



Mars 2019

# PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE À CALAIS

UN DIAGNOSTIC PARTAGÉ



VILLE  
de  
*Calais*



Auteurs : Laurent Plancke et Alina Amariei

Couvertures : Jean Chelala

Directeur de la F2RSM Psy : Dr Thierry Danel

Relecture et corrections : Pauline Bareille

# Sommaire

Introduction .....	5
Sources et méthodes .....	6
Les données médico-administratives .....	6
Les rapports d'activité et les sites des services .....	6
Les entretiens et groupes focaux .....	6
L'offre sanitaire, médico-sociale et associative .....	7
Les établissements de santé autorisés en psychiatrie .....	7
L'offre publique .....	7
L'offre sanitaire privée .....	9
Indicateurs d'activité .....	10
Personnes âgées .....	11
L'offre médico-sociale spécifique au handicap psychique .....	11
Les services d'accompagnement et de logement de La Vie active .....	12
Autres établissements et services sociaux et médico-sociaux .....	12
L'Association familiale de parents et amis de personnes handicapées mentales (Afapei) du Calaisis .....	12
Mahra. Le Toit .....	13
Association pour le développement des initiatives en santé (Adis) .....	14
Les associations de familles et de patients .....	14
Le dispositif addictologique et les conduites addictives .....	15
Deux centres de soins et un centre d'accueil à bas seuil .....	15
Des conduites addictives très répandues .....	15
Médecins généralistes, psychiatres et psychologues .....	16
De grandes insuffisances ressenties .....	17
De multiples coopérations .....	18
Contrat local de santé .....	18
Réseau handicap et troubles psychiques du Calaisis-Audomarois .....	18
Réseau précarité santé mentale (RPSM) .....	19
Réseau des psychologues du Calaisis .....	19
GHT de la Côte d'Opale .....	19
Un partenariat dense et apprécié .....	19
... mais un point de tension .....	20
Les conduites suicidaires à Calais .....	22
285 hospitalisations avec un diagnostic de tentative de suicide .....	22
Un taux de TS très élevé par rapport à la région .....	23
Environ 15 décès par suicide chaque année .....	23
Une forte surmortalité suicidaire .....	24
Le programme de prévention de la récurrence suicidaire Vigilans .....	25

Un sujet peu abordé par les acteurs .....	25
<b>Précarité et santé mentale.....</b>	<b>25</b>
<b>La difficile adhésion aux projets de soins.....</b>	<b>26</b>
<b>Emploi et logement.....</b>	<b>27</b>
<b>Synthèse et conclusion.....</b>	<b>28</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>30</b>
Annexe 1. Personnes associées au diagnostic partagé.....	30
Annexe 2. Lieu de domicile et de prise en charge.....	32
Annexe 3. Index des illustrations.....	33
Annexe 4. Sigles et acronymes .....	34
<b>Bibliographie .....</b>	<b>35</b>



# Introduction

La Ville de Calais a sollicité le concours de la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (F2RSM Psy)<sup>1</sup> Hauts-de-France pour la réalisation d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale, dans la perspective de la création d'un Conseil local de santé mentale (CLSM) en faveur de la population calaisienne. En effet, lors du diagnostic réalisé dans le cadre du renouvellement du Contrat Local de Santé (CLS), la thématique « santé mentale » est apparue comme prégnante. Il était alors nécessaire de réaliser une étude spécifique<sup>2</sup>.

L'idée de réunir en un conseil les acteurs locaux concernés par la santé mentale apparaît en 1972, dans une circulaire recommandant la création de « *conseils de santé mentale de secteur* » [2]<sup>3</sup> ; dans la lignée de la politique de secteur définie en 1960 [3], il revient alors à leurs responsables d'animer la coordination des actions concourant à la prévention, aux soins et à la réhabilitation. Cette responsabilité est confirmée par une circulaire de 1990 [4]. Alors que le Plan santé mentale 2005-2008 prévoit la création de réseaux de santé mentale, surtout consacrés à la prise en charge des patients [5], Couty, en 2009, dans son rapport à la Ministre de la santé, semble être le premier à recommander la création de conseils locaux de santé mentale, qui ont entre autres missions la définition d'un projet local de santé mentale [6]<sup>4</sup>. Il est cependant malaisé de retrouver le 1<sup>er</sup> texte émanant des autorités de santé fixant les missions et la gouvernance des CLSM [7]. Les premiers conseils de ce type, dans la lignée des Ateliers santé-ville, définis dans le cadre de la politique de la Ville, se constituent dans les années 2000 [8].

Le CLSM est une instance de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, les acteurs travaillant dans le champ de la santé mentale (dont ceux exerçant les missions de psychiatrie de secteur, les acteurs du secteur social et médico-social, les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé, ...), les habitants, les associations d'usagers, les usagers eux-mêmes lorsque cela est possible, les associations d'aidants, l'ARS et le Préfet de département [9]. Les CLSM « *définissent des actions de lutte contre la stigmatisation, d'amélioration de l'accès et de la continuité des soins, d'insertion sociale et de participation des aidants, des usagers et des habitants. Par ailleurs, ils participent à l'élaboration du diagnostic territorial partagé et du projet territorial de santé mentale prévus par la LMSS<sup>5</sup>. Ils constituent, lorsqu'ils existent, le volet santé mentale des contrats locaux de santé ou des contrats de ville* » [9].

Dans son principe et son fonctionnement, le CLSM s'inscrit dans la lignée de bon nombre de politiques volontaristes apparues après les premières lois de décentralisation, dans les années 1980 [10] ; de même, il répond aux critères de la démocratie sanitaire [11], en associant l'ensemble des acteurs concernés par le sujet de la santé mentale, qu'ils soient professionnels (inclusion, soins, réhabilitation ...), élus (Ville, Conseil départemental ...) ou usagers du système de santé (patients et leurs familles). Différence de taille avec d'autres instances de démocratie sanitaire, le fonctionnement des CLSM n'est pas réglementé ; les sujets qui y sont traités, la périodicité de ses réunions sont laissés à l'appréciation des acteurs qui le composent. Enfin, son rôle est consultatif, dans le périmètre qu'il s'est donné, mais aussi dans la définition des Projets territoriaux de santé mentale [12].

Dans une circulaire de 2016, le Ministère de la santé a marqué son souhait de « *consolider et de généraliser [...] ces plateformes de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie, les usagers et les aidants* » [9] ; début 2018, la France comptait 192 CLSM actifs, dont 6 dans le Nord et 1 dans le Pas-de-Calais [13].

---

<sup>1</sup> Les sigles et acronymes, développés lors de leur première utilisation, sont repris dans une liste, p 34.

<sup>2</sup> La demande ne portait pas sur la santé mentale des migrants [1].

<https://www.google.com/search?q=La+sant%C3%A9+mentale+%C3%A0+Calais.+Migrants%2C+intervenants.+Des+constats+et+des+pr%C3%A9conisations+d%E2%80%99actions.+La+n%C3%A9cessit%C3%A9+d%27agir&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab>

<sup>3</sup> Les chiffres entre crochets renvoient aux références bibliographiques, p 38.

<sup>4</sup> De fait, Couty définit un dispositif assez complexe, et jamais appliqué, de groupements locaux de coordination pour la santé mentale (GLC), Groupements d'intérêt public, au sein desquels les CLSM définissent le plan d'action.

<sup>5</sup> Loi de modernisation de notre système de santé.

# Sources et méthodes

La réalisation de ce diagnostic a mobilisé des données de trois ordres.

## Les données médico-administratives

1. Les **données médico-administratives** ont été exploitées pour quantifier l'offre de soins, les files actives et les conduites suicidaires.

La **Statistique d'activité des établissements de santé (SAE)** [14] est issue d'une enquête annuelle des établissements portant sur les capacités (lits, places, services ...), les ressources humaines (médecins, infirmiers, psychologues ...) et l'activité (journées d'hospitalisation, actes ...). Le bordereau psychiatrie de la SAE permet de disposer de ces indicateurs, chaque année, au niveau de l'établissement, du département, de la région ou par type d'établissement (public, privé lucratif, Espic).

Le **Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RimP)** [15] a été mis en place en 2007 dans l'ensemble des établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie afin de décrire l'activité hospitalière d'un point de vue médico-économique, au même titre que les programmes médicalisés des systèmes d'information (PMSI) développés dans les champs de la médecine, chirurgie, obstétrique, des soins de suite et de réadaptation et de l'hospitalisation à domicile.

Le Rim-P comprend deux supports : le résumé par séquence (RPS) pour les séjours (hospitalisations à temps complet ou partiel, principalement), et le résumé d'activité ambulatoire (RAA) pour les consultations et soins externes. Les séjours sont décrits par date, durée, lieu, mode légal... ; les actes ambulatoires par date, type, mode légal, lieu, profession de l'intervenant ... Chaque patient se voyant attribuer un identifiant, il est possible de générer une base par individu (âge, sexe, lieu de résidence, diagnostics principal et associés, soins consommés ...)

Le **Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI)** en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) décrit l'ensemble des séjours dans ces services hospitaliers, avec les diagnostics présentés par les patients et leurs caractéristiques. C'est une source couramment employée pour décrire les tentatives de suicide prises en charge dans le système hospitalier [16-18], repérées par un diagnostic associé codé X60 à X84 de la Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> édition (Cim10).

Le **Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CepiDc)** est un service de l'Inserm ayant en charge la statistique de mortalité selon ses causes. Elle est établie à partir des certificats de décès établis par les médecins. Le site Internet du centre permet un accès direct à une statistique annuelle par cause et grande aire géographique (région, département, grande commune) [19]. Comme pour les séjours hospitaliers, ce sont les codes X60 à X84 de la Cim10 qui sont employés pour l'étude de la mortalité par suicide.

## Les rapports d'activité et les sites des services

2. Les **rapports d'activité et sites Internet** d'établissements et services du Calais ont été consultés en vue de décrire les ressources (humaines, matérielles ...), les formes d'intervention, le nombre de personnes présentant des troubles psychiques et/ou des addictions ...

## Les entretiens et groupes focaux

3. Des **entretiens individuels semi-structurés** et deux **groupes focaux**<sup>6</sup> ont été organisés avec des acteurs de la ville de Calais, sélectionnés par la Ville et la F2RSM Psy. Les entretiens ont été menés avec 7 personnes ; les groupes focaux, réunis le 8 novembre et 3 décembre 2018, ont touché respectivement 25 et 26 personnes (cf. Tableau 1). Au total, ce sont 34 acteurs calaisiens qui ont apporté une contribution à cette étude.

Outre la retranscription intégrale des échanges, les réponses à deux questions posées en fin de chacune des 2 séances ont été traitées.

Groupe focal 1 (8/11/2018)

---

<sup>6</sup> Les groupes focaux réunissent des experts du champ étudié (ici santé mentale et psychiatrie à Calais) en vue d'établir un état des lieux le plus consensuel possible. Ils s'inspirent de la méthode du groupe nominal [20].

1. Quels sont les 3 éléments de diagnostic les plus importants parmi ceux qui ont été énoncés lors de la réunion d'aujourd'hui ?
2. Y-a-t-il des éléments de diagnostic supplémentaires qui vous semblent devoir être soulignés (sur la situation de la santé mentale et de la psychiatrie à Calais) ?
  - Oui  Non
  - Si oui, lesquels ?

Groupe focal 2 (3/12/2018)

3. Parmi les éléments énoncés durant cette réunion, quelles sont les principales forces dont dispose le territoire de Calais pour répondre aux problèmes de santé mentale de sa population ?
4. Parmi les éléments énoncés durant cette réunion, quelles sont les principales faiblesses dont souffre le territoire de Calais pour répondre aux problèmes de santé mentale de sa population ?

À l'issue du 1<sup>er</sup> groupe focal, 26 participants ont apporté 79 réponses à la question 1 et 22 ont apporté 37 réponses à la question 2, dont 3 avec la mention « aucun ».

À l'issue du 2<sup>nd</sup> groupe focal, 21 participants ont formulé 46 réponses à la question 3 et 61 réponses à la question 4.

## L'offre sanitaire, médico-sociale et associative

L'offre est constituée d'acteurs mandatés spécifiquement dans le champ de la santé mentale et d'acteurs de 1<sup>re</sup> ligne intervenant auprès de populations présentant des troubles mentaux.

### Les établissements de santé autorisés en psychiatrie

Trois établissements de santé disposent d'une autorisation en psychiatrie : le centre hospitalier de la ville, la clinique du Virval et la clinique de postcure des Oyats.

#### L'offre publique

Le **Centre hospitalier de Calais** gère 2 secteurs de psychiatrie adulte (62Go1 et 62Go2) et le secteur de psychiatrie infantojuvénile 62Io1, correspondant à un bassin de population de 152 480 habitants (36 105 âgés de 0 à 16 ans et 116 375 de 17 ans ou plus).

Le primo-accueil des patients est réalisé au Centre médico-psychologique (CMP) ou au service des urgences, en situation de crise notamment.

En *psychiatrie adulte*, l'établissement a une capacité de 66 lits d'hospitalisation à temps complet, de 30 places d'hospitalisation de jour, de 7 places d'accueil en appartement thérapeutique et de 4 en placement familial thérapeutique. Les adultes relevant des 2 secteurs du Calais sont reçus au CMP, situé 64 rue verte à Calais.

Les adolescents sont suivis par le service de psychiatrie générale, et font l'objet d'une offre dédiée : un CMP et un hôpital de jour, ouvert en septembre 2018, tous 2 situés rue de Valmy à Calais.

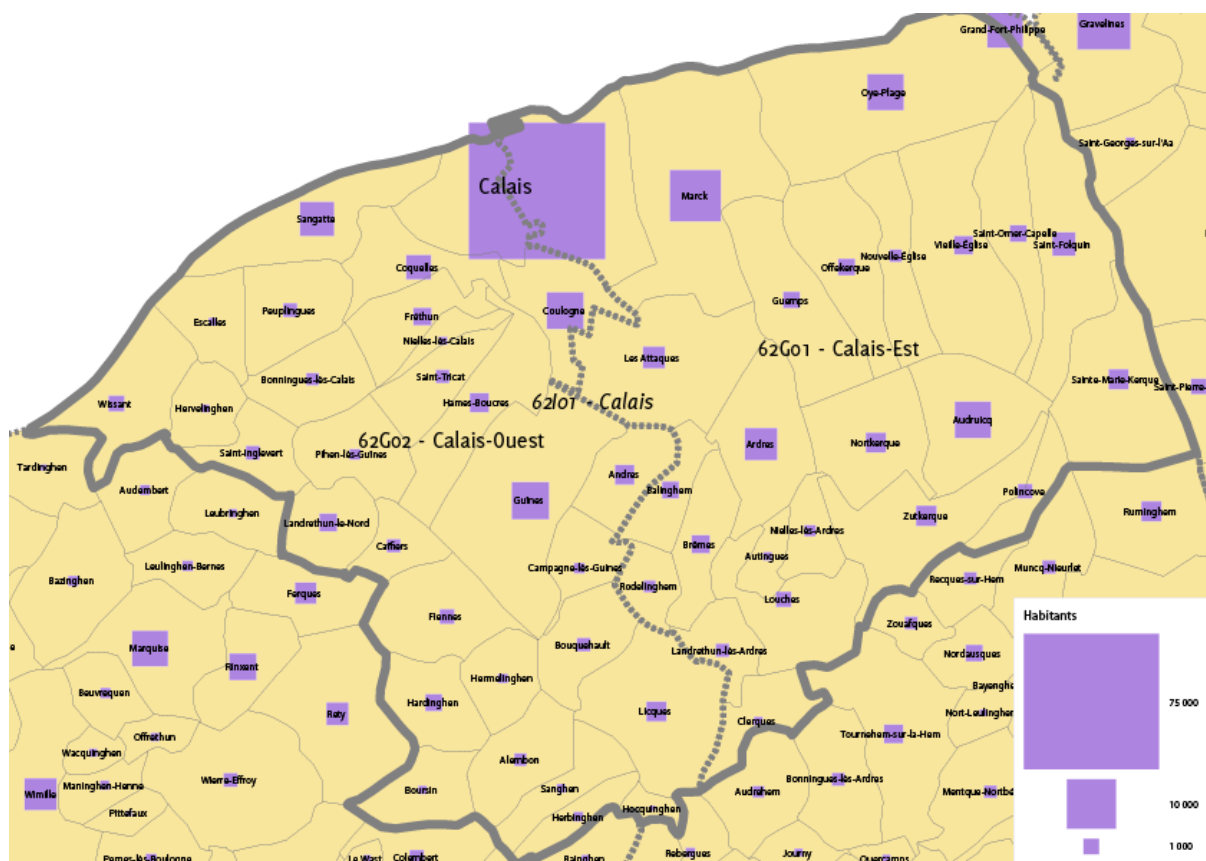
Pour la *psychiatrie infantojuvénile*, le Centre hospitalier de Calais ne dispose pas de lits ni de places d'hospitalisation à temps partiel ; l'unité de pédopsychiatrie est rattachée au pôle femme-mère-enfant. Elle prend en charge les enfants de 0 à 11 ans, au centre Mélanie Klein, 11 rue de Valmy à Calais. Celui-ci assure notamment la « *prise en charge précoce des troubles de la personnalité, la prévention des troubles psychoaffectifs du développement de l'enfant et la prévention de la dépression du post-partum* [et anime un] *groupe de parole de mères endeuillées* »<sup>7</sup>.

Quand elle s'impose, à partir de 15 ans et 3 mois, l'hospitalisation se déroule dans l'unité des 4 saisons, dotée d'une capacité de 9 lits

---

<sup>7</sup> <https://www.ch-calais.fr/offre-de-soins/pedopsychiatrie/>

Carte 1. Communes et secteurs de psychiatrie adulte (62G01 et 62G02) et infantojuvénile (62I01) du Calaisais. Nombre d'habitants des communes (2014).



Source : F2RSM Psy.

*Le fil de soi* est une des 5 Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) du Pas-de-Calais [21] ; composante du service de psychiatrie du Centre hospitalier de Calais, elle a été créée en 2014. L'EMPP a pour objectif d'améliorer la réponse aux besoins en santé mentale des publics en situation de précarité et d'exclusion :

- favoriser l'accès aux soins en identifiant les besoins non repérés ou non pris en charge ;
- développer un partenariat avec les acteurs sociaux ou médico-sociaux du secteur ;
- aller au-devant des personnes en situation de précarité/exclusion souffrant de troubles psychopathologiques afin de faciliter la prévention, le repérage précoce, l'identification des besoins, et si nécessaire l'orientation et l'accès au dispositif médico-social et psychiatrique de secteur.

L'EMPP intervient les après-midi, du lundi au vendredi ; elle est notamment présente, une fois par semaine, au centre du Chenal (cf. p 13), pour

*« assurer le repérage, l'accompagnement et la liaison en sortie d'hospitalisation ; une fiche de liaison a été travaillée avec le Chenal et Mahra-Le Toit pour pouvoir apporter une réponse aux demandes de soins psy de manière urgente, avec un contact téléphonique avec l'IDE psy des urgences ».*

Cette équipe est dotée d'une équipe pluridisciplinaire totalisant 1,8 Équivalents temps plein (ETP)<sup>8</sup> et a suivi 79 personnes en 2018, pour un total de 1101 actes<sup>9</sup>. L'EMPP a collaboré avec 19 organismes, tels que des services sociaux, de logement, d'hébergement, d'addictologie ...

<sup>8</sup> 0,1 ETP de médecin, 0,1 ETP de cadre de santé, de 1,4 ETP d'infirmier-e-s, de 0,1 ETP d'assistante sociale et de 0,1 ETP de psychologue

<sup>9</sup> Dont 439 en réunion pluridisciplinaire ou réseau, 237 entretiens téléphoniques, 191 entretiens infirmiers, 93 visites infirmières à domicile, 75 groupes thérapeutiques et 66 actes divers.

## L'offre sanitaire privée

Les **cliniques psychiatriques** du Virval et des Oyats sont des établissements privés de santé du groupe Clinipsy, situés rue André Trocmé à Calais.

La *clinique du Virval* dispose d'une autorisation de 60 lits d'hospitalisation à temps complet, de 30 places d'hospitalisation de jour (15 en psychiatrie adulte et 15 en psychiatrie infantojuvénile)<sup>10</sup>. La clinique cible les adultes présentant des « *troubles thymiques (dont bipolaires), anxio-névrotiques, addictifs, du comportement alimentaire, psychotiques (sans trouble grave du comportement), de la personnalité, liés au stress, psychosomatiques ou du sommeil ou encore des conduites suicidaires*<sup>11</sup> »

La clinique du Virval soigne également des jeunes de 15-25 ans présentant « *des troubles des conduites alimentaires (essentiellement l'anorexie mentale et la boulimie), une dépression de l'adolescence, des autres pathologies traduisant le plus souvent une souffrance psychologique aigue réactionnelle à des traumatismes physiques et/ou psychologiques (une place est faite pour les sujets victimes de situations d'agressions), des troubles addictifs en comorbidité, des états limites de l'adolescence, des situations de crise suicidaire et les équivalents suicidaires* »<sup>12</sup> ; l'établissement déclare par ailleurs contribuer au « *dépistage et traitement des états prépsychotiques* »<sup>13</sup>.

La *clinique des Oyats* est quant à elle un centre de postcure psychiatrique, d'une capacité de 50 lits d'hospitalisation à temps complet pour des patients de plus de 16 ans « *présentant les caractéristiques cumulatives suivantes* :

- *patients qui, souffrant de troubles psychiatriques sévères, tout en se situant dans un état stabilisé après une hospitalisation psychiatrique, ont besoin d'une poursuite de soins psychiatriques afin de pouvoir consolider cet état ;*
- *dont la pathologie a entraîné des troubles sévères de l'adaptation psychosociale et/ou socioprofessionnelle ;*
- *dont les capacités physiques et psychiques ne contre-indiquent pas l'inscription dans un programme actif de soin de réhabilitation destiné à restaurer des liens sociaux et de préparer l'autonomie du patient (ce qui exclut par exemple certains troubles comportementaux, les évolutions démentielles caractérisées, certains troubles mentaux organiques, ...)*<sup>14</sup>.

Tableau 1. Indicateurs de capacité des services de psychiatrie à Calais.

Établissement	Centre hospitalier Calais	Clinique du Virval	Clinique des Oyats
Lits d'hospitalisation à temps complet	66	80 <sup>15</sup>	
Places d'hospitalisation de jour	30	15	
Places d'accueil en appartement thérapeutique	7	-	
Places en accueil familial thérapeutique	4	-	
Places de postcure	-	-	50
CMP	3 <sup>16</sup>	-	-
CATTP	2	-	-
Équipe mobile psychiatrie précarité	1	-	-

<sup>10</sup> En 2016, la clinique déclare cependant avoir accueilli 22 patients en moyenne par jour ouvré.

<sup>11</sup> <http://www.cliniqueduvirval.fr/psychiatrique/maladies/prise-en-charge-adulte.php>

<sup>12</sup> <http://www.cliniqueduvirval.fr/psychiatrique/maladies/prise-en-charge-adolescence.php>

<sup>13</sup> Idem.

<sup>14</sup> [http://www.cliniquelesoyats.fr/type\\_pathologie.php](http://www.cliniquelesoyats.fr/type_pathologie.php)

<sup>15</sup> 80 places installées, pour 60 autorisées, dont 15 en psychiatrie infantojuvénile.

<sup>16</sup> NB : les 3 CMP n'occupent que 2 immeubles distincts : l'un -64, rue Verte- pour les adultes relevant des secteurs de Calais-Ouest et de Calais-Est et l'autre pour les enfants, d'une part, les adolescents, d'autre part, 11 rue de Valmy.

## Indicateurs d'activité

3 000 habitants de Calais sont pris en charge dans un service de psychiatrie en 2017, soit **3,9% de la population calaisienne**. Ce taux est supérieur à celui enregistré en 2015 dans le Pas-de-Calais (3,7%) et dans les Hauts-de-France (3,3%) [22].

Les services de psychiatrie de Calais ont pris en charge 5 790 personnes en 2017, dont 2 840 résidant à Calais.

Dans les services de psychiatrie du Centre hospitalier de Calais, près de 9 patients sur 10 sont pris en charge exclusivement en ambulatoire (cf. Tableau 1).

Tableau 2. Indicateurs d'activité des services de psychiatrie de Calais. 2017.

Établissement	Centre hospitalier Calais	Clinique du Virval	Clinique des Oyats
Patients	4 571	1 081	140
Patients pris en charge exclusivement en ambulatoire	3 930 (86%)	-	-
Nombre d'actes ambulatoires*	51 356		
Séjours hospitaliers temps plein	965	1 166	165
Journées d'hospitalisation à temps plein	19 368	28 594	-
Journées d'accueil postcure	-	-	14 322
Venues en hospitalisation de jour	5 407	8 186	-

Source : RimP et SAE 2017. Traitement : F2RSM Psy.

\* dont 32 735 en CMP, 7 345 en CATT, 4 530 au domicile du patient, 5 862 en unité d'hospitalisation somatique (y compris urgences) et 884 en établissement médico-social, scolaire ou PMI).

Les patients des établissements publics et privés ne sont pas toujours les mêmes ; seul le service public hospitalier a en charge les patients arrivant aux urgences ou soignés sans consentement, à la demande d'un tiers ou d'un représentant de l'État. Il a par ailleurs, comme son nom l'évoque, obligation de service public, c'est-à-dire de soigner toutes les personnes résidant dans les secteurs de psychiatrie relevant de l'établissement. Enfin, le reste à charge en clinique privée de court séjour contribue également à une certaine sélection de la patientèle.

Les taux de prise en charge psychiatrique varient beaucoup selon l'âge et le sexe (cf. Figure 1).

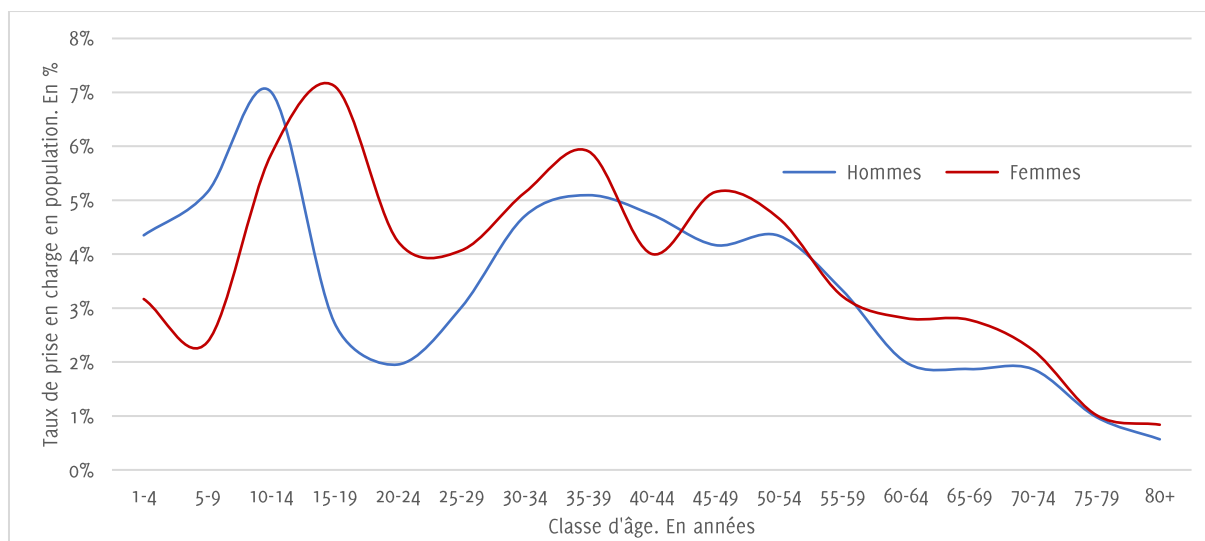
Chez les femmes, proportionnellement plus suivies que les hommes (4,1% vs 3,8%), on observe un pic chez les adolescentes de 15-19 ans, correspondant pour partie aux tentatives de suicide, très nombreuses chez elles. Un 2<sup>e</sup> pic est observé à 35-39 ans (5,9%) et un 3<sup>e</sup> à 50-54 ans (4,7%).

Chez les hommes, ce sont les 10-14 ans qui connaissent le plus fort taux de prise en charge (7,0%), il connaît ensuite, jusqu'à 20-24 ans, une forte baisse : dans cette classe d'âge, seuls 2,0% des hommes sont suivis en service de psychiatrie.

À partir de 60 ans, les taux passent en-dessous des 3%, tant chez les hommes que chez les femmes, et baissent régulièrement avec l'avancée en âge (sauf chez les hommes de 90 ans et plus, très peu nombreux cependant).



Figure 1. Part de la population calaisienne prise en charge en service de psychiatrie selon âge sexe. 2017. N=3 000)



Source : Rimp 2017. Traitement : F2RSM Psy.

Exemple de lecture : 7,0% des garçons calaisiens de 10-14 ans sont pris en charge en service de psychiatrie en 2017.

[Rimp 2017 Calais\PEC 2017 Calais.xlsx](#) Age

### Personnes âgées

Dans le diagnostic sur la psychogériatrie établi dans le cadre de la Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (Maia) du Calais [23], les auteures ont recensé l'offre médico-sociale et sanitaire pour personnes âgées : 1 service de Soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisé dans les affections des personnes âgées poly-pathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance (30 lits), 1 Unité de soins de longue durée (USLD, 30 lits), 1 service de court séjour gériatrique (30 lits), 11 Ehpad (dont 3 à Calais), 12 Services d'aide, d'accompagnement, de soins à domicile (dont 4 à Calais), 2 services ou cliniques de psychiatrie constituent cette offre. Il n'existe cependant pas d'unité spécialisée en psychogériatrie.

Parmi les points forts relevés, sont remarqués :

- « le travail de liaison du service de psychiatrie du Centre hospitalier (mais non formalisé) avec les Ehpad et les foyers-logement de secteur » ;
- « la mise en œuvre d'un protocole senior avec évaluation trimestrielle de la procédure et d'une consultation de préadmission pour tout patient de plus de 65 ans », à la clinique du Virval ;
- « la mise en œuvre, pour certains SSIAD, de formations orientées vers la psychiatrie ».

Les points faibles relevés étaient l'absence de gériatres et de neuropsychologues dans les établissements/services de psychiatrie et l'absence de psychiatres dans les Ehpad. Dans ce même rapport, les auteurs soulignaient les multiples partenariats entre les SSIAD et le Centre hospitalier (consultations mémoire, service de gériatrie, service de psychiatrie), le réseau Passerelles<sup>17</sup>, l'Adis ou encore la Maison de l'autonomie du Calais et les intervenants, tout en déplorant « une lisibilité inexistante de l'offre auprès des professionnels de la psychogériatrie » [23].

Les personnes âgées ont assez peu été évoquées durant les groupes focaux (mais les établissements les accueillant n'étaient pas représentés). L'isolement et la dépression de certaines d'entre elles ont cependant été évoqués, de même que la situation d'adultes de moins de 60 ans « atteints de troubles neurologiques » non pris en charge pour une question d'âge [réunion CLS 27/06/2017].

## L'offre médico-sociale spécifique au handicap psychique

Bon nombre d'établissements et services sociaux ou médico-sociaux sont concernés par l'accueil, le suivi ou l'hébergement de personnes porteuses d'un handicap psychique (consécutif de leur trouble mental). Or, si ce type de handicap a fait l'objet d'une reconnaissance officielle dans la Loi du 11 février

<sup>17</sup> Passerelles est un réseau de soins palliatifs.

2005 [24], les agréments de l'Agence régionale de santé ne distinguent que le handicap des enfants et celui des adultes, sans précision sur la nature de celui-ci (mental, physique, psychique ...)

### Les services d'accompagnement et de logement de La Vie active

**La Vie active**<sup>18</sup> gère un dispositif spécifique pour des adultes porteurs d'un handicap psychique dans le Calais : un Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah), un Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et une résidence accueil. Elle a par ailleurs la gestion de 2 services-relais, en direction d'organismes partenaires prenant en charge ces mêmes publics et des adultes porteurs de Troubles envahissants du développement (Ted).

Financé par le Conseil départemental, le **SAVS** a une fonction d'accompagnement à la vie sociale, en vue de maintenir ou rétablir les liens familiaux, sociaux, professionnels ... de la personne porteuse de handicap. Il vise à son maintien en milieu ouvert et à l'autonomie.

Co-financé par l'ARS et le Conseil départemental, le **Samsah** géré par La Vie active à Calais s'adresse à des adultes de 20 à 60 ans<sup>19</sup> en situation de handicap reconnu par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), en mesure de vivre à leur domicile. Le Samsah leur apporte une aide dans la gestion de la vie quotidienne, de la santé, du logement, des loisirs ... L'agrément de l'ARS porte sur le handicap psychique, lié à une pathologie psychiatrique et/ou une déficience mentale. L'intervention du Samsah vise par ailleurs le suivi médical, para-médical et socio-éducatif, condition de la réalisation du projet de vie en milieu ordinaire ; elle cible également les aidants naturels. Il est doté de personnels médicaux et para-médicaux.

Le Samsah apporte une aide dans les différents aspects de la vie des personnes accompagnées : santé, logement, hygiène, budget, insertion, parentalité ..., en lien avec les acteurs spécialisés de ces domaines. Pour la santé, la psychiatrie, publique et privée, les médecins généralistes, les infirmiers et les pharmaciens sont des partenaires déclarés du service.

L'ARS et le Conseil départemental du Pas-de-Calais financent 2 **Samsah relais handicap psychique** dans le Pas-de-Calais ; le Cheval bleu à Bully-les-Mines, couvre l'est du département, la Vie active le Calais, le Boulonnais, le Montreuillois et l'Audomarois. Ces services ont pour objectif d'aider les Établissements et services médico-sociaux (ESMS) confrontés à des situations complexes, par l'analyse de l'environnement des personnes concernées, l'aide à la définition conjointe du projet de prise en charge. Le Samsah relais de Calais est également amené à répondre à des interpellations de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), par l'intermédiaire du psychiatre du service, pour étayer les orientations qu'elle a à prononcer.

### **Statistiques du service**

Les différents services décrits, dotés de 11 ETP, déclarent une file active globale de 39 personnes, alors que 60 personnes figureraient sur liste d'attente.

## Autres établissements et services sociaux et médico-sociaux

Il serait vain de vouloir décrire l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux intervenant dans l'aide à des personnes touchées entre autres par des difficultés d'ordre psychique. Nombreux sont ceux qui décrivent à l'entretien des problèmes de cet ordre, sans qu'il soit toujours aisé d'apprécier la part de leurs « files actives » concernée et la nature précise des troubles présentés (hormis pour les addictions). Toutefois, les partenaires de ce secteur expriment de franches difficultés face à la santé mentale des usagers : la connaissance des troubles, la difficulté de produire une réponse adaptée, d'orienter ...

### L'Association familiale de parents et amis de personnes handicapées mentales (Afapei) du Calais

L'Afapei du Calais, association locale des Papillons blancs a été créée par des parents d'enfants présentant des déficiences intellectuelles en 1961. Elle défend des valeurs de respect, de solidarité et

---

<sup>18</sup> Créée en 1964, l'Association laïque pour l'éducation et la formation professionnelle de la jeunesse devient, en 1988, la Vie active, dont le siège social est situé à Arras. Elle gère 90 établissements et services sociaux et médico-sociaux (ou antennes), principalement dans le Pas-de-Calais, dans les domaines social, du travail, et en direction des enfants, des adultes handicapés et des personnes âgées, avec environ 4000 salariés, dont 1000 travailleurs. Source : <http://vieactive.fr/>

<sup>19</sup> Il n'y a pas de limite d'âge si la personne a été reconnue en situation de handicap avant 60 ans.



de citoyenneté<sup>20</sup> et gère 12 établissements ou services, pour enfants ou adultes, totalisant 736 places, ainsi que 3 services d'aide aux aidants, animés par des bénévoles de l'association. Sans gérer d'établissement ou service spécifique au handicap psychique, l'Afapei déclare avoir toujours pris en charge des personnes en étant porteuses, les troubles évoqués étant les « *troubles du comportement, anxio-dépressifs et schizophréniques, en lien avec des conduites addictives* » [cadre], et ce dans l'ensemble de ses services.

L'association n'est pas fermée à l'idée de créer des services spécifiques, comme un Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (Itep), dont le manque est ressenti dans le Calaisis, sous réserve d'avoir « *les moyens de bien faire les choses* » [cadre] et « *pas n'importe comment* » [directeur].

### Mahra. Le Toit

La Maison d'accueil, d'hébergement, de réinsertion et d'accompagnement (Mahra, Le Toit)<sup>21</sup> est une association créée en 1974 gérant des établissements et services d'accompagnement, de logement et d'insertion, dans l'Audomarois et le Calaisis. Son siège social est situé à Longuenesse.

Le Pôle accueil-hébergement du Calais est constitué :

- d'un service de veille sociale, composé d'un Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO), d'un centre d'accueil de jour, d'un samu social et d'un centre d'accueil d'urgence (renforcé en période hivernale)
- d'un service d'hébergement, composé du centre d'hébergement Le Chenal (21 places d'urgence, 24 places de stabilisation et 8 places-lits haltes soins santé), et du Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) Charles Gide, disposant de 42 places d'accueil (21 places en structure collective et 21 places dans 5 appartements externes).

Dans son rapport d'activité pour 2017 [25], l'association évoque à plusieurs reprises les questions de santé mentale. Le service de veille sociale est par exemple amené à prendre en charge des personnes connaissant des « *problématiques addictives non stabilisées ou non soignées, des pathologies psychiatriques* ». Parmi les 40 pathologies décrites chez les 20 bénéficiaires des lits haltes soins santé, 11 relèvent des addictions et 7 des troubles mentaux ; la complexité des situations avec des « *troubles sous-jacents non diagnostiqués* » est soulignée [p 212]. Parmi les personnes prises en charge en CHRS, la « *souffrance psychique est également à noter* » [p 215], alors que les consommations de produits stupéfiants sont récurrentes parmi les 51 personnes accueillies en hébergement d'urgence.

La psychologue de l'association mène une action dans les différents services, en direction des personnels et des personnes prises en charge ; parmi celles-ci, la dépendance alcoolique semble particulièrement fréquente, et les troubles mentaux seraient en augmentation (troubles psychotiques, syndrome de Diogène ...) L'incurie serait fréquente, surtout chez les personnes âgées alcoolodépendantes [p 216]. Chez les jeunes, le cannabis est plus décrit que l'alcool.

L'infirmière du CHRS souligne également l'incurie et le défaut de soins chez un « *public marginalisé, au parcours de vie complexe, pour qui la santé n'est pas une priorité* » chez qui « *il sera fréquent d'être confronté à des situations d'incurie, aux pathologies liées aux addictions, au manque d'hygiène dans un contexte de grande fragilité psychologique* » [p 217]. En 2017, 27% des 135 dossiers ouverts par l'infirmière décrivaient des troubles psychiatriques et 35% des addictions [p 218].

Au sein du Pôle insertion par le logement, 88% des personnes accueillies (122 dans l'Audomarois et 41 dans le Calaisis) avaient des traitements médicaux lourds, avec des antécédents psychiatriques ou addictifs. Au centre d'hébergement du Chenal, « *les pathologies psychiatriques et les troubles du comportement* » concernaient 70% de la population accueillie et les addictions 65% (avec de fréquentes comorbidités).

Au sein du centre d'hébergement d'urgence, sur les 101 personnes accueillies, 33 présentaient une « *souffrance psychique* » et 1 des « *troubles du comportement* » [p 77] ; enfin, parmi les 68 personnes accueillies en hébergement d'insertion 26 présentaient une addiction et 12 une souffrance psychique [p 90].

Sur les 2785 demandes reçues par le SIAO, 1 seule émanait d'un service de psychiatrie [p 20], alors que les sorties d'hospitalisation psychiatrique concernaient 6 des 599 personnes accompagnées par le Samu social [p 34] et 3 des 134 personnes hébergées en urgence [p 41].

<sup>20</sup> Site de l'Afapei <https://www.afapei.org/index.php/association/valeurs>

<sup>21</sup> Site de Mahra. Le Toit <http://mahra-letoit.fr/>

## Association pour le développement des initiatives en santé (Adis)

L'Adis est une association créée en 1991 à Dunkerque, à son origine dédiée exclusivement à la lutte contre le sida. Son champ d'intervention couvre désormais un champ plus large (malades chroniques, publics en précarité ...) dans les arrondissements de Dunkerque, Calais, Boulogne-sur-Mer et Arras.. L'association gère :

- un service de prévention et de réduction des risques
- un service de promotion de la santé de publics vulnérables
- un service d'hébergement en appartements de coordination thérapeutique (ACT) pour des personnes atteintes de pathologies chroniques (maladie infectieuse, cancer, diabète, ...) avec comorbidités telles que addictions ou troubles mentaux.
- un Service d'Accompagnement pluridisciplinaire à domicile (SAD) dans le Calaisis
- un véhicule de consultation aménagé
- un service d'appartement de transition thérapeutique pour des personnes sortant d'incarcération, à Calais.

En 2017, l'équipe de l'Adis était constituée de 18 salariés, dont 5 éducateurs, 2 médecins, 2 psychologues et 2 infirmières.

*« Depuis sa création, l'Adis s'engage à lutter contre toutes discriminations envers les personnes touchées par le VIH, VHC et même si ses missions ont évolué, l'écoute, le respect, le non jugement, l'accompagnement de toute personne accueillie quelle que soit sa situation sont au cœur du projet institutionnel ».*<sup>22</sup>

D'autres ESMS ont des publics touchés par les troubles mentaux et le handicap psychique, dans des proportions variables et inconnues, faute de système d'information adéquat ; plusieurs organismes non spécifiques nous ont signalé leur ouverture pour créer des unités plus spécialisées, sous réserve d'un financement, d'un personnel et d'une formation *ad hoc*.

## Les associations de familles et de patients

La création des Groupes d'entraide mutuelle (Gem) est inscrite dans la Loi du 11 février 2005 sur les droits des personnes handicapées [24] ; elle reconnaît la capacité des personnes à s'apporter une aide et un soutien réciproques, en s'appuyant sur les compétences liées à l'expérience de la maladie et des soins. Les Gem sont administrés par les usagers, mais sont aidés par un organisme qui les parraine.

Le **Gem Les portes ouvertes** a été créé en 2011 ; il est financé par l'ARS depuis 2014 et parrainé par la Vie active. En 2018, une quarantaine de personnes sont accompagnées, dont 20 ont adhéré à l'association. Des conventions ont été signées avec La ligue de l'Enseignement du Pas-de-Calais, les Anges Gardins<sup>23</sup>, l'écopôle alimentaire<sup>24</sup>, l'association Jannat<sup>25</sup>, le pôle santé de Calais et la clinique des Oyats.

L'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (**Unafam**) représente les familles et leurs proches en souffrance, défend leurs intérêts.

Elle mène des actions en direction des familles : accueil, information, accompagnement dans les démarches, reconnaissance du rôle d'aidant, soutien par des groupes de parole. L'Unafam est présente dans les instances, les établissements de santé et organismes qui œuvrent dans le champ du handicap psychique.

Dans ce chapitre, il est possible de citer également le service d'aide aux aidants de personnes touchées par un handicap, mis en place par des parents bénévoles de l'Afapei du Calaisis et consistant en un accueil téléphonique confidentiel<sup>26</sup>.

<sup>22</sup> <http://www.asso-adis.com/lassociation-historique-10-11-c2.html>

<sup>23</sup> <https://horizontalimentaire.fr/angesgardins>

<sup>24</sup> <https://horizontalimentaire.fr/ambassade/ambassadeurs/sites/lecop-le-alimentaire-de-la-r-gion-daudruicq>

<sup>25</sup> <http://associationjannat.blogspot.com/>

<sup>26</sup> <https://www.afapei.org/index.php/services-aux-familles/service-ecoute>

# Le dispositif addictologique et les conduites addictives

Deux centres de soins et un centre d'accueil à bas seuil

Deux organismes gèrent des services d'addictologie à Calais.

## **Les services gérés par ABCD<sup>27</sup>**

L'association ABCD gère le Centre de soins, d'accueil et de prévention en addictologie (Csapa) **l'Envol**, 231, boulevard Lafayette, qui assure « *l'accueil, l'information, la prise en charge et/ou l'orientation de toute personne confrontée ou en questionnement face à une situation d'addiction avec ou sans produit* »<sup>28</sup>. Dans son rapport d'activité pour l'année 2017 [26] p 49, l'Envol déclare les effectifs suivants :

- 252 suivis psycho-socio-éducatifs
- 96 accompagnements dans l'unité Traitements de substitution aux opiacés (TSO), avec 42 sevrages
- 22 usagers reçus dans la Consultation jeunes consommateurs

Au total, 348 personnes ont été accompagnées, dont 128 nouvelles.

Treize personnes composaient l'équipe en 2017, pour 6,5 Équivalents temps plein (ETP), parmi lesquels 1,4 ETP de psychologue, 3,5 ETP de travailleurs sociaux et 0,3 ETP de médecin. Le Centre hospitalier (service de psychiatrie) met par ailleurs 1 ETP infirmier à disposition pour la délivrance de la méthadone et le suivi des patients.

ABCD gère également le Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud), **Pazapa**, 14/16 rue Cadras. Ce service va au-devant des publics consommateurs lors de maraudes (64 en 2017 à Calais, ayant donné lieu à 141 contacts et 36 suivis) [26], durant des événements festifs (3 dans l'agglomération calaisienne) ou reçoit des personnes dans son local (902 passages et 70 suivis). Outre l'accueil, le lien et le suivi, l'activité d'un Caarud comprend également une remise de matériel de réduction des risques, comme les pailles de snif (2340 en 2017), les seringues (3098), les kits comprenant du matériel pour 2 injections et 1 préservatif (579), des préservatifs masculins (1794) ou féminins (713). Le personnel dédié à ce service comprend 6 professionnels, pour 4,6 ETP, dont 2 ETP infirmiers.

Il est à noter que les services d'addictologie d'ABCD à Calais n'évoquent pas de problématique psychiatrique dans leur rapport d'activité [26], ni ne citent de partenaires dans ce champ-là, bien qu'une infirmière détachée du service de psychiatrie y travaille (cf. supra).

## **Le service Émeraude du Centre hospitalier de Calais**

L'unité d'addictologie du Centre hospitalier de Calais est rattachée au pôle médecine-gériatrie de l'établissement ; elle a été créée en 2007 et comprend un Csapa, nommé **Émeraude**, situé au 64 rue verte, où sont proposés accueil, accompagnement, sevrage, prescription et suivi des traitements médicamenteux<sup>29</sup>, ainsi qu'une Équipe hospitalière de liaison en addictologie (Ehla), qui intervient auprès de patients hospitalisés dans différents services pour complications, intoxication aiguë ou souhaitant engager un sevrage<sup>30</sup>.

## **Des conduites addictives très répandues**

Dans son diagnostic sur la santé à Calais en 2012, l'Observatoire régional de la santé soulignait la forte surmortalité « *associée aux comportements à risque, notamment à la consommation d'alcool, et une surmortalité aux pathologies associées (cancers, pathologies de l'appareil circulatoire* » [27].

Le recours aux traitements de substitution aux opiacés (buprénorphine ou méthadone) constitue un proxy acceptable de l'usage d'héroïne, passé ou présent ; en 2013, 776 personnes résidant dans le Calaisis y recouraient. Le taux de recours à ces molécules y était supérieur à la moyenne régionale ; les utilisateurs étaient surtout des hommes jeunes (les trentenaires étaient les plus nombreux) [28]. En 2015, le nombre de leurs bénéficiaires était de 723, soit 0,47% de la population du Calaisis, niveau proche de celui du Pas-de-Calais (0,51%) mais très supérieur à celui des Hauts-de-France (0,34%). Ces

<sup>27</sup> Aide bénévole contre la drogue.

<sup>28</sup> <https://abcd.asso.fr/pole-sante/le-csapa-de-calais>

<sup>29</sup> <https://www.ch-calais.fr/offre-de-soins/addictologie/csapa-centre-de-soins-daccompagnement-de-prevention-addictologie/>

<sup>30</sup> <https://www.ch-calais.fr/offre-de-soins/addictologie/ehla-equipe-hospitaliere-de-liaison-addictologie/>

niveaux de recours sont beaucoup plus élevés chez les hommes : dans le Calais, 0,76% des hommes et 0,20% des femmes ont connu une prescription de TSO en 2015.

Parmi les 79 items énoncés à l'issue du 1<sup>er</sup> groupe focal, 9 portaient sur les addictions, soit le 4<sup>e</sup> thème, par ordre d'importance. Le recours abusif à l'alcool et/ou aux drogues a été souligné par plusieurs participants, dont certains parlent de comorbidité (troubles mentaux et addictifs).

*« Nos patients anxio-dépressifs ont souvent des comorbidités addictives » [directeur].*

*« Nous confirmons la comorbidité des patients [...], avec l'alcool surtout. Notre difficulté est d'accompagner la personne pour qu'elle aille jusqu'au bout de son projet d'autonomie. On travaillait avec l'équipe du Csapa et on pouvait lui orienter des patients concernés par les addictions » [directrice].*

*« Les comorbidités addictions – troubles mentaux sont très fréquentes » [psychiatre].*

*« La prise en charge médicale a pour objectif de créer du lien, aider au sevrage et soutenir le maintien de l'abstinence. Le Centre assure la prescription et le suivi des traitements médicamenteux et substituts nicotiques. Le médecin recherche les facteurs de vulnérabilité individuelle, de dysfonctionnements familiaux, de difficultés sociales et les comorbidités somatiques et psychiatriques. Dans ce cas, un travail est mené avec les psychiatres de l'établissement » [rapport d'activité Émeraude].*

Les prises en charge peuvent dans ce cas être « très compliquées ». Alors que la Ville de Calais s'engage dans un programme financé par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca)<sup>31</sup>, les addictions sont évoquées dans différents lieux de prise en charge : services de psychiatrie, cliniques, secteur médico-social ... ou lieux de vie (logements sociaux)

*« Précarité, manque d'emploi. On n'a pas de difficultés à entrer dans nos résidences, mais on observe des incivilités liées aux pratiques addictives. La vie sociale est parfois liée à la résidence et aux pratiques addictives. Dégradations conséquentes, troubles. Démarrage très jeune. Reproduction des difficultés. C'est inquiétant. Il y a une insuffisance de vie sociale « classique » [bailleur social].*

Le démarrage serait précoce et les consommations banalisées.

*« Oui [la consommation de drogue] est un facteur de vulnérabilité [aux troubles mentaux]. Chez les gamins pris en charge, il y a tous les facteurs de vulnérabilité ; le passage aux addictions, qui commence très tôt au collège, le cannabis suffit pour décompenser une psychose (il n'y a pas besoin de s'injecter de l'héroïne) » [psychiatre].*

## Médecins généralistes, psychiatres et psychologues

Les professions libérales sont en première ligne dans la prise en charge des personnes ayant des troubles mentaux.

C'est notamment le cas des **médecins généralistes**, à l'origine de plus de 9 prescriptions de médicaments psychotropes sur 10 [29] ; en 2016 à Calais, 65 omnipraticiens ont un exercice libéral, 46 sont salariés et 7 ont un exercice mixte. La densité en médecins généralistes libéraux est plus faible à Calais (85 pour 100 000 habitants) qu'en moyenne régionale (92 pour 100 000).

Début 2019 :

- 6 **psychiatres** exercent au Centre hospitalier de Calais, dont 1 à temps plein dans le service de psychiatrie infantojuvénile et 5 en psychiatrie adulte ou de l'adolescent, pour 4,4 ETP<sup>32</sup> ;
- 14 psychiatres ont une activité libérale, exclusivement en cabinet de ville, ou dans une des 2 cliniques privées de Calais. L'offre en cabinet représente 5,0 ETP et le travail en clinique 4,2 ETP<sup>33</sup>.

<sup>31</sup> La convention de partenariat relative à ce programme a été signée par le Président de la Mildeca et la Maire de Calais le 17 octobre 2018.

<sup>32</sup> Parmi eux, un psychiatre était en arrêt-maladie pour longue durée en janvier 2019.

<sup>33</sup> Certains psychiatres libéraux ont une activité secondaire hors du Calaisis.

Dans le public comme dans le privé, les psychiatres ont souvent une activité mixte : hospitalière et libérale, ou libérale dans différents endroits. Dans les cliniques, des psychiatres ont à la fois un exercice auprès des patients hospitalisés et dans un cabinet loué à l'établissement dans son enceinte.

L'offre psychiatrique est importante du fait de la présence de 2 cliniques privées dans la commune, mais 2 écueils la caractérisent :

- la lisibilité de l'offre libérale est complexe, car le temps des praticiens est le plus souvent partagé : cabinet en ville, cabinet sur le site d'une clinique et exercice dans la clinique (patients hospitalisés) ;
- le turn-over est important ; nombreux sont les psychiatres qui ont quitté le Centre hospitalier durant les dernières années.

Les **psychologues** sont au nombre de 55 à Calais (chiffre 2018), dont 50 salariés, 4 libéraux et 1 d'exercice mixte.

En 2017, les services de psychiatrie du Centre hospitalier disposaient d'un effectif de 147 agents (en ETP), dont 98 infirmier-e-s ; la clinique du Virval employait quant à elle 57 ETP, dont 32 infirmier-e-s.

### De grandes insuffisances ressenties

L'insuffisante démographie médicale est ancienne à Calais ; pour les acteurs associés au diagnostic, elle touche à la fois les généralistes libéraux et les établissements, qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux. Pour la Maire de Calais,

*« Il en va de même pour l'épineuse question de la démographie médicale qui, à l'image de nombreux territoires français, est préoccupante à Calais et dans le Calaisis. En effet, le diagnostic réalisé en 2017 met en lumière une pénurie de médecins généralistes qui ne sera pas résorbée avant 2025 au plus tôt. Le médecin généraliste étant au centre du parcours de soin, c'est le fonctionnement global qui est mis à mal. De nombreuses spécialités sont en souffrance notamment en pédiatrie, en ophtalmologie, en psychiatrie, en orthophonie, en cardiologie et en pneumologie » [États généraux de la santé à Calais, 15/11/2018].*

La Ville de Calais a donc entrepris des travaux concertés avec le milieu libéral et institutionnel, permettant de traiter de la problématique de la démographie médicale : les États Généraux de la Santé, réunis pour la première fois le 15 novembre 2018.

En psychiatrie publique, l'effectif est particulièrement faible pour couvrir une population d'environ 38 000 enfants de 0-16 ans (secteur de psychiatrie infanto-juvénile 62l01) et de 122 000 personnes de 17 ans et plus (secteurs de psychiatrie générale 62G01 et 62G02) (cf. Carte 1, p 8). Au Centre hospitalier de Calais, l'addictologie semble également en difficulté avec le départ en retraite de son chef de service, en décembre 2018.

*« Que faire après le départ en retraite de l'addictologue du Centre hospitalier, en décembre ? » s'interroge son collègue, qui ajoute : « Il y a urgence absolue » [médecin]. Un autre encore : « Je m'inquiète de la fragilité de la psychiatrie d'une manière générale à Calais, en raison des difficultés de recrutement et d'une demande importante »<sup>34</sup>.*

Comme le Centre hospitalier, des établissements médico-sociaux peinent à pourvoir leurs postes médicaux : « Je recherche un psychiatre (0,1 ETP) que je ne trouve pas sur le territoire » [cheffe de service éducatif]. Le Samsah, l'Adis et ABCD ont signalé ces difficultés.

En médecine libérale, Calais n'appartient pas aux zones « fragiles » ou « en difficulté » telles que définies par l'ARS [30] ; pour autant, outre la Maire, différents professionnels ont fait part de difficultés d'accès aux omnipraticiens.

*« On ne trouve pas de médecin pour une personne que l'on suit et que l'on souhaite réintégrer dans un parcours de soin » [service tuteur] ; situation à laquelle la Mairie répond « Des cas comme ça nous arrivent tous les jours » [cadre communale].*

La pénurie de généralistes amène la Caisse primaire d'assurance-maladie à mettre en œuvre des procédures simplifiées.

---

<sup>34</sup> Voix du Nord, 30/11/2018.

« La CPAM travaille avec la quasi-totalité des organismes présents aujourd’hui<sup>35</sup> et on essaye de leur simplifier la tâche, avec des circuits prioritaires, des délégués sociaux de l’assurance-maladie [...] Un appel au médiateur peut être fait en cas de difficulté d’accès au médecin traitant pour consulter un spécialiste [...] Nous aidons (quelques dizaines de cas par an) à l’accès aux soins psychologiques privés, notamment lorsqu’il n’y a pas eu d’entente avec le professionnel du service public » [cadre assurance-maladie].

Dans ce contexte, les médecins généralistes ne sont pas tous décidés à prendre en charge des personnes présentant des troubles mentaux, mais une prise en charge concertée peut lever les appréhensions ou les refus.

« Le plus difficile, c’est de trouver le médecin traitant. Quand on lui explique bien, ça va, mais certains médecins ne sont pas enclins à faire de la psy [cadre de santé].

## De multiples coopérations

Très divers dans leurs objets, plusieurs dispositifs, réglementés ou non, amènent des professionnels à échanger sur la santé mentale et ses déterminants.

### Contrat local de santé

Signé en 2012 par les représentants de la Ville de Calais, de l’État (Sous-Préfecture et ARS) et de la CPAM, le Contrat local de santé (CLS) se propose d’être un « *outil partenarial visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé* » à Calais. Les co-signataires se proposent d’agir de concert pour repérer les besoins de santé et déficits d’offre, réfléchir collectivement, mettre en synergie les acteurs locaux, mettre en œuvre des actions concertées, le tout en articulant les politiques de santé et de cohésion sociale.

Tout comme les CLSM, les CLS sont des instances locales concourant à la politique régionale de santé, cofinancées par l’Etat (ARS) et les collectivités territoriales [31].

Dans le bilan établi en 2018 [32], plusieurs constats portent sur la santé mentale : fort recours aux antidépresseurs et anxiolytiques, « *spleen* » lié à la précarité, de rupture de soins ou absence de suivi, « *dégradation de l’état psychologique des habitants au cours des années, que cela soit sous les formes psychiatriques (maladies mentales) ou psychologiques (comme anxiété et dépression)* ». Face à ces difficultés, les acteurs réunis au sein du CLS expriment des difficultés dans la prise en charge des publics affectés de troubles mentaux.

L’ampleur de ces problèmes a été à l’origine de la réflexion sur la création d’un CLSM. L’engagement est pris pour le CLS de deuxième génération qui, outre la réflexion quant à un CLSM, propose un axe stratégique visant l’« *amélioration des parcours de vie en santé mentale* ».

### Réseau handicap et troubles psychiques du Calaisis-Audomarois

Animé par le Centre régional d’études, d’actions et d’informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (Creai) dans le cadre d’une convention avec le Conseil départemental du Pas-de-Calais, ce réseau, créé en 2017, est constitué de 15 membres<sup>36</sup>. Il vise au développement de liens entre les services de psychiatrie et les établissements et services sociaux et médicosociaux en vue d’améliorer la qualité et la continuité des parcours de vie des personnes souffrant de troubles psychiques.

Les membres de ce réseau se réunissent 3 fois par an en vue d’échanger sur leurs pratiques, d’aborder les difficultés rencontrées dans l’accompagnement des personnes. Un répertoire des ressources locales (20 structures référencées) et des stages croisés a été réalisé.

<sup>35</sup> Organismes présents lors du 1<sup>er</sup> groupe focal, réuni le 8 novembre 2018.

<sup>36</sup> EPSM Val de Lys - Artois, Centre Hospitalier de Calais, UNA de Saint-Omer, UNA des Pays du Calais, Spasad d’Aire-sur-la-Lys, Association Soins et Santé, Afapei du Calais, Fondation La Maison de Pierre, Vie Active, Apei de Saint-Omer, Département du Pas-de-Calais, Maison de l’Autonomie du Calais, Maison de l’Autonomie de l’Audomarois, MDPH du Pas-de-Calais, Unafam et Crehpsy.



## Réseau précarité santé mentale (RPSM)

Créées en 2004, les 16 RPSM sont des instances de concertation soutenues financièrement par l'Agence régionale de santé, dans le Nord et le Pas-de-Calais ; ils réunissent des professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux touchés par la précarité et/ou la santé mentale. Dans le Calais, le RPSM réunit des représentants des services de psychiatrie et d'addictologie des établissements de santé, d'associations tutélaires, familiales, d'établissements et services sociaux et médico-sociaux, de l'ARS et du Conseil départemental. Il est animé par la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS)<sup>37</sup>.

Les objectifs que s'est fixés le RPSM de Calais sont « *la connaissance, reconnaissance, réflexion et information mutuelle, une fonction d'observatoire, la définition en commun de modalités de fonctionnement (meilleure accessibilité réciproque), le traitement en commun de situations individuelles, le développement d'actions communes (formations, études, évaluations, ...), l'amélioration de la lisibilité, de l'accessibilité et de la cohérence des dispositifs de prise en charge, et le développement d'outils* » [33].

## Réseau des psychologues du Calais

Il s'agit d'un groupe monodisciplinaire regroupant des psychologues libéraux ou d'établissements de santé ou médico-sociaux du Calais. Ce réseau informel a été créé à l'initiative d'une psychologue du Conseil départemental du Pas-de-Calais en 2011, et réunit 3 à 4 fois par an une dizaine de psychologues, travaillant surtout avec des enfants. Les séances portent sur la présentation de nouveaux dispositifs ou organismes, le retour sur des formations, la présentation d'outils (tests psychométriques ...)

## GHT de la Côte d'Opale

Dans le cadre des Groupements hospitaliers de territoire (GHT), le Projet médical partagé (PMP) des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie comprend un paragraphe relatif à cette discipline médicale. C'est le cas du Centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer, du Centre hospitalier de Calais et de l'Institut départemental Albert Calmette de Camiers (GHT Côte d'Opale) ; ce dernier établissement dispose de lits de psychiatrie infantile en principe accessibles à la population du Calais.

Tableau 3. Réseaux, groupements et instances coopératives sur santé mentale/handicap psychique dans le Calais.

Type	Appellation	Animation	Aire	Année création	Composition
Réseau	<a href="#">Réseau handicap et troubles psychiques</a>	Creai	Calais-Audomarois	2017	Sanitaires, médico-sociaux, Unafam, CD, MDPH
Réseau	<a href="#">Réseau précarité santé mentale</a>	Fas	Calais	2004	
Réseau	Réseau des psychologues du Calais	CD, PMI	Calais	2011	Psychologues, salariés et libéraux
GHT	<a href="#">Groupement hospitalier de territoire Côte d'opale</a>	CH de Boulogne-sur-Mer	Littoral	2016	Établissements publics de santé
CLS	<a href="#">Contrat local de santé</a>	Ville de Calais	Calais	2013	Ville, ARS, Assurance-maladie, acteurs de santé

## Un partenariat dense et apprécié ...

Les instances d'échanges sont donc nombreuses mais réunissent parfois les mêmes acteurs.

L'appréciation sur les coopérations est le plus souvent positive de la part des acteurs associés au diagnostic. Les intervenants réunis le 3 décembre 2018, interrogés par écrit<sup>38</sup> sur les principales forces disponibles sur le territoire de Calais pour répondre aux problèmes de santé mentale de sa population, ont fortement insisté sur l'offre (20 évocations), disponible, qu'il s'agisse « *de la psychiatrie, ouverte 7 jours sur 7* », « *d'associations locales* » ou « *de structures identifiées* ». Cette offre est jugée

<sup>37</sup> La FAS anime 8 des 16 RPSM du Nord – Pas-de-Calais, et l'EPSM de Lille métropole les 8 autres.

<sup>38</sup> Cf. Questions posées à l'issue des groupes focaux, p 7

positivement ; il s'agit « d'une offre de travail adaptée, calibrée aux besoins ». Elle présente une diversité permettant « Des prises en charge à différents niveaux (du social, médical, jusqu'à l'hospitalisation ...) ». Un répondant évoque « Différents dispositifs répondant aux besoins dans le parcours de soins ».

L'offre existe donc, et elle est coordonnée, du point de vue des acteurs (14 évocations) ; grâce à une bonne connaissance réciproque, il existe des « partenariats actifs entre les professionnels », une « volonté de collaboration, dès le secteur adolescents, entre santé, social, médico-social pour répondre à un besoin ».

Pour 3 professionnelles, les instances sont cependant redondantes.

« Je suis très surprise de ce qui s'ajoute ; il existe déjà des groupes de travail dans le Calaisis : le groupe ressources du Calaisis, animé par le Creai (professionnels de la santé mentale et du social) ; échanges sur des situations particulières et le réseau santé mentale précarité ; c'est la même chose que le précédent, sur le territoire du Calaisis et de Saint-Omer. [...] Je suis également allée à une réunion organisée par l'Uriopss (encore une !), où était évoquée la situation de personnes en Ehpad, patients de santé mentale, pour lesquels leurs personnels ne sont pas forcément formés » [directrice].

« On apporte souvent la même réponse aux différents partenaires ; ce serait intéressant qu'un certain nombre de ces réunions soient fusionnées, quitte à ce que l'ordre du jour soit fixé alternativement par les différentes composantes. Notre temps serait moins dispersé. [...] La multiplication des réseaux devient problématique dans notre organisation » [cadre hospitalier].

« Les thématiques se recourent (identification des différentes structures notamment). On s'interroge sur qui envoyer aux réunions. Il y a un risque de multiplication des instances, sans possibilité d'une présence d'un cadre décideur. C'est chronophage, d'autant que [notre organisme] est sur 6 territoires ; à un moment ça va exploser ; on va devoir faire des choix qui ne seront pas forcément les bons » [directrice].

La question du nombre d'instances de coordination est donc posée. Enfin, une responsable de dispositif médico-social souligne les limites qu'elle perçoit actuellement dans le partenariat, mais aussi les pistes de travail en commun.

« Le parcours de soins des personnes n'est pas toujours des plus opérants ; les notions de responsabilité partagée et de symétrie relationnelle restent des dimensions à travailler » [cheffe de service éducatif].

#### **Les formations croisées**

Le Calaisis a une pratique déjà ancienne des stages de formation croisée durant lesquels les partenaires associés s'apportent mutuellement des savoirs et savoir-faire et s'accueillent pour une courte période d'observation dans leurs lieux de travail. En 2004, 15 professionnels du sanitaire et du social se forment sur ce modèle et constituent les premiers membres du RPSM du Calaisis.

Cette pédagogie a également été employée dans le cadre de la recherche-action sur les parcours en psychiatrie et santé mentale soutenue par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap)<sup>39</sup>, qui s'est déroulée notamment dans le Pas-de-Calais.

### **... mais un point de tension**

À Calais, la psychiatrie infantojuvénile publique est scindée en un service pour enfants de 0 à 11 ans, rattaché au Pôle femme-mère-enfant de l'hôpital et un service pour adolescents, dépendant de son Pôle santé mentale<sup>40</sup>.

<sup>39</sup> <http://www.anap.fr/les-projets/videos/detail-de-la-video/video/parcours-en-psychiatrie-et-sante-mentale-les-formations-croisees/>



Nous avons recueilli des insatisfactions de la part de la responsable du service de psychiatrie infanto-juvénile et des professionnels qui s'adressent à elle. « *Un entretien pédopsychiatrique plus précoce éviterait que l'enfant soit bombardé de diagnostics et qu'il vive un sentiment d'échec* » ; « *La prévention aux âges plus jeunes permet d'être plus efficace et d'apporter un autre éclairage aux parents à qui on a dit que leur enfant aurait des troubles par la suite ; il y a beaucoup trop de prédictions* » [médecin].

Pour la première, les partenaires s'adressent trop tard à son service ; les enfants lui sont amenés en seconde intention, après que leurs parents ont consulté divers services médico-sociaux ; ainsi, par exemple :

« *Il y a des problèmes d'apprentissages scolaires, qui sont trop gérés sous l'angle du handicap, avec des parents qui ont une pochette sous le bras : beaucoup de bilans, les diagnostics sont faits, et on vient me voir après : c'est assez désagréable* » [médecin].

En réponse aux méthodes supposées de certains de ses confrères, le propos devient incisif :

« *La pédopsychiatrie, ce n'est pas l'asile ; si l'on attend de moi que je mette les enfants sous traitement et dans un lit de pédopsychiatrie, je refuse de le faire. D'autant que les parents ne demandent pas cela* » [médecin].

Enfin, à la question de savoir si le service entretenait des relations avec celui de psychiatrie générale :

« *Non. On a des façons différentes de travailler ; le CMP ados est rattaché à la psychiatrie adulte de Calais, avec des prescriptions médicamenteuses, entre autres. Je n'en prescris jamais à aucun enfant ; j'ai une formation de psychothérapeute* » [médecin].

Du côté des professionnels sollicitant la pédopsychiatrie, des plaintes sont également formulées.

« *Ma grande difficulté est de recevoir une réponse pédopsychiatrique chez les petits. Quand, à l'ASE, on rencontre des 3-4 ans qui ont connu des traumatismes et qu'on n'a pas de réponse pédopsychiatrique sur le secteur, on sait qu'ils vont arriver chez nos collègues* » [psychologue].

« *Les infirmières et les AS fonctionnent bien entre elles pour les ados (pour les plus jeunes, ça reste compliqué)* » ... « *À propos de parcours de soin et de coordination, sur le secteur de Calais, nous n'avons pas de lits autorisés en pédopsychiatrie. Nous accueillons les adolescents à partir de 15 ans et 3 mois en secteur adulte. En dessous, ils sont accueillis en pédiatrie, pour le moment, quand leur état de santé mentale le permet. Nous sommes en difficulté pour avoir une réponse coordonnée sur le territoire ; l'EPSM de Camiers ne dispose que de 5 lits pour le littoral et ne parvient pas à répondre aux demandes* » [cadre hospitalière].

« *L'Éducation nationale a également des difficultés pour faire prendre en charge les enfants qui ont des troubles précoces, par manque de structures adaptées ; même s'ils ont été dépistés, on attend qu'ils aient 11 ans pour les adresser au CMP ados, ou on sollicite une prise en charge par le PRE<sup>41</sup>, car on sait que c'est vraiment soutenant (ouverture culturelle, parentalité ...) mais ce n'est pas toujours suffisant* » [cadre Éducation nationale].

« *Avec la psychiatrie infantojuvénile, les rapports ne sont pas très bons (c'est le point de vue de familles, qui sont déçues [...] par rapport au diagnostic et à la manière d'accompagner)* [cadre].

Il existe donc de fortes différences d'appréciation sur les besoins et les réponses à apporter en psychiatrie de l'enfant dans le Calaisis, qui se cristallisent sur les approches (handicap vs trouble mental), la précocité de l'intervention, l'utilisation de médicaments et les lits d'hospitalisation.

---

<sup>41</sup> Plan de réussite éducative.

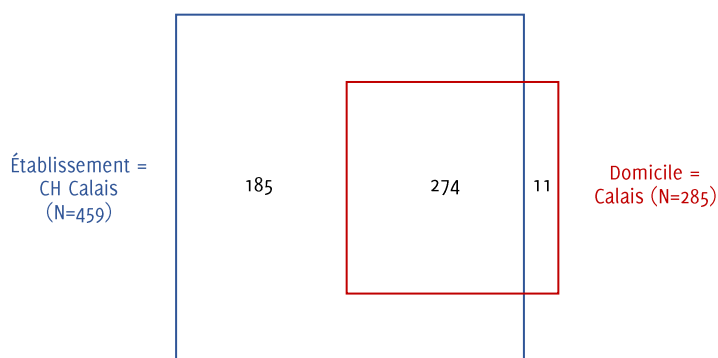
# Les conduites suicidaires à Calais

Les conduites suicidaires ne sont pas des troubles mentaux ; elles désignent un spectre allant des idées noires aux décès consécutifs à un passage à l'acte auto-agressif. Deux indicateurs permanents permettent d'approcher la morbi-mortalité suicidaire : les séjours hospitaliers avec un diagnostic de tentative de suicide et les décès par suicide.

285 hospitalisations avec un diagnostic de tentative de suicide

En 2016, 285 séjours hospitaliers en service de médecine, chirurgie ou obstétrique avec un diagnostic de tentative de suicide concernent des Calaisiens, alors que 459 sont enregistrés au Centre hospitalier de Calais durant la même année. 274 Calaisiens ayant fait une TS sont pris en charge au Centre hospitalier de la ville, et 11 dans d'autres établissements de santé.

Figure 2. Séjours hospitaliers avec diagnostic de tentative de suicide. Effectifs selon la commune de domicile et le lieu d'hospitalisation. 2016.

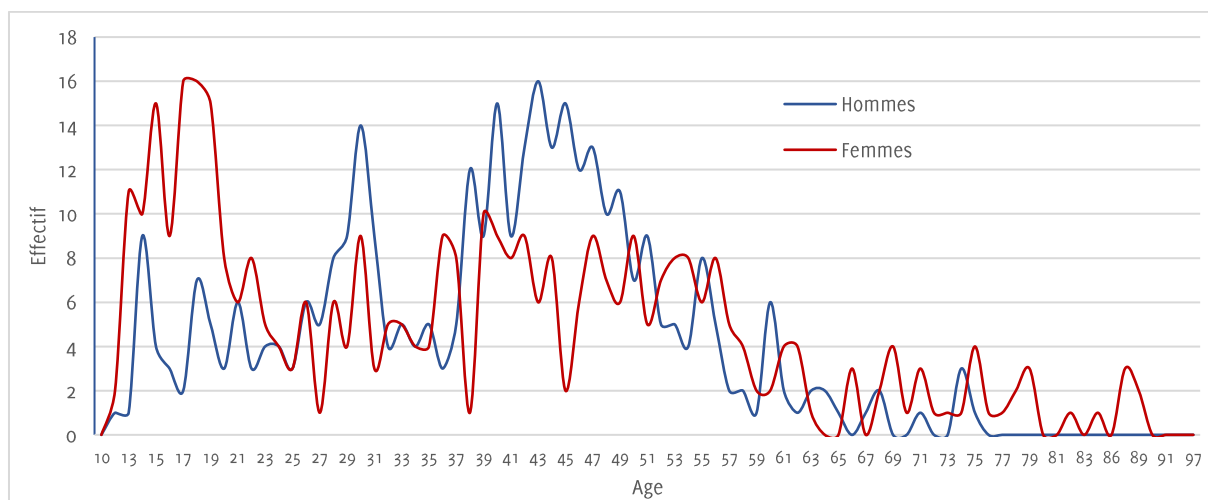


## ▪ Effectifs par âge détaillé

En 2016, les séjours pour TS de Calaisiens concernent plus de femmes que d'hommes.

Chez les femmes, on observe un pic à 15 ans et à 18 ans, alors que, chez les hommes, les quadragénaires constituent la classe d'âge la plus concernée (avec 36,3% des séjours pour TS des hommes).

Figure 3. Séjours hospitaliers avec diagnostic de tentative de suicide des habitants de Calais. Effectif par âge et sexe. 2014-2016. N=730.



Source : Atih, PMSI-MCO ; Traitement : F2RSM Psy.

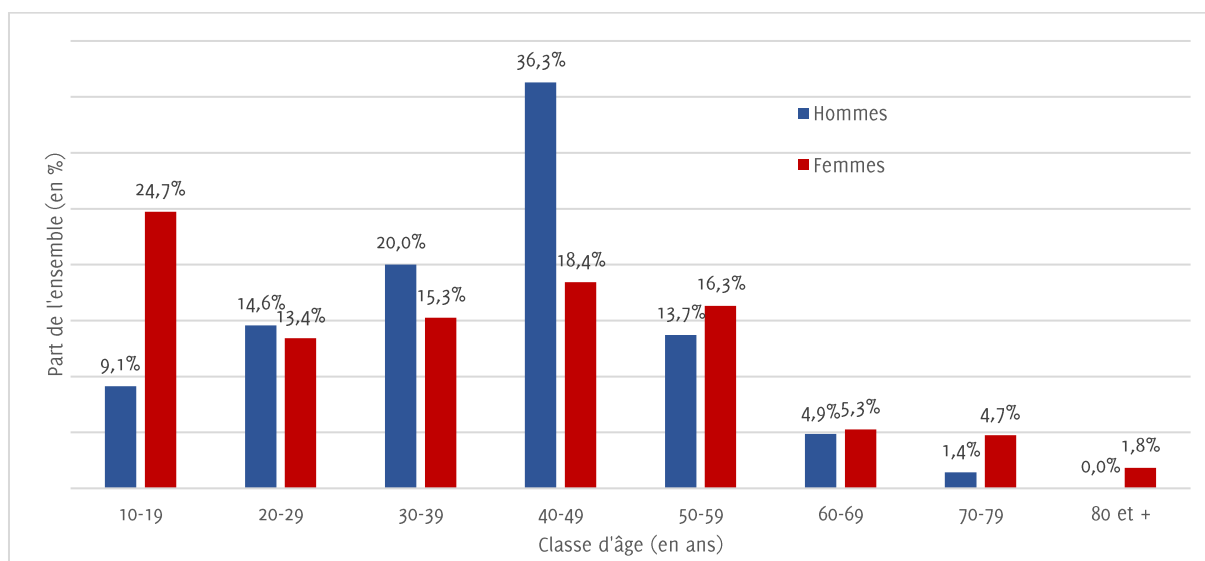
Exemple de lecture : durant la période 2014-2016, ont été enregistrés 17 séjours hospitaliers avec diagnostic de TS concernant des jeunes filles domiciliées à Calais de 17 ans.

[Résultats TS Calais.xlsx](#)

Chez les femmes, les moins de 20 ans sont à l'origine de près du quart des séjours pour TS ; chez les hommes, les quadragénaires constituent plus de 36% des séjours pour ce motif (cf. Figure 4).

- Pourcentages par classe d'âge

Figure 4. Séjours hospitaliers avec diagnostic de tentative de suicide des habitants de Calais. Proportion par classe d'âge et sexe. 2014-2016. N=730.



Source : Atih, PMSI-MCO ; Traitement : F2RSM Psy.

[Résultats TS Calais.xlsx](#)

### Un taux de TS très élevé par rapport à la région

Rapporté à la taille de la population, le nombre de séjours avec diagnostic de TS est plus élevé à Calais (95 séjours pour 10 000 habitants) que dans le reste du Pas-de-Calais (67) ou que dans les autres départements des Hauts-de-France (73).

Tableau 4. Nombre de séjours avec diagnostic de TS des habitants de Calais, du reste du Pas-de-Calais et des autres départements des Hauts-de-France. 2016.

Domicile*	Calais	Reste Pas-de-Calais	Reste Hauts-de-France
Séjours avec diagnostic de TS	283	3 325	10 491
Habitants	76 402	1 396 187	4 533 567
Taux pour 10 000 habitants	95	67	73

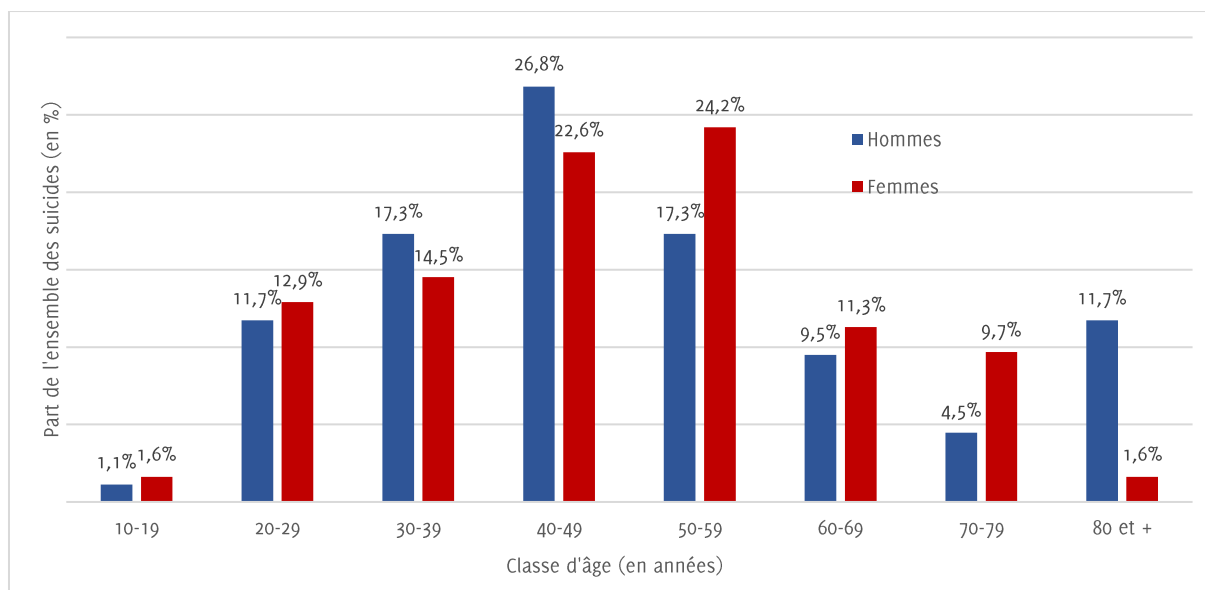
Source : Atih, PMSI-MCO ; Traitement : F2RSM Psy. \* Une personne domiciliée à Calais peut être hospitalisée dans une autre commune.

[Résultats TS Calais.xlsx](#) onglet Taux

### Environ 15 décès par suicide chaque année

De 2000 à 2015, 241 suicides de personnes résidant à Calais ont été enregistrés par le CepiDc, soit 15 en moyenne annuelle, dont 11 hommes et 4 femmes. L'âge moyen des personnes suicidées était de 49 ans.

Figure 5. Répartition des personnes résidant à Calais décédées par suicide selon leur âge au décès. 2000-2015. N=241.



Source : CepiDc – Traitement : F2RSM Psy.

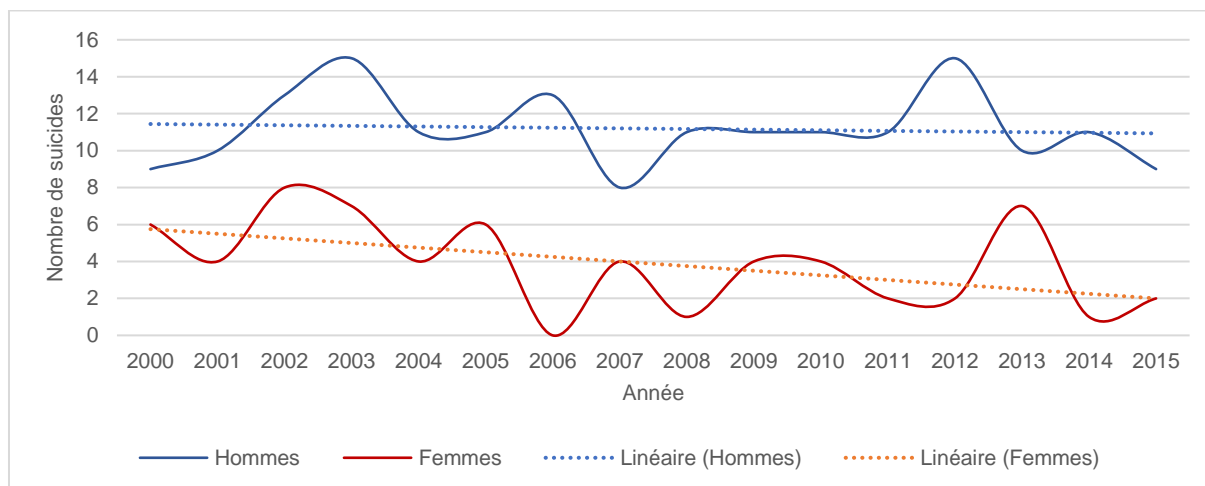
Exemple de lecture : parmi les hommes calaisiens décédés par suicide entre 2000 et 2015, plus d'un quart (26,6%) étaient quadragénaires.

[..\Suicides\SUICIDES 1979-2015.xlsx](#)

Ce sont parmi les quadragénaires, pour les hommes, et parmi les quinquagénaires, pour les femmes, que les suicides sont les plus nombreux.

Depuis le début des années 2000 (cf. Figure 6), le nombre de suicides à Calais est plutôt orienté à la baisse, notamment chez les femmes, qui connaissent environ 2 fois moins de décès par suicide en fin de période qu'en début.

Figure 6. Nombre de suicides enregistrés parmi les habitants de Calais par année selon le sexe. 2000-2015.



Source : CepiDc – Traitement : F2RSM Psy.

[..\Suicides\SUICIDES 1979-2015.xlsx](#)

### Une forte surmortalité suicidaire

Au début des années 2010, le territoire de Calais connaît une surmortalité masculine par suicide de 55% par rapport à la France (Indice comparatif de mortalité, ICM=155 -  $p < 0,001$ ) alors que les femmes ne présentent pas de mortalité significativement distincte pour cette cause (ICM=95 -  $p > 0,05$ ) [19]. Durant la période 2012-2014, la surmortalité suicidaire s'élève à 35% pour les 2 sexes dans ce même territoire [22]. Plus globalement, le Pas-de-Calais connaît une surmortalité suicidaire ; durant la période 2013-2015, parmi les départements métropolitains, il occupe le 7<sup>e</sup> rang pour le taux de suicide masculin et le 20<sup>e</sup> pour celui des femmes [19].

## Le programme de prévention de la récurrence suicidaire Vigilans

VigilanS est un programme de recontact mené par le CHU de Lille en direction de personnes passées à l'acte suicidaire ; à l'issue d'un épisode hospitalier pour TS (passage aux urgences simple ou suivi d'un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou psychiatrie) dans les départements français du Nord et Pas-de-Calais (4 millions d'habitants), chaque patient suicidant se voit proposer un suivi pendant une durée de 6 mois par une équipe dédiée du service de psychiatrie adulte au CHU de Lille, et remettre une carte-ressource avec le numéro de téléphone de ladite équipe. Les patients avec des antécédents de TS sont rappelés entre 10 et 21 jours après leur sortie et l'ensemble des patients est rappelé 6 mois après sa sortie. Des cartes postales rappelant l'existence d'une veille sont régulièrement envoyées aux patients perdus de vue (appels téléphoniques non aboutis). Simultanément sont envoyées des lettres aux médecins suivant le patient, généralistes et psychiatres lorsqu'ils existent, après la sortie hospitalière et après chaque entretien téléphonique. Les appels peuvent également provenir des patients du programme ou de leurs médecins. En tant que de besoin, le projet de soins peut être redéfini et/ou des réponses urgentes organisées (hospitalisation, samu ...) [34]. En 2016, la probabilité cumulée de récurrence suicidaire à 6 mois était significativement plus basse chez les patients bénéficiaires du programme Vigilans que dans un groupe-témoin (3,6% vs 11,6% ; p log-rank <,0001) [35].

À Calais, le programme est implanté depuis 2016 ; 163 entrées dans le programme ont été enregistrées en 2016, 232 en 2017 et 241 en 2018<sup>42</sup>. Ces entrées sont majoritairement organisées à l'issue du passage aux urgences, mais peuvent l'être également en fin de séjour en service post-urgence (psychiatrie, médecine ou chirurgie).

### Un sujet peu abordé par les acteurs

Bien que leur étendue ait été présentée lors de la réunion du 8 novembre 2018, les conduites suicidaires ont très peu été abordées lors des groupes focaux : une seule évocation a été faite, à propos des publics de la protection judiciaire de la jeunesse : des « *jeunes suivis qui présentent des problématiques adolescentes : alcool, tabac, drogues, tentatives de suicide* ».

Cette thématique n'a été reprise que par 2 participants à l'écrit, à l'issue de ladite réunion.

En entretien, la responsable d'un établissement médico-social évoque une attention préventive.

*On travaille beaucoup la prévention, l'anticipation des décompensations afin de ne pas aboutir à des hospitalisations sous contrainte ou des actes malheureux. Toute l'équipe est formée aux troubles psychiques, est attentive à tout ce que la personne exprime et qui pourrait laisser supposer une volonté de mettre fin à ses jours.* [Cheffe de service éducatif].

Le programme Vigilans a fait l'objet d'informations par ses responsables, qui se déplacent régulièrement sur chacun des sites d'inclusion, comme le centre hospitalier de Calais ; il a également été présenté au sein du Réseau précarité santé mentale (cf. p 19) en mars 2018.

## Précarité et santé mentale

Non incluse dans la commande de la Ville de Calais, l'étude des déterminants sociaux de la santé mentale n'est pas abordée dans ce diagnostic. Rappelons cependant que la Ville de Calais est marquée par de très mauvais indicateurs socio-économiques<sup>43</sup>, dont l'effet délétère sur la santé mentale est attesté (anxiété, dépression ...)

La précarité de certains publics a largement été soulignée en réunion ; c'est la 2<sup>e</sup> thématique ayant fait l'objet d'énoncés écrits (14/79).

*On repère des problématiques psy, qui se cumulent avec les facteurs de précarité (pas de médecin, de CMU ...) Ces gens n'entrent pas dans les stats. Dans les dossiers pour l'accès aux appartements thérapeutiques, tous ont la case « trouble psy » cochée [directrice médico-sociale].*

<sup>42</sup> La même personne peut entrer plusieurs fois dans le programme durant la période.

<sup>43</sup> L'Insee propose un comparateur de territoire fort utile ; il permet de situer une zone d'étude par rapport à d'autres territoires. Dans le lien suivant, la ville de Calais est par exemple comparée au département du Pas-de-Calais, la région des Hauts-de-France ou la France <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-62193+DEP-62+REG-32+FRANCE-1>

Elle est multi-dimensionnelle ; certaines personnes connues ont des revenus très limités, qui les amène à vivre sans perspective, dans l'angoisse du lendemain ; elles se préoccupent alors surtout de leur survie et sont peu sensibles aux propositions de soins, alors que la précarité génère bien sûr de l'anxiété et/ou de la dépression.

*Les droits ne sont pas toujours ouverts. La priorité est de manger le midi.*

*Oui, plus de troubles du comportement, des problèmes de citoyenneté, de carences éducatives importantes et moins sur des handicaps, comme il y a 10 ans. Ils développent des troubles psychiques ou des addictions. Problème aussi des enfants placés, en famille d'accueil. Pas de dispositif à la sortie de l'ASE pour les jeunes majeurs.*

*Nous avons à prendre en charge des « jeunes sans solution, y compris en CHRS, en errance ».*

L'errance est une thématique reprise par plusieurs professionnels, pour désigner des parcours de vie croisant des services et établissements, tardivement, dans l'urgence, épisodiquement ; la précarité, incertitude du lendemain, empêche l'engagement dans des démarches d'insertion ou de soin.

La précarité est à l'origine d'une souffrance psychique, voire de troubles mentaux et ceux-ci compromettent l'inclusion, dans un mouvement bi-directionnel. En décembre 2015, le Centre hospitalier de Calais organisait avec la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France une demi-journée consacrée aux liens entre précarité et santé mentale ; dans le compte-rendu de la réunion qu'elle établissait, le Dr Lespoix écrivait « *La souffrance en lien avec la précarité et l'exclusion désigne en général une symptomatologie qui ne recouvre pas qu'une pathologie mentale avérée, mais un ensemble de manifestations possibles comme un comportement d'isolement, des échecs répétés, des conduites addictives, des conduites à risque, des violences, un ressenti d'abandon, de fatigue, d'insécurité ...* »<sup>44</sup>.

## La difficile adhésion aux projets de soins

Le recours aux soins et services nécessite qu'une demande rencontre une offre. Or, les acteurs associés au diagnostic soulignent que certaines personnes répondent peu ou pas aux propositions qui leur sont faites : l'adhésion se fait mal ou tardivement ou sous un mode discontinu.

Alors que les soins psychiatriques peuvent être contraints : soins à la demande d'un tiers (SDT), d'un représentant de l'État (SDRE) ou encore pour péril imminent, la Loi rénovant l'action sociale votée en 2002 évoque, pour toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux, un « *libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes* » et une « *participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne* » [36].

*« Si la personne n'adhère pas (à un projet), le professionnel est démuni. La Loi 2002.2 stipule que l'usager doit être acteur de son projet [...] Avant l'adhésion, c'est très long d'obtenir un accès aux soins [...] l'usager doit être acteur, au centre de son projet »* [cadre socio-éducatif].

*« Pour les personnes qui adhèrent, les dispositifs sont pertinents et efficaces, mais quand on sort de ce cadre (absence d'adhésion), c'est là que ça pose problème »* [directeur social].

L'urgence observée par les professionnels est difficile à concilier avec le temps, souvent long, nécessaire à les aider à cheminer vers une prise en charge.

---

<sup>44</sup> <https://www.f2rsmpsy.fr/067-precarite-psychiatrie-sante-mentale.html>

*« La difficulté de l'équipe mobile est le temps. Ramener des patients en rupture à des soins ordinaires prend des mois (alors qu'il y a souvent des situations d'urgence) [infirmière].*

Cette différence de temporalité est également évoquée par le représentant d'un service tutélaire :

*« Pour être sous tutelle, il faut une altération des capacités psychiques et/ou physiques. 40-50% des bénéficiaires ont une altération psychique. On a de plus en plus de personnes en errance ; on doit les remettre dans un parcours de santé, mentale notamment [...] J'entends bien qu'on juge qu'on est long, mais parce qu'on est des acteurs médico-judiciaires (le temps judiciaire n'est pas le temps de la santé ou de l'économie). On est en décalage par rapport aux attentes des patients et aux vôtres [cadre service tutélaire].*

L'impossibilité d'engagement dans un suivi décidé à temps par les personnes en nécessitant un se traduit par des recours tardifs et en situation de crise, que les professionnels souhaiteraient prévenir.

*« On observe une augmentation sensible des soins sous contrainte. Il s'agit souvent de patients arrivant aux urgences (pour TS ou autres), dans des situations dépassées. Souvent des SDT, peu de SDRE [...] Ça traduit un défaut de prise en charge ; ils arrivent dans des situations dépassées » [cadre de santé].*

Pour une professionnelle, il faudrait une formation pour « récupérer l'adhésion » ; elle pourrait porter sur les entretiens motivationnels [37].

## Emploi et logement

Supports essentiels de l'inclusion des personnes présentant des troubles mentaux, l'emploi et le logement sont souvent difficiles d'accès pour elles.

Parmi les 4 Établissements ou services d'aide par le travail (Esat) implantés dans le Calais, il n'en existe pas de spécifique pour les personnes porteuses d'un handicap psychique (l'un emploie des personnes présentant un handicap moteur). Le centre de postcure des Oyats travaille avec l'Esat de l'Apei de Saint-Omer ; un stage a été organisé, avec le coordinateur en charge de la santé mentale de cette association : les travailleurs de l'Esat font un séjour dans le centre pour retrouver une autonomie, avec la remédiation cognitive.

L'absentéisme en Esat aurait été inférieur après ce stage, mais ce n'est pas le cas en général : pour une cadre interviewée, les personnes porteuses d'un handicap psychique sont plus souvent absentes que les autres en Esat ; leurs responsables se trouveraient en difficulté pour concilier une exigence d'accueil de ces publics et la demande administrative qui leur est faite d'avoir un taux d'occupation élevé.

Pour cette cheffe de service,

*« les Esat disent ne pas être en mesure d'accueillir le public avec un handicap psychique, ne pas avoir l'expertise [...] On pourrait imaginer que notre service réalise du coaching au travail » [cheffe de service éducatif].*

Les places de logement

Le Foyer d'accueil médicalisé (Fam) géré par l'Afapei, la Maison d'accueil spécialisé (Mas), le Foyer de vie de Guînes, ainsi que la Résidence accueil de Marck (tous 3 gérés par la Vie active) constituent l'offre médico-sociale de logement adapté pour adultes handicapés du Calais. Début 2019, 22 personnes étaient accueillies à la Résidence accueil, avec une liste d'attente de 5 personnes.

Pour ce chef de service, le logement à la sortie d'hospitalisation constitue un important problème pour la psychiatrie.

*« Dans les parcours de soins, ce qui nous manque ce sont des sorties d'hospitalisation. Je travaille avec la Structure alternative d'accueil spécialisé (Saas) de Camiers, avec qui on a 10 lits (avec Boulogne-sur-Mer, Montreuil et Calais). On a des patients qui sortent de chez nous, du service de réhabilitation pour aller à la Saas ; on ne trouve pas d'alternative : soit ils ne sont pas capables d'aller en appartement thérapeutique, soit ils ne sont pas assez âgés pour aller en maison de retraite. Et quand il y a une stabilisation,*

*mais pas d'évolution notable, les foyers de vie sont quasiment inexistant ; on n'a pas assez de places en foyers de vie pour ces patients-là. C'est le manque le plus important [...] Les patients stabilisés, sans épisode aigu, doivent encore être accompagnés ; ils ne peuvent pas vivre seuls. Le foyer de vie serait l'idéal, or il n'y a que 20 places pour le Calaisis. Ceux qui y sont s'y trouvent bien ; donc il n'y a pas beaucoup de turn-over. En résidence accueil, ils ne sont pas très accompagnés ; ça ne tient pas bien la route (suivi des traitements ...), ils sont un peu livrés à eux-mêmes pendant la journée, d'où pas mal de réhospitalisations. On en prend certains en hospitalisation récurrente, mais on ne peut pas le faire pour tout le monde (sinon on ne pourrait plus accueillir les patients aigus) [...] Une quinzaine de personnes pourraient être en foyer mais il n'y a pas de place ; ils sont en service de réhabilitation mais ne progressent plus » [médecin].*

À côté des établissements médico-sociaux, différents dispositifs permettent l'hébergement ou le logement de personnes présentant des troubles mentaux ; ont été cités par les acteurs associés au diagnostic les appartements de coordination thérapeutique, les collaborations avec des bailleurs.

*« L'Adis a des Appartements de coordination thérapeutique (ACT) qui touchent des publics avec des maladies chroniques (cancer, VIH ...) qui ont souvent des diagnostics psychiatriques associés, mais nous n'avons pas les capacités de gérer ce type de pathologies » [directrice].*

Alors qu'un professionnel pointait l'« incidence des troubles sur l'utilisation faite du logement », un autre soulignait les difficultés de prise en charge et de cohabitation.

*« Chez les bailleurs sociaux, on a aussi ce genre de publics ; on n'est pas toujours formé et c'est compliqué. On en a de plus en plus, des cas de plus en plus lourds ; ça devient problématique. On travaille beaucoup avec l'EMPP pour les cas extrêmes. On doit gérer le locataire malade et l'entourage, qui subit les troubles. C'est compliqué d'expliquer aux voisins que c'est une personne malade ; ils subissent les troubles de voisinage [...] Il peut s'agir d'hallucinations, de dédoublements de personnalité, de syndromes de Diogène » [chef de service].*

## Synthèse et conclusion

Un diagnostic partagé sur la santé mentale et la psychiatrie a été confié par la Ville de Calais à la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France. Celui-ci a mobilisé des données statistiques, des données issues de rapports ou comptes-rendus, ainsi que le point de vue de 33 professionnels ou bénévoles recueilli durant 2 groupes focaux et/ou un entretien semi-directif.

Calais, 1<sup>re</sup> ville du département du Pas-de-Calais, est confrontée à de graves difficultés socio-économiques, qui se répercutent sur la santé mentale de ses habitants et compromettent bon nombre de parcours de soin et de vie.

L'offre psychiatrique privée est importante (145 lits ou places) ; l'offre publique (107 lits ou places), confrontée à un public souvent en grande difficulté sanitaire et sociale est fragilisée par le nombre important de postes de psychiatres non pourvus et un *turn-over* important. L'offre médico-sociale spécifique pour les adultes présentant un handicap psychique comprend un Samsah et 2 Samsah-relais en direction des ESMS. Un Groupe d'entraide mutuelle complète le tableau des intervenants « spécialisés » (l'Unafam étant peu représentée dans le Calaisis).

De nombreuses coopérations existent entre ces acteurs et ceux du champ social, médico-social, juridique, du logement ... ; elles sont formalisées ou non et plusieurs réseaux se réunissent, parfois jugés redondants. Les acteurs se connaissent bien et collaborent dans l'élaboration de parcours de soins et de vie, sauf pour les enfants, où un blocage important est à souligner entre certains professionnels chargés de leur prise en charge, psychiatrique ou médico-sociale. Les formations croisées, dont les premières ont été organisées dans le Calaisis il y a 15 ans, sont des temps très favorables à l'amélioration des coopérations.

Malgré le faible nombre de médecins spécialisés en psychiatrie au centre hospitalier, la part de la population prise en charge dans cette discipline est plus élevée qu'en moyenne régionale et



départementale. Dans près de 9 cas sur 10, il s'agit d'un suivi ambulatoire, sans hospitalisation, donc. Les conduites addictives et suicidaires sont élevées à Calais, sans que ces dernières ne soient évoquées comme problème prioritaire par les professionnels. À l'inverse, les addictions sont très souvent signalées, dans un contexte de grande précarité, compromettant l'adhésion aux soins, d'où des recours tardifs aux soins psychiatriques, en état avancé ou aigu des troubles, trop souvent à la demande d'un tiers ou d'un représentant de l'État. L'errance institutionnelle de certaines personnes a été soulignée.

Les ESMS déclarent être souvent confrontés à des personnes présentant des troubles mentaux, mais l'absence de système d'information dans le champ médico-social empêche d'en connaître le nombre et les caractéristiques ; il n'existe pas d'Esat spécifique à ce public, alors que les places d'hébergement semblent largement insuffisantes. Les bailleurs sociaux collaborent avec les ESMS pour maintenir ou inclure des personnes présentant des troubles mentaux.

Le fort engagement de la Ville, qui a signé un Contrat local de santé en 2012 et convoqué des États généraux de la santé en novembre 2018, et signera, au printemps 2019, un CLS de deuxième génération, dans lequel la thématique de la santé mentale sera le second axe prioritaire, ainsi que le volontarisme des acteurs locaux et leur bonne entente sont des conditions favorables à une amélioration de la coordination des réponses apportées aux personnes en souffrance psychique.

# Annexes

## Annexe 1. Personnes associées au diagnostic partagé

Tableau 5. Personnes présentes aux groupes focaux ou interviewées dans le cadre du diagnostic partagé sur la psychiatrie et la santé mentale à Calais.

Titre	Prénom	Nom	Fonction	Organisme	GF1 <sup>45</sup>	GF2 <sup>46</sup>	Entretien <sup>47</sup>	Ensemble
Mme	Murielle	Agez	Directrice AEMO	PJJ	■			■
Mme	Caroline	Almedro	Infirmière	Mahra Le Toit	■	■		■
M.	Johann	Apper	Chef de service	La vie active. Service tutélaire				
M.	François	Becuwe	Directeur de la gestion locative	Terre d'Opale Habitat	■	■		■
Mme	Malika	Bonnet	Psychologue enfance Calais 2	Association pour le Développement des Initiatives en Santé	■	■		■
M.	Ludovic	Bourgeois	Cadre socio-éducatif	CHRS le moulin blanc	■	■		■
M.	Franck	Brenet	Directeur-adjoint	La vie active. Service tutélaire	■	■		■
M.	Quentin	Brisset	Directeur	Clinique des Oyats	■	■		■
Mme	Caroline	Cadet	Membre du bureau	GEM Les portes ouvertes	■			■
M.	Pierre-Philippe	Caron		CPAM	■	■		■
Mme	Mélanie	Colmant	Chargée de missions santé et participation	Fédération des acteurs de la solidarité			■	■
Mme	Elsa	Cortyl	Assistante sociale	ABCD		■		■
Mme	Katherine	Danel	Directrice	Association pour le Développement des Initiatives en Santé	■	■		■
Mme	Myriam	Delabre	Directrice	Clinique du Virval	■		■	■
M.	Laurent	Delabye	Chef de service police municipale	Ville de Calais	■	■		■
Mme	Anaïs	Delmoitiez	Animatrice	GEM Les portes ouvertes	■	■		■
Mme	Aurélie	Douib	Responsable du service social	CCAS de Calais	■	■		■
Dr	Catherine	Fourika	Chef unité psychiatrie infanto-juvénile	Centre hospitalier Calais			■	■
Mme	Stéphanie	Gilson	Cheffe de service	La vie active	■	■	■	■
Mme	Isaline	Gobert	Conseillère technique	Creai Hauts-de-France	■			■
Mme	Axelle	Hamon	Coordinatrice du Contrat local de santé	Ville de Calais	■	■	■	■
Mme	Blandine	Hénard	Cadre supérieur de santé	Centre hospitalier Calais	■	■		■
Mme	Christine	Hue	Responsable unité de santé publique	Croix rouge - IFSI	■	■		■
M.	Lionel	Ismard	Directeur	Centre Social Espace Fort	■			■
Mme	Caroline	Lambert	Cadre supérieur de santé	Institut médico-éducatif Eolia	■	■		■
Mme	Aurélie	Le Gall	Infirmière responsable de secteur	Éducation nationale		■		■
Mme	Céline	Lévis	Psychologue	Conseil départemental		■		■
Dr	Philippe	Lévisse	Médecin chef de pôle psychiatrie	Centre hospitalier Calais	■	■	■	■
Mme	Véronique	Macha	Gestionnaire	Habitat Hauts-de-France		■		■
Mme	Gaëlle	Maubert	Directrice	Centre Social Matisse	■	■		■
Mme	Marie	Meurisse-Trouille	Directrice projets-recherche	Afapei	■	■	■	■

<sup>45</sup> 1<sup>er</sup> groupe focal, réuni le 8 novembre 2018.

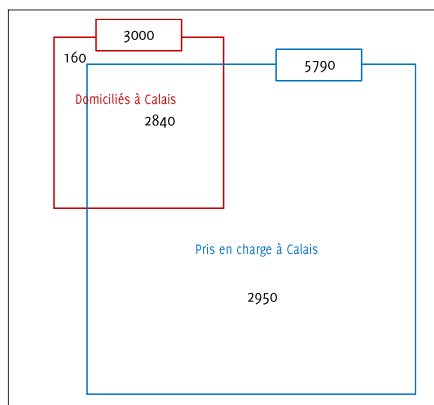
<sup>46</sup> 2<sup>e</sup> groupe focal, réuni le 3 décembre 2018.

<sup>47</sup> Entretien semi-directif enregistré, téléphonique ou en tête-à-tête.

Titre	Prénom	Nom	Fonction	Organisme	GF1 <sup>45</sup>	GF2 <sup>46</sup>	Entretien <sup>47</sup>	Ensemble
Mme	Josiane	Richard		Flandre Opale Habitat		■		■
Mme	Nathanaël	Sczepaniak	Infirmière	Centre hospitalier Calais	■	■		■
Mme	Valérie	Stopin	Médiatrice santé	Ville de Calais		■		■
Ensemble personnes associées					25	26	7	34

## Annexe 2. Lieu de domicile et de prise en charge

Figure 7. Files actives en psychiatrie à Calais selon domicile et lieu de prise en charge. 2017.



Source : RimP 2017. Traitement : F2RSM Psy.

### Annexe 3. Index des illustrations

▪ Cartes	
Carte 1. Communes et secteurs de psychiatrie adulte (62G01 et 62G02) et infantojuvénile (62I01) du Calais. Nombre d'habitants des communes (2014).....	8
▪ Figures	
Figure 1. Part de la population calaisienne prise en charge en service de psychiatrie selon âge sexe. 2017. N=3 000).....	11
Figure 2. Séjours hospitaliers avec diagnostic de tentative de suicide. Effectifs selon la commune de domicile et le lieu d'hospitalisation. 2016.....	22
Figure 3. Séjours hospitaliers avec diagnostic de tentative de suicide des habitants de Calais. Effectif par âge et sexe. 2014-2016. N=730. ....	22
Figure 4. Séjours hospitaliers avec diagnostic de tentative de suicide des habitants de Calais. Proportion par classe d'âge et sexe. 2014-2016. N=730.....	23
Figure 5. Répartition des personnes résidant à Calais décédées par suicide selon leur âge au décès. 2000-2015. N=241.....	24
Figure 6. Nombre de suicides enregistrés parmi les habitants de Calais par année selon le sexe. 2000-2015.....	24
Figure 7. Files actives en psychiatrie à Calais selon domicile et lieu de prise en charge. 2017.....	32
▪ Tableaux	
Tableau 1. Indicateurs de capacité des services de psychiatrie à Calais. ....	9
Tableau 2. Indicateurs d'activité des services de psychiatrie de Calais. 2017.....	10
Tableau 3. Réseaux, groupements et instances coopératives sur santé mentale/handicap psychique dans le Calais. ....	19
Tableau 4. Nombre de séjours avec diagnostic de TS des habitants de Calais, du reste du Pas-de-Calais et des autres départements des Hauts-de-France. 2016. ....	23
Tableau 5. Personnes présentes aux groupes focaux ou interviewées dans le cadre du diagnostic partagé sur la psychiatrie et la santé mentale à Calais.....	30

## Annexe 4. Sigles et acronymes

Adis	Association pour le développement des initiatives en santé
Afapei	Association familiale de parents et amis de personnes handicapées mentales
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
Atih	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
Caarud	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CH	Centre hospitalier
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
Cim	Classification internationale des maladies
CLS	Contrat local de santé
CLSM	Contrat local de santé mentale
CPAM	Caisse primaire d'assurance-maladie
Creai	Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
Csapa	Centre de soins, d'accueil et de prévention en addictologie
Ehla	Équipe hospitalière de liaison en addictologie
EMPP	Equipe mobile psychiatrie précarité
EPSM	Établissements publics de santé mentale
Esat	Établissements ou services d'aide par le travail
ETP	Équivalent temps plein
ESMS	Établissements et services médicaux sociaux
Fas	Fédération des acteurs de la solidarité
Gem	Groupe d'entraide mutuelle
GHT	Groupement hospitalier de territoire
ICM	Indice comparatif de mortalité
Itep	Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
Mahra	Maison d'accueil, d'hébergement, de réinsertion et d'accompagnement
Mildeca	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
Maia	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
Maia	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MCO	Médecine-chirurgie-obstétrique
Pass	Permanence d'accès aux soins de santé
PRE	Plan de réussite éducative
PMSI-MCO	Programme médical des systèmes d'information, médecine-chirurgie-obstétrique
RimP	Recueil d'information médicalisé en psychiatrie
RPSM	Réseau précarité santé mentale
Saas	Structure alternative d'accueil spécialisé
Samsah	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SDT	Soins à la demande d'un tiers
SDRE	Soins à la demande d'un représentant de l'Etat
SIAO	Service intégré d'accueil et d'orientation
SPPI	Soins psychiatriques en cas de péril imminent
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
Ted	Troubles envahissants du développement
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
Unafam	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

## Bibliographie

- [1] Einhorn L. La santé mentale à Calais. Migrants, intervenants. Des constats et des préconisations d'actions. La nécessité d'agir. Médecins du Monde ; 2015.
- [2] Ministère de la santé. Circulaire DGS/2030/MS du 12/12/1972 portant sur les conseils de santé mentale de secteur. 1972.
- [3] Ministère de la santé publique et de la population. Circulaire du 15/03/1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. 1960.
- [4] Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale. n.d.
- [5] Ministère de la santé. Plan santé mentale 2005-2008 n.d. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_2005-2008.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf).
- [6] Couty E. Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports 2009. <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000037.pdf>.
- [7] Rhenter P. Les conseils locaux de santé mentale : histoire et concept. Pluriels 2011:2-4.
- [8] Guézennec P, Roelandt J-L. Les conseils locaux de santé mentale en France : état des lieux en 2015. Inf Psychiatr 2015;Volume 91:549-56.
- [9] Ministère des Affaires sociales et de la santé et Ministère de la Ville, de la jeunesse et des sports. Instruction n°DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville. 2016.
- [10] Plancke L, Rhenter P. Intérêts et limites des nouvelles approches territoriales en santé mentale. Actual Doss En Santé Publique 2013:26-30.
- [11] Letourmy A, Naïditch M. L'émergence de la démocratie sanitaire en France. Santé Société Solidar 2009:15-22.
- [12] Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. n.d.
- [13] Guézennec P. Etat des lieux national des CLSM 2018. [http://clsm-ccoms.org/wp-content/uploads/2018/09/Etat-des-lieux-national-2018-des-CLSM-en-France\\_Centre-national-de-ressources-et-dappui-aux-CLSM-2.pdf](http://clsm-ccoms.org/wp-content/uploads/2018/09/Etat-des-lieux-national-2018-des-CLSM-en-France_Centre-national-de-ressources-et-dappui-aux-CLSM-2.pdf).
- [14] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Statistique d'activité des établissements de santé (SAE) 2017. <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/recherche.htm>.
- [15] Ministère des affaires sociales et de la santé. Guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie. 2017.
- [16] Chan-Chee C, Jezewski-Serra. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. Institut de veille sanitaire; 2014.
- [17] Plancke L, Ducrocq F, Clément G, Chaud P, Haeghebaert S, Amariei A, et al. Les sources d'information sur les tentatives de suicide dans le Nord - Pas-de-Calais (France). Intérêts et limites. Rev Epidemiol Sante Publique 2014;62:351-60.
- [18] Chan-Chee C. Les hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins de courte durée : évolution entre 2008 et 2017. BEH 2019:48-54.
- [19] CepiDc. Causes médicales de décès. 2017.
- [20] Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies. Montréal: Editions Nouvelles; 1995.
- [21] Baux M, Tonnel P, Labey M, Plancke L, Amariei A, Danel T. Diversité des équipes mobiles psychiatrie précarité du Nord-Pas-de-Calais en 2015. Inf Psychiatr 2016;me 92:397-405.
- [22] Plancke L, Cadou M-N, Amariei A. Diagnostic territorial partagé en santé mentale du Pas-de-Calais 2018.
- [23] Fiévet L, Goidin I, Vinckier F. Maia du Calaisis. Démarche de psychogériatrie. Calais: Agence Régionale de Santé Hauts-de-France; 2018.
- [24] Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. 2005.
- [25] Mahra Le Toit. Rapport d'activité 2017. 2018.
- [26] ABCD. Rapport d'activité 2017. Saint-Omer: 2018.
- [27] Observatoire régional de la santé Nord - Pas-de-Calais. Diagnostic de la santé à Calais. 2012.
- [28] Plancke L, Amariei A, Lancial N, Lose S. Les traitements de substitution aux opiacés dans le Nord et le Pas-de-Calais. Lille: F2RSM et Cèdre bleu; 2016.
- [29] Plancke L, Benoît E, Chantelou M-L, Amariei A, Vaiva G. Le recours aux médicaments psychotropes dans le Nord - Pas-de-Calais (France). Thérapie 2009;64:279-87.
- [30] Agence régionale de santé Hauts-de-France. Pacte territoire santé. Des mesures concrètes pour lutter contre les déserts médicaux dans les Hauts-de-France. Lille: 2017.
- [31] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. n.d.
- [32] Hamon A. Contrat local de santé de Calais. Bilan de l'axe 3: Réduire les inégalités d'accès aux soins. Calais: Ville de Calais; 2018.

- [33] NP. Réseau précarité santé mentale du Calaisis. Lille: 2010.
- [34] Duhem S, Berrouiguet S, Debien C, Ducrocq F, Demarty AL, Messiah A, et al. Combining brief contact interventions (BCI) into a decision-making algorithm to reduce suicide reattempt: the Vigilans study protocol. *BMJ Open* 2018;8:e022762.
- [35] Plancke L, Amariei A, Danel T, Debien C, Duhem S, Notredame C-E, et al. Efficacy of a follow-up program after Suicide Attempt (Vigilans). *Arch Suicide Res* 2019.
- [36] Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. 2002.
- [37] Fond G, Ducasse D. [Motivational interview: supporting change]. *Soins Psychiatr* 2015:41-3.







Citation recommandée : Plancke L., Amariei A., Danel T., Santé mentale et psychiatrie : un diagnostic partagé, Lille, Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale, rapport pour la Ville de Calais, mars 2019, 40 p.

En préalable à la constitution d'un Conseil local de santé mentale (CLSM), la Ville de Calais a confié à la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France un diagnostic partagé sur la santé mentale et la psychiatrie dans cette ville. Financée par l'Agence régionale de santé, cette étude a mobilisé des données statistiques et épidémiologiques, des rapports, ainsi que le point de vue de 33 acteurs locaux, réunis en novembre et décembre 2018.

L'offre sanitaire peut sembler importante à Calais (trois établissements de santé y ont une autorisation en psychiatrie), mais le centre hospitalier peine à pourvoir ses postes de psychiatres et les graves difficultés socio-économiques d'une partie de sa population ont des répercussions psychiques importantes, qu'ont à prendre en charge les services de psychiatrie, mais également les Établissements et services sociaux et médico-sociaux (EESMS) et différents autres acteurs. Des coopérations, formalisées ou non, existent et plusieurs réseaux sont constitués pour améliorer les parcours de soins et de vie ; pour la prise en charge des enfants, des tensions importantes entre professionnels ont été décrites.

Les conduites addictives et suicidaires sont plus fréquentes à Calais que dans le reste de la région, de même que le taux de prise en charge dans les services de psychiatrie. Les troubles mentaux et le handicap psychique semblent également fréquents parmi le public accompagné par les EESMS.

Le volontarisme de la Ville de Calais et la qualité des liens entre les acteurs qui interviennent sur le territoire communal sont des facteurs favorables au renforcement des coopérations, sous réserve de ressources humaines adaptées à l'ampleur des besoins.

Mars 2019.