institutionnels (secteurs, politiques publiques)
- Disparités territoriales (rural vs urbain)
- Complexité réglementaire et méconnaissance des règles
- Problèmes d'organisation (fonctionnement institutionnel peu flexible)

Perspectives et pistes de travail :

- Évolution du système éducatif et développement des compétences
- Développer une vision globale et par étapes de vie, pour mieux planifier les parcours
- Développer des outils numériques et de services d'information adaptés
- Renforcer les partenariats, notamment en matière d'habitat inclusif et de soutien dans les territoires

➤ **Priorité 3 : accès aux soins somatiques**

Synthèse générale :

Des progrès partiels sont constatés, mais encore fragiles, avec des avancées en coordination et en accompagnement. Des freins persistent, liés au manque de moyens humains et au cloisonnement institutionnel. Des leviers clairs (formation, outils numériques, pilotage stratégique) et des perspectives structurantes (partenariats, continuité de parcours, réduction des inégalités) sont identifiés.

Leviers identifiés :

- Formation et interconnaissance entre acteurs
- Existence d'instances de pilotage stratégique et de coordination
- Accompagnement des parcours et la structuration de l'offre
- Développement d'outils informatisés sécurisés (notamment vis-à-vis du RGPD)
- Ouverture de lieux de vie et d'accueil adaptés

Ces leviers insistent surtout sur la structuration collective et organisationnelle et sur la montée en compétence des professionnels.

Freins relevés :

- Manque de professionnels (médecins, éducateurs, etc.)
- Cloisonnement des secteurs et des politiques publiques
- Fonctionnements administratifs complexes ou cloisonnés
- Difficultés liées à la réglementation et sa maîtrise
- Disparité entre territoires (urbain vs rural)

Les freins sont donc liés à la démographie médicale en berne, aux barrières institutionnelles et aux inégalités territoriales.

Perspectives et pistes de travail :

- Faire évoluer le système éducatif et prévoir une meilleure articulation avec la santé
 - Développer des partenariats, notamment dans le champ médico-social
 - Renforcer les outils et services numériques.
 - Penser une vision plus continue et coordonnée des parcours (éviter les ruptures)
 - Mettre l'accent sur la formation continue et la diffusion de l'expertise
- Les pistes visent à décroisonner, renforcer la coopération et moderniser les outils.

➤ **Priorité 4 : prévention et prise en charge de la crise et des urgences**

Synthèse générale :

La gestion des urgences psychiatriques est très centralisée au CHU de Caen qui doit s'articuler avec l'EPSM de Caen dans un contexte de manque de lits.

On observe une meilleure articulation somatique/psychiatrique et des leviers déjà en place (formation, repérage précoce, pair-aidance). En revanche, les « acteurs périphériques » rencontrent davantage de difficultés (acculturation, refus de prise en charge, manque de moyens). Des solutions « aller-vers » commencent à porter leurs fruits (MDAJA, EMAS, équipes mobiles de l'EPSM...). Les perspectives s'orientent vers des conventions, protocoles, et une meilleure définition de la "crise" pour homogénéiser les pratiques.

Points positifs identifiés :

- Régulation de la crise : fonctionne plutôt bien dans les circuits classiques (par ex. entrée via le CHU de Caen).
- Articulation somatique/psychiatrique : au CHU de Caen, EPSM coordination satisfaisante.
- Gestion de la crise psycho traumatique : le dispositif de la CUMP fonctionne.
- Passage à l'acte suicidaire mieux prévenu grâce aux dispositifs mis en place (Vigilans, 3114...)

Points négatifs :

- Accès aux soins : circuits courts existent mais restent difficiles, notamment en cas de refus de prise en charge.
- Urgences : les passages aux urgences restent trop nombreux (données RPU à l'appui)
- CH périphériques : articulation plus compliquée qu'au CHU de Caen, faible acculturation à la psychiatrie
- Manque de définition claire de ce qu'est une "crise" et offre de soins de crise encore insuffisante

Leviers identifiés :

- Formation et sensibilisation des intervenants (psychiatrie et urgences)
- Repérage précoce en amont de la crise
- Pair-aidance et consultations de crise expérimentales

Freins rencontrés :

- Refus de prise en charge par certains services
- Manque de places et lits
- Difficultés d'acculturation dans les services d'urgences périphériques
- Manque d'attractivité et d'effectifs

Perspectives et pistes de travail :

- Mettre en place des partenariats et conventions entre les acteurs de l'urgence
- Rédiger des protocoles formalisés pour mieux encadrer la prise en charge
- Optimiser les moyens humains et matériels
- Travailler sur l'attractivité des postes
- Poursuivre la prévention du suicide et l'adapter à l'évolution des personnes concernées

➤ **Priorité 5 : accès aux droits, lutte contre la stigmatisation**

Synthèse générale :

Des améliorations réelles ont été mises en évidence (droit, parole, initiatives d'inclusion), mais également des freins structurels persistants (manque de moyens, disparités territoriales,

stigmatisation). On constate que des avancées sont perceptibles, mais elles restent très hétérogènes selon les territoires et les établissements. Les données statistiques ne confirment pas toujours les ressentis positifs de terrain (ex. recours à la contrainte). Les perspectives insistent sur la nécessité de formation, de transversalité et d'inclusion coconstruite avec les usagers.

Points positifs identifiés :

- Respect des droits : meilleure prise en compte de l'intimité, des choix personnels et religieux
- Parole des usagers : dynamique renforcée depuis le Ségur et la crise Covid, avec davantage de volonté de décroisement et d' « aller vers »
- Stigmatisation : émergence d'initiatives médiatiques et sociales favorisant une visibilité différente (témoignages publics, pair-aidance)
- Soins sans consentement : encadrement médical plus clair, directives anticipées en cours de déploiement

Difficultés et freins rencontrés :

- Manque de moyens humains et financiers : démographie médicale fragile, désertification, pénurie de pluridisciplinarité
- Organisation des structures : pratiques hétérogènes, locaux inadaptés, rupture de continuité des soins
- Barrières sociales : fracture numérique, difficultés de lecture/écriture, tabous persistants autour de la santé mentale
- Stigmatisation : image archaïque de la psychiatrie, accès limité à l'emploi et aux soins, médiatisation souvent stigmatisante

Leviers mobilisés :

- Textes réglementaires : encadrement de l'isolement et de la contention
- Travail en réseau et coordination : partenariats locaux, actions transversales entre sanitaire, médico-social et social
- Formation et sensibilisation : des professionnels, des familles et du grand public
- Pair-aidance et dispositifs inclusifs : GEM, habitats inclusifs, maisons de santé, maisons des usagers

Perspectives et pistes de travail :

- Renforcer la formation : tous corps de métiers, posture professionnelle, psychoéducation
- Institutionnaliser la parole des usagers : consultation systématique, intégration dans les projets de soins et de vie
- Développer l'inclusion : partenariats locaux, ouverture vers le droit commun, pair-aidance familiale
- Réduire la contrainte : réflexion institutionnelle, alternatives à l'isolement, projets d'établissement dédiés
- Décloisonner : favoriser une approche parcours, équilibre entre autodétermination et accompagnement, articulation entre sanitaire et social

➤ Priorité 6 : promotion de la santé mentale

Synthèse générale :

Les avancées sont inégales : certaines dynamiques positives existent, mais globalement la prévention et l'accompagnement restent insuffisants ou trop cloisonnés.

Points positifs identifiés :

- Capacités individuelles : évolution jugée plutôt positive grâce au développement des compétences psychosociales (CPS) dans les écoles, au sein du tissu associatif, à travers l'offre sportive, culturelle et médico-sociale
- Facteurs de risque : augmentation du nombre d'équipes mobiles (CHU, EPSM), meilleure prise de conscience des déterminants et des repérages précoces
- Addictions : amélioration de l'offre et de sa visibilité

Difficultés et freins rencontrés :

- Clivage et cloisonnement : dispositifs multiples mais peu lisibles, subventions non pérennes, manque de coordination et de visibilité
- Accès et continuité des soins : absence de prise en charge, délais d'attente après repérage, stigmatisation persistante, inégalités territoriales (ruralité, personnes âgées)
- Manque de mobilisation institutionnelle : collectivités peu investies dans la prévention en santé mentale, moyens dédiés à la médecine du travail réduits
- Transformation numérique : dématérialisation perçue comme une barrière (perte de contact humain)
- Parentalité : public difficile à mobiliser

Leviers mobilisés :

- Prévention et repérage : développement des CPS, actions de prévention structurées, programmes probants, outils d'évaluation et de diagnostic, interventions précoces
- Environnements capacitants : structures médico-sociales, médiation en santé, inclusion dans le droit commun
- Méthodes innovantes : « aller-vers », tiers-lieux, services publics, outils numériques (y compris IA)
- Renforcement de l'offre : équipes mobiles supplémentaires, actions associatives, meilleure visibilité des services addiction

Perspectives et pistes de travail :

- Consolider la prévention : renforcer la lisibilité des dispositifs, assurer une meilleure coordination et pérennité des financements
- Mieux accompagner les publics vulnérables : réduire les délais d'accès aux soins, développer la proximité territoriale, maintenir un contact humain malgré la dématérialisation
- Mobiliser les institutions : impliquer de manière accrue les collectivités locales pour intégrer la prévention en santé mentale dans leurs priorités
- Approfondir l'approche multidimensionnelle : prendre en compte des déterminants sociaux, du travail, de l'isolement et de la parentalité dans une logique globale de promotion de la santé mentale



ARS de Normandie

Direction Départementale du Calvados

Cécile LHEUREUX

ars-normandie-dd14@ars.sante.fr

Mission santé mentale et psychiatrie

Dr Cécile BONNEFOY

ars-normandie-mission-santementale-psychiatrie@ars.sante.fr

Cheffe de projet opérationnel du PTSM

Louise DUNOYER

louise.dunoyer@epsm-caen.fr



Projet Territorial
de Santé Mentale