

VAR

PTSM



Projets
territoriaux
de santé mentale

PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE

Département du Var
2021-2025

CODES 83

**« Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès,
travailler ensemble est la réussite » (H. Ford)**

Le travail réalisé pour élaborer ce Plan Territorial de Santé Mentale est donc un début qui nous conduira vers les progrès de la concertation, de la connaissance partagée des dispositifs et de la mutualisation.

La réussite devrait être réservée aux usagers, aux patients, au public à qui est finalement destiné ce travail.

La crise sanitaire a impacté la dynamique partenariale, mais ce travail a abouti. Nous remercions ici tous les partenaires, usagers, professionnels du secteur associatif, sanitaire, social, du travail effectué, de la qualité et la pertinence des échanges que nous avons pu avoir et qui ont nourri le diagnostic et la feuille de route.

Les réunions mettaient autour de la table des directeurs d'établissements, des professionnels de santé, des éducateurs, des usagers, des représentants des familles et nous avons tous pu apporter une vision, un angle de vue particulier qui, nous l'espérons, se retrouve dans ce travail.

Ce temps passé ensemble est, n'en doutons pas, initiateur d'une nouvelle organisation plus partenariale. C'est l'idée forte de ce plan territorial et c'est le souhait de tous les participants.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	9
INTRODUCTION	13
CADRE REGLEMENTAIRE	15
MÉTHODOLOGIE D'ÉCRITURE	17
1. L'animation régionale	17
1.1 L'accompagnement méthodologique	17
1.2 L'apport de connaissances	18
2. Méthodologie pour le PTSM 83	20
2.1 Recueil documentaire	21
2.2 Mobilisation des acteurs	21
2.3 Rencontres des groupes de travail	21
2.4 Concertation des usagers	25
2.5 Modalité de gouvernance	26
DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE DE SANTE MENTALE DU VAR	29
PARTIE 1. La santé mentale dans le département du Var : portrait du territoire	31
<i>Méthodologie</i>	31
<i>Avant-propos</i>	32
1.1 Présentation du territoire	33
1.1.1 Le département du Var (83)	33
1.1.2 EPCI dans le Var	33
1.2 Contexte démographique du Var	34
1.2.1 Répartition de la population dans le territoire varois	34
1.2.2 Un accroissement démographique continu	35
1.2.3 Un vieillissement prononcé de sa population	37
1.2.4 Taux d'espérance de vie et taux de mortalité	38
1.3 Contexte socio-économique du Var	40
1.3.1 Les structures familiales	40
1.3.2 Le taux de chômage	41
1.3.3 Les niveaux de diplôme	42
1.3.4 Les indicateurs de précarité	43
1.3.5 Nombre d'adultes couverts par l'Allocation aux Adultes Handicapés	45

1.3.6 Nombre d'enfants couverts par l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé	46
1.4 Contexte sanitaire du Var	47
1.4.1 Taux de prévalence de la déficience chez les enfants	47
1.4.2 Les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide	48
1.4.3 La consommation des soins en psychiatrie générale	48
1.4.4 Consommation de médicaments.....	50
1.5 L'offre de soins	51
1.5.1 L'offre psychiatrique pour adulte	51
1.5.2 Les équipes mobiles	59
1.5.3 Les établissements médico-sociaux	60
1.5.4 Les établissements médico-sociaux : l'offre pour les personnes âgées	62
1.5.5 Les projets de réhabilitation psychosociale.....	62
1.5.6 L'offre psychiatrique infanto-juvénile	64
1.5.7 Les établissements médico-sociaux : L'offre pour les jeunes	68
1.5.8 Synthèse des taux d'équipement en psychiatrie.....	69
1.6 L'offre de soins libérale	70
1.6.1 Médecine générale	70
1.6.2 Médecine spécialisée	75
1.6.3 L'offre paramédicale.....	76
1.7 Les instances de coordination	79
1.7.1 Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé	79
1.7.2 Les Conseils Locaux de Santé Mentale.....	81
1.7.3 Le Groupement Hospitalier Territorial.....	81
1.7.4 Les Plateformes Territoriales d'Appui.....	82
1.7.5 Les Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale.....	83
1.7.6 Les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer	83
1.7.7 Le Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées	84
1.8 Les structures de prévention et d'accompagnement	84
1.8.1 La Protection Maternelle et Infantile.....	84
1.8.2 Actions de santé du Département.....	85
1.8.3 Les structures d'addictologie.....	85
1.8.4 Les structures de répit.....	87
1.8.5 Les lieux de prévention et d'information	88
1.8.6 Les lieux de formation	91
1.8.7 Les Groupes d'Entraide Mutuelle	91
1.8.8 Les associations de soutien en santé mentale.....	92

1.8.9 La Maison Départementale des Personnes Handicapées du Var	93
1.8.10 La Maison Départementale des Aidants.....	94
1.8.11 Les lieux de réinsertion vers l'emploi.....	95
Synthèse du portrait de territoire	96
PARTIE 2. La santé mentale dans le département du Var : recueil qualitatif.	99
2.1 Rencontres des groupes de travail	99
2.2 Rencontres avec des personnes concernées	104
SYNTHESE DU DIAGNOSTIC : Le diagnostic varois au regard des 6 priorités de santé	107
STRATEGIE D'ELABORATION DU PTSM 83 ET DE MISE EN ŒUVRE DES FICHES ACTION	115
La stratégie de rédaction des fiches actions	115
PISTES D' ACTIONS.....	119
FICHES ACTIONS.....	123
AXE 1 - Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide.....	131
AXE 2 - Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité.	138
AXE 3 - Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.....	144
PILOTAGE ET SUIVI.....	314
1. Au niveau régional	314
1.1 L'animation de groupes de travail	314
1.2 Des actions de communication, d'information et de sensibilisation.....	315
1.3 Des actions d'évaluation	315
2. Coordination départementale du PTSM 83 (2021-2025)	316
EVALUATION.....	320
Évolution du comité de pilotage	320
Rôle du coordonnateur dans le suivi et l'évaluation	320
Composition du comité de pilotage et comité de suivi et d'évaluation	320
Processus de suivi et d'évaluation	321
Outils et modalités d'évaluation	322
Table des illustrations	324
Bibliographie.....	326
Sitographie	330
Annexes : voir document Annexes	

GLOSSAIRE

AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
ACT	Appartement de Coordination Thérapeutique
AEEH	Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé
AFT	Accueil Familial Thérapeutique
ALT	Allocation Logement Temporaire
APHP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS	Agence Régionale de Santé
AAVI	Association d'Aide aux VIctimes
BAPU	Bureau d'Aide Psychologique Universitaire
BIJ	Bureau Information Jeunesse
CA	Communauté d'Agglomération
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CAMSP	Centre d'Action Médico-Social Précoce
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CC	Communauté de Communes
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCS	Complémentaire Santé Solidaire
CDSA	Comité Départemental de Sport Adapté
CEOA	Centre d'Évaluation et d'Observation pour Adolescents
CH	Centre Hospitalier
CHITS	Centre Hospitalier Intercommunal Toulon-La Seyne-sur-mer
CIDFF	Centre d'Information des Droits des Femmes et des Familles
CJC	Consultation Jeune Consommateur
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CMU-C	Complémentarité Santé Solidaire Complémentaire
CNFPT	Centre National de la Fonction Publique Territoriale

CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRA	Centre Ressources Autisme
CRCDC	Centre Régional de Coordination des Dépistage des Cancers
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DAF	Dotation Annuelle de Financement
DD 83	Délégation Département du Var (ARS)
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
ELSA	Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EMC	Équipe Mobile de Crise
EPCI	Établissement Public de Coopération Intercommunale
EREA	Équipe de Référence d'Évaluation Autisme
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS	Établissement Sociaux et Médico-sociaux
ETP	Équivalent Temps Plein Éducation Thérapeutique du Patient
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FJT	Foyer Jeunes Travailleurs
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
GHT	Groupements Hospitaliers de Territoire
HIA	Hôpital d'Instruction des Armées
HDJ	Hôpital De Jour
HZ	Hors Zonage
IDE	Infirmière Diplômée d'État
IEM	Institut d'Education Motrice
IME	Institut Médico-Éducatif
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IPA	Infirmier de Pratique Avancée
ITEP	Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MDA	Maison Des Adolescents

MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MAIA	Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MNA	Mineurs Non Accompagnés
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OQF	Objectif Quantifié National
ORS	Observatoire Régional de Santé
PAEJ	Point d'Accueil et d'Écoute Jeunes
PCO	Plateforme de Coordination et d'Orientation
PCPE	Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PIJ	Point Information Jeunesse
PLIE	Plan Local pour l'Insertion et pour l'Emploi
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PPA	Projet Personnalisé d'Accompagnement
PSSM	Premiers Secours en Santé Mentale
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
RHEOP	Registre des Handicaps de l'Enfant et Observatoire Périnatal
RSA	Revenu de Solidarité Active
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SESSAD	Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile
SIAO	Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation du Var
SPE	Service Public de l'Emploi
SSA	Soins de Suite spécialisés en Addictologie
SSIAD	Services de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite de Réadaptés
SUMPPS	Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
TED	Trouble Envahissant du Développement
TMS	Troubles Mentaux Sévères

- UNAFAM** Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques
- ZAC** Zone d'Action Prioritaire
- ZIP** Zone d'Intervention Prioritaire

INTRODUCTION

Ce projet territorial de santé mentale (PTSM) est l'aboutissement de 18 mois de travaux, largement impactés par l'épidémie de COVID-19 qui a empêché plusieurs mois durant les rencontres présentiels entre partenaires. Il a cependant permis, et c'est le premier bénéfice de ce projet, de mettre en réflexion commune des partenaires parfois peu habitués au collectif.

Le Var est un département avec de fortes disparités territoriales et économiques. La culture partenariale y est insuffisamment développée.

Ce travail en commun a mis en lumière des actions parfois méconnues des partenaires et a contribué à une meilleure connaissance des dispositifs existants.

Le CODES 83 a été choisi pour accompagner la démarche de concertation, rédiger le diagnostic partagé et le PTSM reprenant les pistes d'actions retenues par les acteurs. Un cahier des charges et un calendrier ont été définis. Un délai a été consenti au niveau national pour la signature des PTSM, compte tenu de la crise sanitaire, et le travail s'est poursuivi tout au long de l'année 2020.

Le choix d'une structure non soignante pour accompagner l'élaboration de ce PTSM a facilité l'expression des usagers et l'implication des différents partenaires qu'ils soient institutionnels, associatifs, du champ sanitaire, médicosocial, social ou éducatif.

Ce PTSM est issu d'une démarche collective et partagée qui a été initiée le 21 juin 2019 lors de la première rencontre organisée par la délégation départementale du Var de l'ARS PACA avec l'ensemble des acteurs locaux.

Ce PTSM est rédigé en vue d'améliorer le parcours de vie, de prise en charge, de soins de l'utilisateur en Santé Mentale et d'éviter toute rupture de ce parcours. Il comporte un volet de diagnostic du territoire afin d'analyser les besoins et l'offre des services existants et des préconisations d'actions pour la mise en œuvre du plan de santé mentale des cinq prochaines années sur le département du Var.

La métropole Toulon Provence Méditerranée (TPM) regroupe 41 % de la population varoise sur 12 communes alors que le Var en compte 153. Il y a donc logiquement une concentration des dispositifs publics sur ce territoire, parfois au détriment du reste des varois. Cette disparité s'est bien sûr retrouvée dans les rencontres autour du PTSM et en est un constat. Le centre hospitalier de Pierrefeu du Var permet de développer des actions en dehors de TPM mais reste proche de la frange littorale, bien qu'il développe des actions sur la Provence Verte.

Le Var, département à la fois rural et urbain, un des plus touristiques de France, marqué par la présence militaire, est donc atypique, et peut sembler morcelé. Ce travail a permis un partage d'informations et de réflexion autour des besoins des personnes concernées par la santé mentale et il a réuni des professionnels médicaux et non médicaux, des personnes concernées, des administrations, des associations autour de ces questions. Plus de 150 personnes ont pu ainsi s'exprimer.

CADRE REGLEMENTAIRE

La Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a souhaité faire évoluer la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie dans le sens d'une action globale et transversale.

L'article 69 de la loi précise notamment :

- le cadre : « La politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en Psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion. » (Art. L. 3221-1)
- ainsi que son organisation autour du « projet territorial de santé mentale dont l'objectif est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture [...] »

L'article 69 (Art. L. 3221-2) stipule également que le projet territorial est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale, qu'il organise la coordination territoriale de second niveau et qu'il définit les actions à entreprendre afin de répondre aux besoins identifiés par le diagnostic territorial partagé.

Le décret du 27 juillet 2017 est venu fixer les priorités auxquelles sont tenus de répondre les PTSM et détermine ainsi la feuille de route que les acteurs du territoire ont la charge d'élaborer (article R.3224-5 du Code de la santé publique) :

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

En prolongement du décret, l'instruction n°DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale est venue préciser les modalités d'association des acteurs, le rôle des ARS, les modalités de mise en œuvre, de contractualisation, de suivi et d'évaluation des projets.

Ainsi, dans le respect de l'application de ce cadre réglementaire, il s'est agi pour les territoires d'élaborer :

- Un diagnostic territorial partagé, organisé avec l'ensemble des acteurs concernés (les représentants des usagers, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements publics de l'Etat concernés, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales) et établi sur la base de données quantitatives et sur une analyse qualitative émanant des réflexions et des échanges organisés entre les acteurs de terrain,
- Un projet territorial de santé mentale prenant la forme d'une feuille de route sur 5 ans comprenant des fiches action concrètes et réalistes.

Enfin, la contractualisation est précisée par l'art. L. 3221-2 du code de la santé publique (ainsi que dans l'instruction du 15 juillet 2018) selon lequel « les actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial de santé mentale font l'objet d'un contrat territorial de santé mentale conclu entre l'Agence régionale de santé et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions ».

Ce contrat doit définir « l'action assurée par ses signataires, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation. »

Le décret n° 2020-1063 du 17 août 2020 est venu modifier le délai prévu pour l'élaboration du premier projet territorial de santé mentale, l'épidémie de Covid-19 ayant bouleversé les calendriers initiaux. Initialement fixé au 29 juillet 2020, ce délai est finalement porté au 29 décembre 2020.

MÉTHODOLOGIE D'ÉCRITURE

I. L'animation régionale

Le CRES (Comité régional d'éducation pour la santé) Provence-Alpes-Côte d'Azur est un centre ressources en promotion de la santé et en santé publique. Il s'adresse aux professionnels des champs sanitaire, social, éducatif, médico-social. Parmi ses missions, il coordonne et anime de nombreux dispositifs d'envergure régionale, dont l'élaboration des PTSM de la région.

Cette mission est financée par l'Agence régionale de santé.

Cette animation régionale du processus d'écriture des PTSM est copilotée avec l'ARS siège. En ce sens, un *comité de réflexion* a été créé entre l'ARS et le CRES.

Durant la phase d'écriture des PTSM (de mars 2019 à décembre 2020), le CRES accompagne les animateurs départementaux autant sur la méthodologie qu'en termes d'apport de connaissances sur la thématique santé mentale.

I.1 L'accompagnement méthodologique

Le CRES a proposé aux animateurs départementaux de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur une méthode de travail commune pour l'élaboration du PTSM dans chaque département. Cette méthode a été transcrite sous la forme d'un guide, alimenté au fil des réunions régionales régulières qui ont réuni les animateurs départementaux, les délégations territoriales des ARS, l'ARS siège et le CRES.

Les thématiques abordées dans ce guide sont les suivantes :

- Mobilisation partenariale
 - o Définition des missions de l'animateur et des liens avec la délégation départementale de l'ARS
 - o Élaboration et suivi de groupes de travail en lien avec les 6 priorités nationales
 - o Mise en place et animation d'un comité de pilotage
 - o Organisation de réunions institutionnelles
 - o Importance de donner la parole à tous les acteurs
- Grandes étapes de l'élaboration du PTSM
 - o Diagnostic partagé : échéances et élaboration
 - o Plan d'actions
 - o Identification des problématiques et priorisation
 - o Rédactions des fiches actions
 - o Tableau synthétique de lecture des actions
 - o Charte graphique
 - o Evaluations
 - o Pilotage et suivi

- Modalités de communication entre le niveau régional et national
- Livrables
 - o Définition des 3 livrables à proposer à l'ARS

Cet outil a été validé par l'ARS à chaque étape et partagé avec les animateurs et délégations territoriales de l'ARS.

Huit réunions d'animation régionales ont été organisées durant le processus d'écriture. Ces réunions ont eu pour objectifs :

- De partager une méthodologie commune
- D'intégrer les informations et directives nationales aux projets départementaux
- D'enrichir les réflexions des territoires en faisant intervenir des acteurs ressources, comme l'ANAP, ou des acteurs experts, comme le centre ressource de réhabilitation psychosociale ou encore le centre régional des psycho-traumatismes.

Afin d'accompagner l'écriture des actions qui seront à déployer sur les 5 années à venir dans le cadre des PTSM, le CRES a proposé un modèle de fiche action.

En parallèle des réunions d'animation régionale, un groupe spécifique « Animation des PTSM » a été créé dans l'Agora social club, réseau des professionnels de l'ARS. L'objectif est le partage de l'avancement des projets et des actualités en santé mentale.

1.2 L'apport de connaissances

Le CRES a également proposé 5 journées régionales thématiques, dont les thèmes ont été en lien avec les problématiques identifiées sur le terrain et les actualités ministérielles. L'objectif de ces journées était de permettre un échange et un apport de connaissances, autour de dispositifs, d'actions et de bonnes pratiques repérés en région ou au niveau national. Le but était d'inspirer les acteurs des territoires dans leur processus d'écriture.

Les intervenants mobilisés ont présenté des actions déployées en France ou ailleurs. Les thèmes et lieux de ces journées ont été les suivants :

- Les droits et la participation des usagers en santé mentale, des liens nécessaires - Marseille
- L'après-contrat : les enjeux d'implantation des projets - Aix-en-Provence
- Les bonnes pratiques en santé mentale - Marseille
- Précarité et santé mentale, violences et traumatismes - Toulon
- Crise et soins sous contraintes - Avignon
- La santé mentale, de la petite enfance à l'enfance : prévention, repérage précoce et prise en charge - à distance

L'ensemble des contenus de ces journées est à disposition des professionnels.

Dans le cadre de sa mission documentaire, le CRES propose des sélections bibliographiques sur les thèmes abordés lors de ces journées ainsi que sur les 6 priorités des PTSM définies par l'instruction ministérielle. D'autres thématiques de sélections bibliographiques ont été mises à disposition des acteurs, sur demande.

En complément de cette offre, le CRES produit un site dont l'objectif est de référencer et de promouvoir les bonnes pratiques en santé mentale. Ce site se nourrit essentiellement des dispositifs et actions mis en œuvre régionalement, et en présente une synthèse, étayée de vidéos, ainsi qu'un niveau de preuve. Chaque bonne pratique doit mentionner une équipe référente ou ressource.

La finalisation, la mise en ligne et l'alimentation de ce site doivent maintenant être confiées à une structure associative nationale.

2. Méthodologie pour le PTSM 83

Dès le printemps 2019 l'Agence Régionale de Santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur a mandaté différentes structures dans chacun des départements de son territoire afin d'animer l'élaboration des PTSM. Le Comité Départemental d'éducation pour la santé du Var (CODES 83) a été choisi afin d'animer l'élaboration du PTSM dans le Var. Définissant le calendrier et la méthodologie générale d'élaboration des PTSM, l'ARS PACA a demandé à chaque équipe d'animation des PTSM de composer un large groupe d'acteurs diversifié et inclusif et de réaliser avec ce groupe un diagnostic partagé des besoins et des solutions envisagées. Le CODES 83 a également la charge de la rédaction du document final présenté, validé par le comité de pilotage puis par l'ARS PACA.

L'ARS PACA et le CODES 83 ont identifié les acteurs locaux pour élaborer ce diagnostic, partager une vision des actions en santé mentale sur le département et identifier les leviers d'amélioration et de changement à mobiliser. Véritable préalable à la définition des projets en santé mentale dans le Var, le diagnostic est indispensable pour définir les stratégies de développement, tout en prenant en compte les dynamiques et les réseaux existants (Couix et al., 2015). Afin d'assurer que les intérêts et préoccupations des acteurs du territoire soient pris en compte, et que ceux-ci soient part entière du processus décisionnel d'élaboration du PTSM du Var (Laperrière et al., 2012), un comité de pilotage (COFIL) proposé par l'ARS a été créé avant la mise en place de la démarche d'élaboration (Annexe 1). Des pilotes et copilotes ont été désignés à l'issue des groupes de travail pour les 6 axes de la feuille de route de santé mentale (Annexe 2).

Tous les participants ont été destinataires d'une bibliographie fournie par le CRES PACA, qui s'est enrichie au fil des mois, d'une façon participative.

Collectes de données

Pour réaliser ce diagnostic territorial partagé, le CODES 83 a fait le choix de recourir à trois collectes de données complémentaires :

- **Un portrait de territoire**, sur les informations quantitatives concernant les spécificités du territoire, au regard des données locales et nationales ;
- **Des rencontres d'acteurs du territoire**, en présentiel en six groupes de travail dans un premier temps autour des six priorités des PTSM ;
- **Une démarche de concertation d'usagers en santé mentale** pour recueillir leur parole, leurs attentes et leurs propositions sur les six priorités du projet territorial de santé mentale ;

Ces différentes collectes de données permettent de trianguler les données qualitatives et quantitatives recueillies. En effet, la triangulation est une méthode d'analyse permettant d'obtenir une compréhension plus complète d'un phénomène permettant de corroborer différentes méthodes de collectes de données (Creswell, 2013; Guével et al., 2015).

2.1 Recueil documentaire

La recherche documentaire permettant d'enrichir le diagnostic territorial d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs à différents niveaux (national, régional, EPCI, communal mais aussi public, privé, sanitaire ou social) a été réalisée de janvier à mai 2020. Le recueil documentaire porte sur la recherche d'indicateurs du territoire et de tout document portant sur une analyse du territoire. Les indicateurs sont issus de différentes bases de données médico-administratives et d'enquêtes nationales ou régionales accessibles en ligne. L'accumulation de ces indicateurs a permis de créer une base de données globale. Pour chaque indicateur, la ou les sources de données sont précisées. Ces données enrichissent le diagnostic à travers des présentations cartographiques ou des tableaux descriptifs.

2.2 Mobilisation des acteurs

Les délégations départementales de l'ARS permettent de décliner localement la stratégie régionale de santé en assurant une mission de proximité (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019). C'est avec cette connaissance des acteurs locaux de santé sur le territoire du Var que la délégation départementale du Var (DD 83) de l'ARS PACA a pu fournir à l'équipe d'animation du PTSM du Var une liste de contacts d'acteurs et de structures pouvant rejoindre l'effort d'élaboration du PTSM. L'équipe de coordination régionale du CRES PACA a partagé avec l'ensemble des équipes d'animation départementale un ensemble de documents permettant d'alimenter conceptuellement la réflexion. Cette bibliographie a été mise à disposition des acteurs et largement partagée.

En juin 2019, 175 contacts ont été partagés par la DD 83 de l'ARS Paca avec l'équipe d'animation du PTSM 83. Une première invitation à participer aux activités du PTSM a ainsi été envoyée. Ce premier message d'invitation a permis d'inscrire 229 personnes intéressées par la réception d'informations en lien avec le PTSM du Var.

2.3 Rencontres des groupes de travail

Programmées dès septembre 2019, deux sessions de travail par axe thématique ont eu lieu d'octobre 2019 à février 2020. Le CODES 83 a largement communiqué sur ces réunions durant toute la période via son site internet et des mails individuels.

Douze rencontres ont donc été menées sur cette période. Pour chacune des rencontres, toute personne concernée voulant contribuer à l'élaboration du PTSM du Var pouvait participer en s'inscrivant en ligne depuis un logiciel sur le site internet du CODES 83. Pour la première session (2019) regroupant les six premières rencontres (Annexe 3), 73 personnes ont pu échanger et partager leurs constats et pistes de solutions envisagées en fonction du thème de la rencontre (Annexe 4).

Ces groupes de travail ont pu avoir une présentation des enjeux de l'élaboration du PTSM du Var. Nous avons proposé une technique d'animation inspirée de la technique du métaplan proposé par Douiller et coll. (2012) en sous-groupe permettant de recueillir les connaissances des participants sur la thématique développée, les projets existants dans le territoire, des projets pouvant être pertinents en dehors du territoire et les besoins qu'ils repéraient. Après le retour en groupe entier, nous avons rassemblé les idées émergentes de chaque groupe. Nous leur avons ensuite proposé de prioriser individuellement les pistes d'intervention ainsi collectées à l'aide de la technique des confettis (Comité régional d'éducation pour la santé Languedoc-Roussillon, 2009). Cette technique permet de pouvoir voter sur les idées qui semblent importantes à traiter dans le PTSM à l'aide de gommettes distribuées à chaque participant. Ainsi, les idées regroupant le plus de gommettes ont facilement émergées, d'une façon très visuelle pour chacun.

Nous avons donc fait le choix, dès le début des rencontres de travailler à la fois sur l'existant, sa connaissance par les partenaires, et les pistes d'amélioration du schéma départemental de santé mentale.

C'est également lors de cette première session que chaque groupe de travail a choisi un pilote et un co-pilote du groupe. Ainsi, 14 personnes se sont proposées pour coanimer un axe prioritaire, devenant référentes auprès des acteurs du département pour travailler sur les fiches actions. Pour chaque rencontre, un compte-rendu a été validé par le pilote et co-pilote avant d'être diffusé sur l'Agora Social Club ainsi que sur le site internet du CODES 83.

La deuxième session de 6 rencontres prévue à partir de janvier 2020 devait respecter l'esprit des groupes de travail thématiques initiés dans la première session. Cependant, dès la mise en commun par le CODES 83 des 6 premières réunions par axe thématique, il est apparu que ces axes prioritaires étaient traversés par des problématiques communes et centrales. À la suite de ce constat, l'équipe du CODES 83 s'est efforcée de réaliser une réorganisation thématique de toutes les actions proposées dans les groupes de travail. Ce travail de synthèse (Annexe 5) été présenté à l'ensemble des pilotes et co-pilotes de chaque groupe de travail lors de la première rencontre de la deuxième session.

Lors de cette première rencontre de la deuxième session, les pilotes et co-pilotes ont proposé collégialement de consacrer les cinq prochaines rencontres à de nouvelles thématiques plutôt qu'aux axes prioritaires initialement prévus (Annexe 6) afin de centraliser les échanges et donc faciliter les groupes de travail à élaborer des pistes de solutions. Les détails des thèmes retenus peuvent être retrouvés dans le Tableau 1 (ci-dessous).

L'objectif de cette deuxième session était la rédaction de fiches actions prioritaires lors de la première session. Avec la réorganisation en thèmes, chaque groupe de travail a dû se réapproprié les différents enjeux et partager de nouveau ses idées. Cette session fut donc l'occasion pour les groupes d'élaborer conjointement des pistes d'actions que d'autres groupes avaient pu proposer. Lors de cette deuxième session, 31 nouvelles personnes se sont rejointes à l'effort d'élaboration du PTSM du Var.

Tableau 1. Répartition des participants et des participations aux rencontres de groupes de travail thématique en 2019 et 2020

Session	Thématique(s)	Nombre de participations (Nombre de nouveaux participants)
Session de présentation	Présentation de la démarche	42 (42)
Session 1 – Groupe 1	Axe 1 - « Organisation du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles »	13 (10)
	Axe 2 - « Organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale »	30 (19)
Session 1 – Groupe 2	Axe 3 - « L'accès aux soins somatiques adapté aux personnes présentant des troubles psychiques »	19 (12)
Session 1 – Groupe 3	Axe 4 - « Organisation des conditions de prévention et de prise en charge des situations de crise et d'urgence »	22 (11)
Session 1 – Groupe 4	Axe 5 - « Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles »	17 (10)
Session 1 – Groupe 5	Axe 6 - « Organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale »	22 (11)
Session 1 – Groupe 6	Rencontre entre pilotes et co-pilotes	13 (2)
Session 2		

Session 2	Logement - Coordination de parcours - Maillage territorial	30 (8)
Session 2	Parcours de soins - Maillage territorial	25 (3)
Session 2	L'aller vers - Parcours de soins - Maillage territorial	33 (8)
Session 2	Parcours de vie et emploi - Prévention et sensibilisation - Formation des professionnels, des aidants et du grand-public	23 (6)
Session 2	Culture et Empowerment - Parcours de soins spécifiques et notamment des migrants	23 (4)
Session de concertation	Ensemble d'actions répertoriées aux 2 sessions	14 (0)

104 personnes ont rejoint les groupes de travail de la session 1 et la session 2, réunissant ainsi un total de 268 participations. Ces rencontres ont été l'occasion de mieux cerner les problématiques de santé mentale dans le Var, d'élaborer conjointement des pistes d'action visant à consolider les forces du territoire et à combler les lacunes identifiées. Ces rencontres ont véritablement initié une nouvelle forme de travail entre les professionnels, les usagers et les services publics.

Après le confinement, trois autres réunions ont pu se dérouler :

- Une rencontre le 29 juin 2020 sur la formation. Elle a réuni treize personnes autour de la question des formations en santé mentale, des infirmières en Pratique Avancée (IPA) et de la création d'un centre de rétablissement. Elle a aussi été l'occasion de faire un point sur les actions de prévention développées dans le département à ce jour.

- Une rencontre le 09 septembre 2020 sur le développement des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) et l'empowerment qui a réuni 14 personnes autour de ces questions. Nous avons ainsi pu valider la fiche action sur la coordination des GEM et avons ainsi appris la création de deux nouveaux GEM, ce qui porte à trois le nombre de GEM créés sur le territoire depuis le début de la démarche PTSM et conforte l'idée de cette coordination. Le comité départemental de sport adapté (CDSA) et « au Nom de la Danse » ont également présenté leurs activités, et les freins à la mise en œuvre d'activités pour tous, et notamment durant les temps d'hospitalisations où ces activités sont également nécessaires.

- Une rencontre le 16 septembre 2020 pour la présentation du réseau de prise en charge des addictions dans le VAR. Cette rencontre a réuni 10 personnes dont les pôles addictions du CH Henri Guérin et du CHITS et l'ANPAA.

Enfin plusieurs rencontres se sont déroulées avec des partenaires de la santé mentale, en présentiel sur les structures ou au CODES 83 :

- C.H. Henri Guérin
- CHITS - 3 rencontres
- GEM Un Autre Chemin

- CAF du Var
- Maison des Adolescents du Var
- Conseil Départemental, service MNA
- MDPH du Var
- Direction départementale de la Cohésion Sociale (DDCS)

2.4 Concertation des usagers

Les « usagers en santé mentale » ne forment pas une population facilement identifiable. Au contraire, ils appartiennent à une population fortement hétérogène. Les définir reste tout aussi difficile que de définir un groupe de personnes dont le seul point commun serait la couleur de cheveux par exemple ; ils ne peuvent être définis par cette seule caractéristique qui ne dit rien de leur contexte de vie, leurs compétences, leurs perspectives d'avenir.

Entretiens avec des usagers de la santé mentale

Les usagers rencontrés lors de ce premier recueil de données étaient des membres de GEM ou des résidents en foyer. Ces deux groupes sont distincts, par la différence du degré d'autonomie de leurs membres ainsi que par la disparité des problématiques rencontrées. Les GEM sont généralement organisés en association loi 1901, désinstitutionnalisés des structures de soins psychiatriques. Leurs adhérents, des personnes souffrant de troubles (psychiques, cognitifs, etc.) composent le conseil d'administration et élaborent les projets les concernant, souvent accompagnés par des animateurs salariés. Leur objectif est de maintenir le lien social et de diminuer l'isolement afin de faciliter l'insertion sociale (Durand, 2009). Les « foyers » peuvent prendre plusieurs formes. Les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM), les foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés (FHTH) ou les foyers de vie (FV) sont des établissements médico-sociaux ayant pour vocation d'accueillir et d'accompagner des personnes reconnues en situation de handicap par la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH), en situation de dépendance ou d'exclusion sociale. Les personnes ayant accès à ces services peuvent vivre en logement autonome ou collectif. Bien que nous ayons recueilli la parole de 23 membres de GEM et 47 résidents en foyer, ces avis ne sont qu'un aperçu de toute une frange d'usagers qui vivent leurs difficultés de façon diversifiée.

Il s'agit d'un public qui est peu sollicité pour donner son avis. Il est indispensable de les impliquer dans la mise en œuvre des actions les concernant, ce qui requiert des compétences qui restent à développer et à accompagner, malgré les différentes lois sur le handicap qui les placent en décideurs de leur parcours (loi no 2005-102). L'amélioration des conditions de vie, l'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique sont des priorités de la feuille de route santé mentale (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020) et l'implication des patients et usagers à l'organisation de la santé est également identifiée comme un des six leviers de transformation du système de santé du Schéma Régional de Santé 2018-2023 de Paca (ARS PACA, 2018). Afin d'obtenir le ressenti des usagers en santé mentale vis-à-vis des

six priorités du PTSM 83, une grille d'entrevue semi-dirigée sous forme de questionnaire a été élaborée collectivement au sein du CODES 83 (Annexe 7).

D'août 2019 à février 2020, les usagers de 3 GEM, 2 accueils de jour et 4 foyers ont été rencontrés. Le questionnaire élaboré a été adapté en fonction du public. En effet, cet outil a pu être utilisé selon les groupes rencontrés comme un questionnaire, comme une grille d'entrevue individuelle et même comme une grille d'entrevue de groupe, ce qui ne facilite pas l'analyse des données. Ce questionnaire a également été adressé sous forme numérique dans 27 lieux de vie des personnes en situation de handicap mental et 45 questionnaires ont été complétés en ligne (Annexe 8). Il reste important d'être précautionneux avec l'utilisation de ce recueil de données. Il est difficile de recueillir une opinion partagée par tous les usagers du fait de la grande diversité des situations, de l'évolution constante de leur condition ainsi que les difficultés pour certains d'appréhender leur propre ressenti. L'implication des usagers dans la démarche PTSM est donc un enjeu incontournable. Cependant, la participation sociale est une démarche qui doit être accompagnée, notamment avec ce public, encore peu habitué à être sollicité dans ces démarches. C'est pourquoi dès la fin du confinement, nous avons souhaité former un groupe d'usagers pouvant intervenir dans les différentes réunions autour des fiches action afin qu'ils partagent leur expérience, avec les professionnels et amènent des pistes d'amélioration des fiches action.

Constitution d'un groupe d'usagers

Après le confinement, à partir de l'été 2020, ce groupe d'usagers s'est donc constitué. La première rencontre a eu lieu le 25 août à La Garde. Elle a réuni 8 personnes concernées et l'UNAFAM qui se sont également engagés à communiquer dans leurs réseaux respectifs. Cela a été l'occasion de leur présenter la démarche, le diagnostic, et les pistes d'action retenues. La présence de deux médecins du CHITS a également permis des échanges.

2.5 Modalité de gouvernance

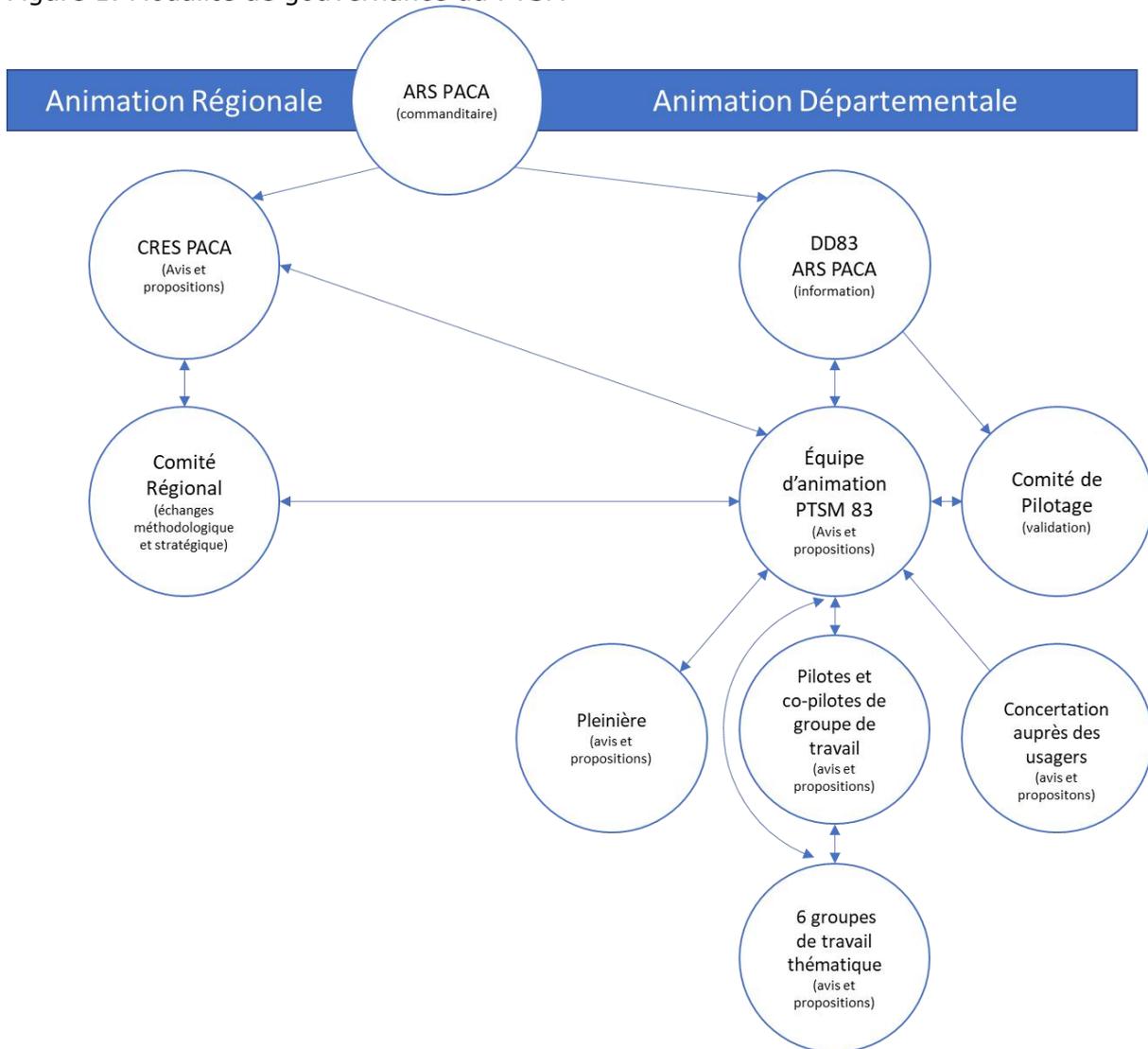
La première réunion de lancement de la démarche du PTSM dans la Var a été réalisée par la Direction Départementale du Var de l'ARS PACA le 21 juin 2019 à l'hôtel Centre Port de Toulon. L'invitation a été envoyée par courrier électronique par l'ARS DD 83. Cette plénière, regroupant 42 personnes, a été l'occasion de présenter la démarche du PTSM et de recevoir les premiers avis et propositions des personnes présentes. L'organigramme ci-dessous présente l'ensemble de la structure organisationnelle de la gouvernance du PTSM du Var.

Durant cette rencontre la modalité de gouvernance du PTSM 83 a été discutée et la mise en place d'un comité de pilotage multi-partenarial (COPIL) a été décidée. Ce comité a pour mandat de valider les modalités de gouvernance et de pilotage du PTSM du Var. L'équipe d'animation du PTSM du Var a pu y partager ses réflexions et questionnements à différentes étapes du processus d'élaboration du PTSM. La constitution des membres du COPIL a été réalisée conjointement avec l'ARS PACA et la

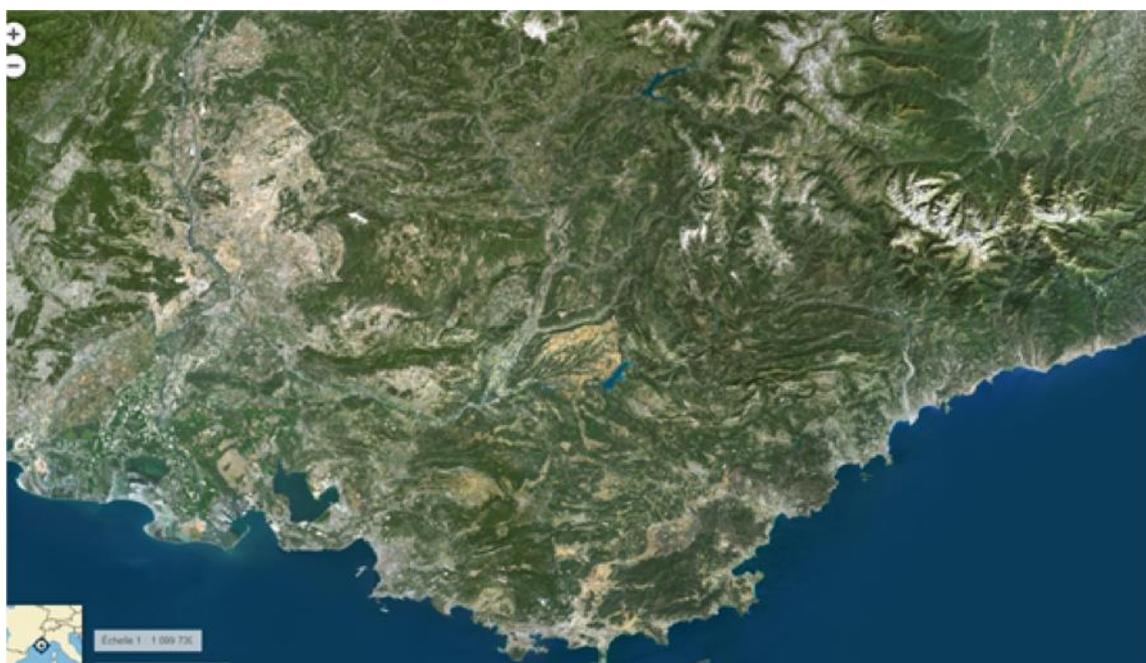
commission spécialisée santé mentale du conseil territorial de santé. Ce COPIL regroupe 25 personnes (Annexe 1)

Trois COPIL ont été prévus et organisés par la DD83 de l'ARS PACA. À la suite de la constitution du COPIL en août 2019, le premier COPIL (septembre 2019) avait pour objectif de préparer le lancement des groupes de travail et de la concertation auprès des usagers. C'est lors du second COPIL (janvier 2020) que les premiers contenus abordés en groupes de travail ont été présentés. Initialement prévue en avril 2020, la troisième rencontre du COPIL devait permettre de valider une première version du rapport du PTSM à remettre à l'ARS PACA. Le covid-19 ayant perturbé l'agenda, cette rencontre fut reportée au 26 novembre 2020.

Figure 1. Modalité de gouvernance du PTSM



DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE DE SANTE MENTALE DU VAR



PARTIE I. La santé mentale dans le département du Var : portrait du territoire

Méthodologie

Dans le but d'obtenir un diagnostic territorial partagé de santé mentale du Var, différentes collectes de données permettant de trianguler les données qualitatives et quantitatives recueillies ont été réalisées. En effet, la triangulation est une méthode d'analyse permettant d'obtenir une compréhension plus complète d'un phénomène permettant de corroborer différentes méthodes de collectes de données (Creswell, 2013 ; Guével et al., 2015).

Parallèlement à cette collecte documentaire, 2 autres types d'actions ont été menées afin d'enrichir et d'objectiver ce diagnostic (rencontres entre acteurs du territoire et concertation des usagers de la santé mentale). La première recherche documentaire a permis de collecter des indicateurs quantitatifs et qualitatifs à différents niveaux géographiques (national, régional, EPCI, communal, bassin de vie, etc.). Ce portrait de territoire a porté sur la recherche d'indicateurs territoriaux et de tout document portant sur une analyse du territoire.

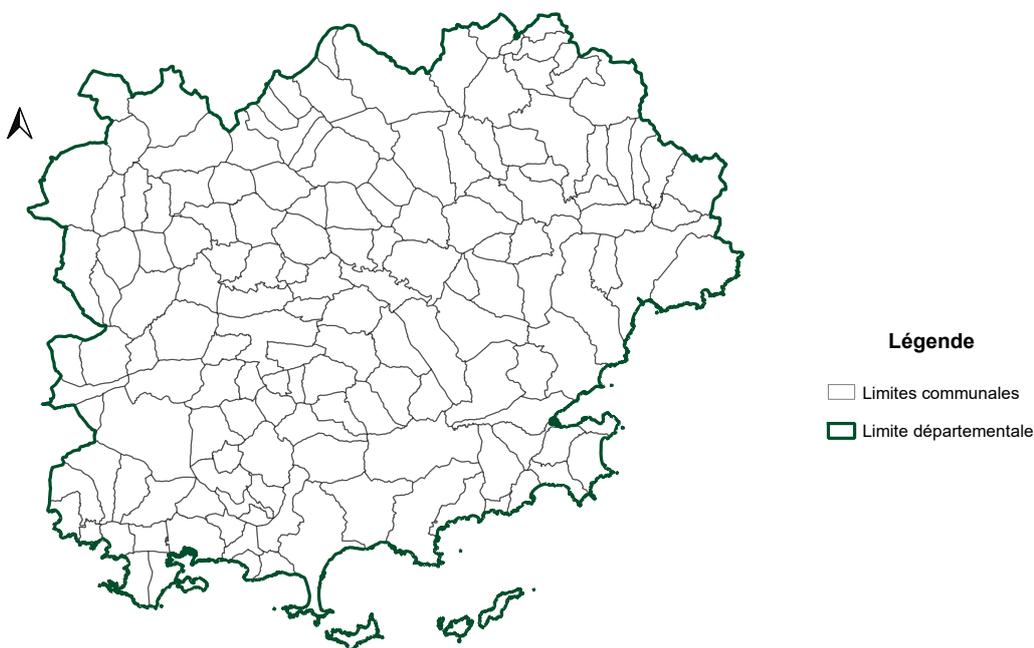
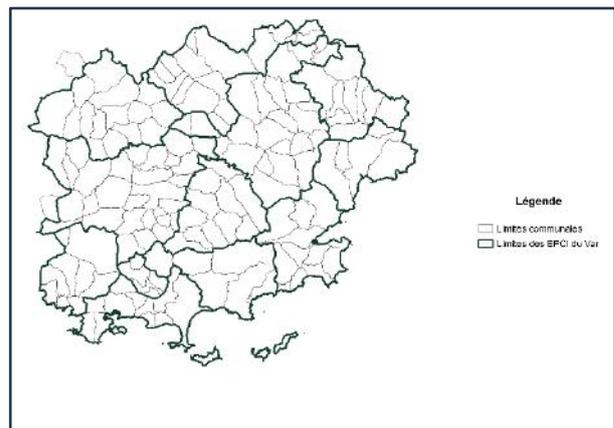
Les indicateurs quantitatifs sont issus de différentes bases de données médico-administratives et d'enquêtes nationales ou régionales suivantes :

- Données du recensement de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) ;
- Données du système national inter-régime de l'assurance maladie (Sniiram) ;
- Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) ;
- Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique (PMSI-MCO) ;
- Enquête Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) ;
- Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) ;
- Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS).

Avant-propos

Ce document intègre un nombre important d'informations représentées sous formes géographiques. Afin d'en faciliter la lecture, toutes les données géographiques seront représentées dans le même format présenté dans la carte 1, assurant une homogénéité et évitant de surcharger les cartes d'informations redondantes. Réalisées à l'aide du logiciel libre de droit QGIS (2020), les cartes sont volontairement laissées sous format vectoriel afin d'optimiser la lecture.

Certaines informations étant importantes à prendre en considération selon les niveaux géographiques, il sera également proposé des miniatures (telle que présentée ci-bas) afin de proposer des cartes selon les intercommunalités ou les communes du Var.



Tout droit réservé - CODES 83, 2020

0 10 km



Carte 1. Carte modèle représentant les cartes utilisées dans le présent document.
Source : Insee, GéoflaCommunes, 2016

I.1 Présentation du territoire

I.1.1 Le département du Var (83)

Le Var fait partie de la Région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA). Il est limitrophe des départements des Bouches-du-Rhône à l'ouest, du Vaucluse, des Alpes-de-Haute-Provence au nord, des Alpes-Maritimes à l'est, et est baigné par la mer Méditerranée au sud.

Avec une surface de 5 973 km², soit 19 % de la superficie régionale, le Var est le 2ème plus grand département de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. La frange littorale sud du département est très urbanisée et le nord du département plus rural. Sur les 153 communes que compte le département, 95 sont considérées comme urbaines (*une commune appartenant à une unité urbaine (Insee, 2020)*) et ces dernières concentrent 95 % de la population du département (Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2018).

I.1.2 EPCI dans le Var

Il existe 12 établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) dans le Var, dont une métropole, quatre communautés d'agglomération et sept communautés de communes.

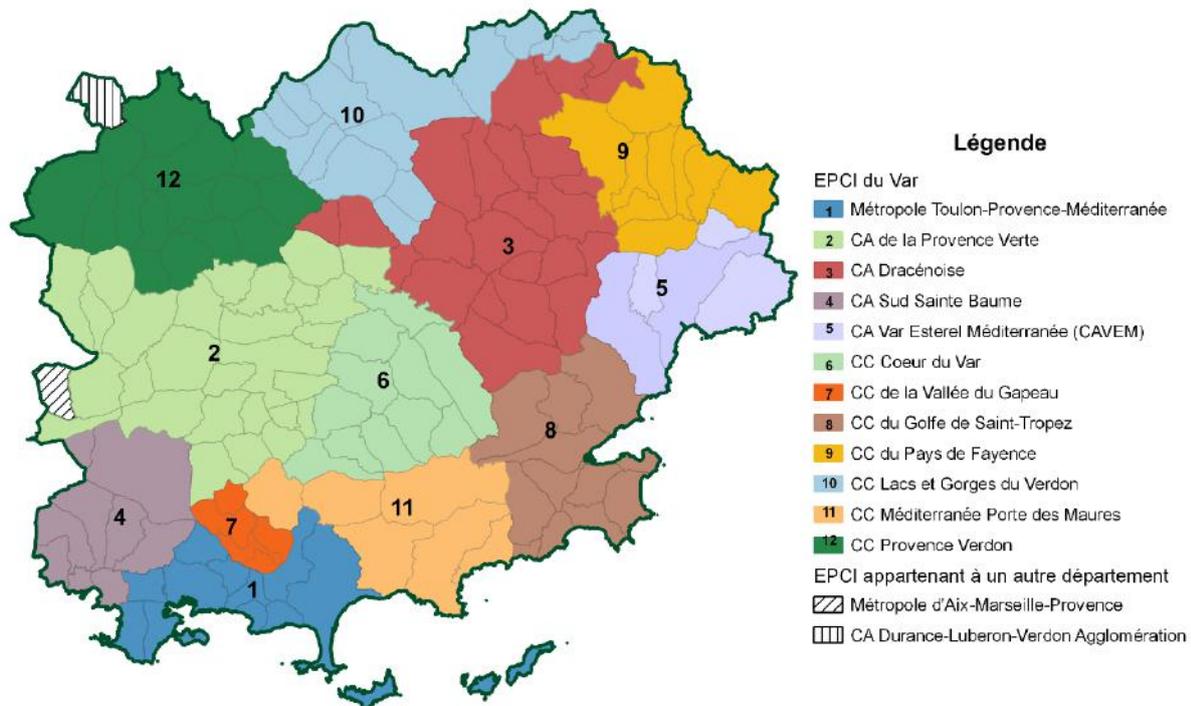
Tableau 2. EPCI dans le Var selon la part d'habitants et le nombre de communes

Nom de l'établissement public de coopération intercommunale	Nombre de communes	Part d'habitants du département (%)
Métropole Toulon-Provence-Méditerranée	12	41,0%
CA Var Esterel Méditerranée	5	10,7%
CA Dracénoise	23	10,2%
CA de la Provence Verte	28	9,3%
CA Sud Sainte Baume	9	5,8%
CC du Golfe de Saint-Tropez	12	5,4%
CC Méditerranée Porte des Maures	6	4,1%
CC Cœur du Var	11	4,1%
CC de la Vallée du Gapeau	5	2,9%
CC du Pays de Fayence	9	2,6%
CC Provence Verdon	15	2,1%
CC Lacs et Gorges du Verdon	16	0,9%

Note : CA = Communauté d'agglomération et CC = Communauté de communes.

Source : Insee, Recensements de la population » 2016

Le Var comporte également deux communes (Saint-Zacharie, Vinon-sur-Verdon) appartenant chacune à un EPCI ne dépendant pas du Var : La Métropole d’Aix-Marseille-Provence (13) et la Communauté d’agglomération Durance-Luberon-Verdon-Agglomération (04). Les cartes représentant les EPCI, telle que la carte 2, ne prendront pas en compte ces communes dans les représentations des données.



Tout droit réservé - CODES 83. 2020

Carte 2. Répartition des EPCI dans le Var

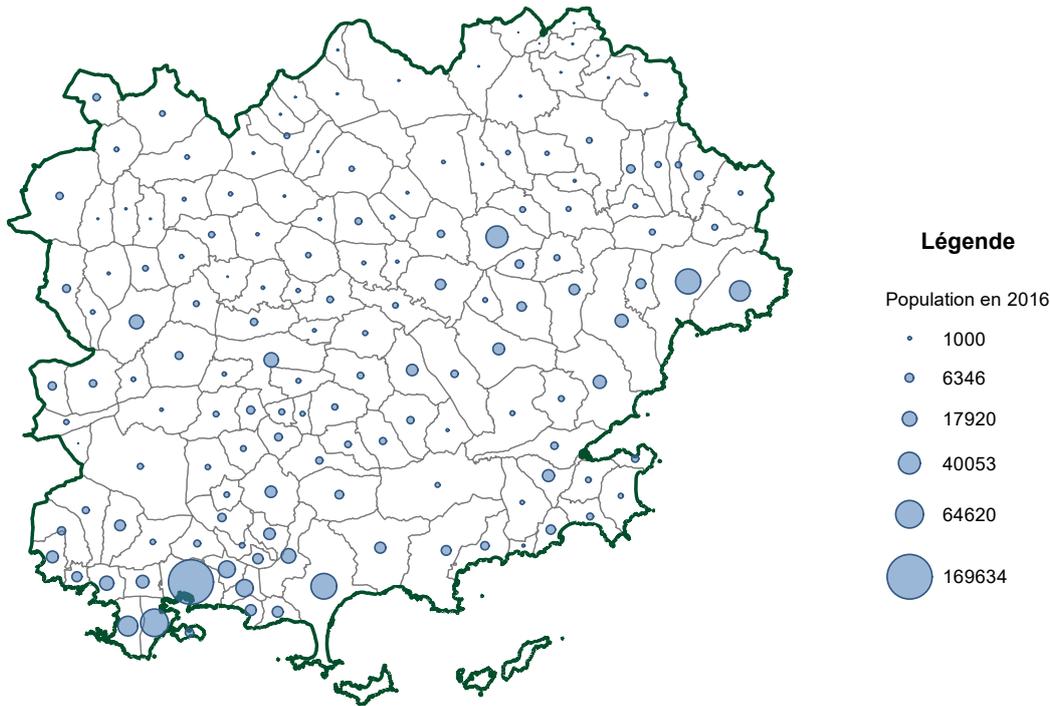
Sources : IGN, GéoflaCommunes, 2016
Insee, Code officiel géographique, 2020

I.2 Contexte démographique du Var

I.2.1 Répartition de la population dans le territoire varois

Au 1er janvier 2019, le département du Var comptait 1 068 920 habitants, soit 21,2 % de la population régionale. Le Var est le troisième département de la région en nombre d’habitants (INSEE, 2019).

Comme l’illustre le tableau 2, 2 personnes sur 5 habitent dans la Métropole Toulon-Provence-Méditerranée (TPM) soit 41 % de la population du Var. Cette zone concentre de nombreux emplois : 406 entreprises ayant 50 salariés et plus sont recensées sur ce territoire (Insee, Répertoire des entreprises et des établissements, 2016). 43,1% des employés actifs de 15 à 64 ans exercent leur métier à la Métropole TPM (Insee, Recensements de la population, 2016).



Tout droit réservé - CODES 83, 2020

Carte 3. Répartition de la population dans le Var.

Sources : IGN, GéoflaCommunes, 2016

Insee, Recensements de la population, 2016

I.2.2 Un accroissement démographique continu

Porté par une attractivité migratoire importante, le Var est le département qui a la croissance démographique la plus dynamique de la région PACA. Il contribue à la croissance démographique régionale avec une population qui a progressé en moyenne de 8 500 habitants chaque année entre 1999 et 2019 (INSEE, 2019).

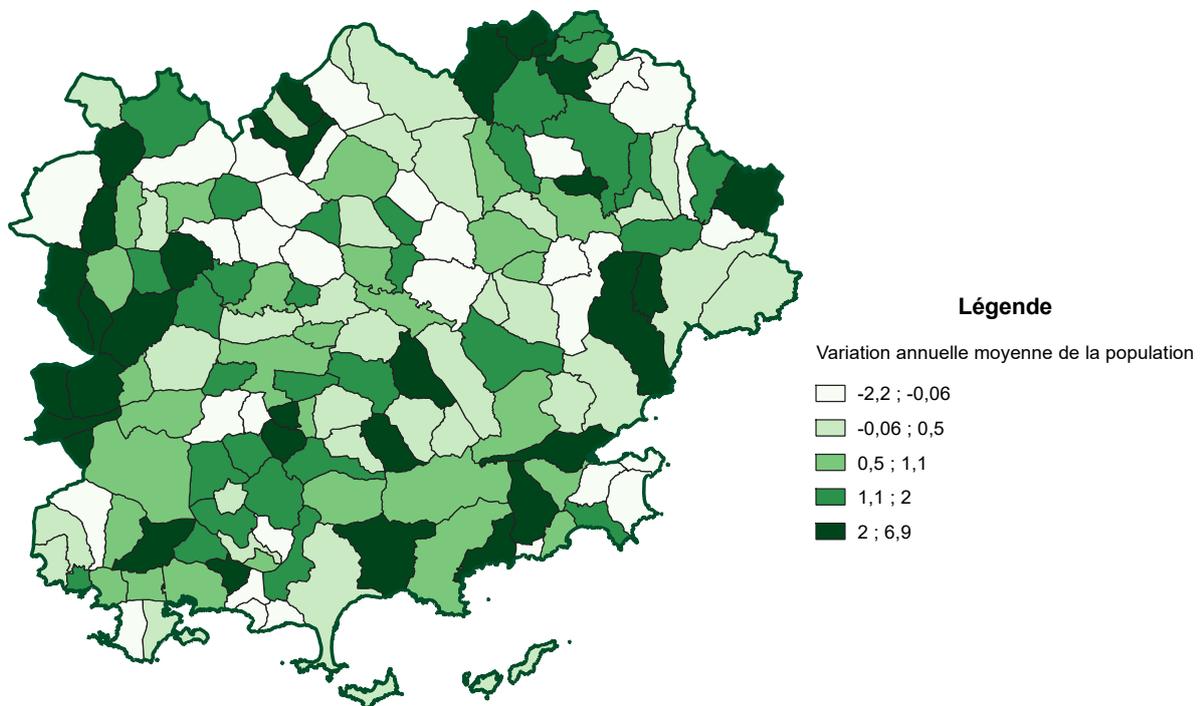
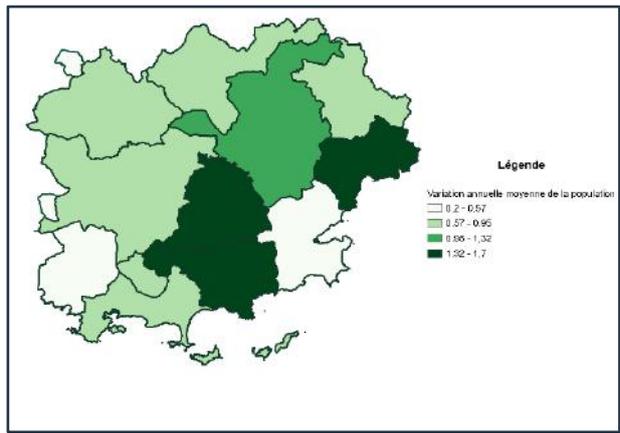
Figure 2. Évolution de la population du Var, de PACA et de la France métropolitaine depuis 1999



Lecture : la population du Var a augmenté de 19 % entre 1999 et 2019.

Sources : Insee, Recensements de la population de 1999 à 2019.

On peut noter une grande disparité de l'évolution de la population dans le Var. Alors que la variation annuelle moyenne dans le Var est de 1 %, certaines communes ont une variation allant de 6,9 % à -2,2 %. Ce sont la CA Méditerranée Porte des Maures, la CA de la Provence Verte, la CC Lacs et Gorges du Verdon et la CC Cœur du Var qui ont le plus fort accroissement de population.



Carte 4. Variation annuelle de la population dans le Var de 2012 à 2017

Sources : IGN, GéoflaCommunes, 2016

Insee, Recensements de la population, 2017

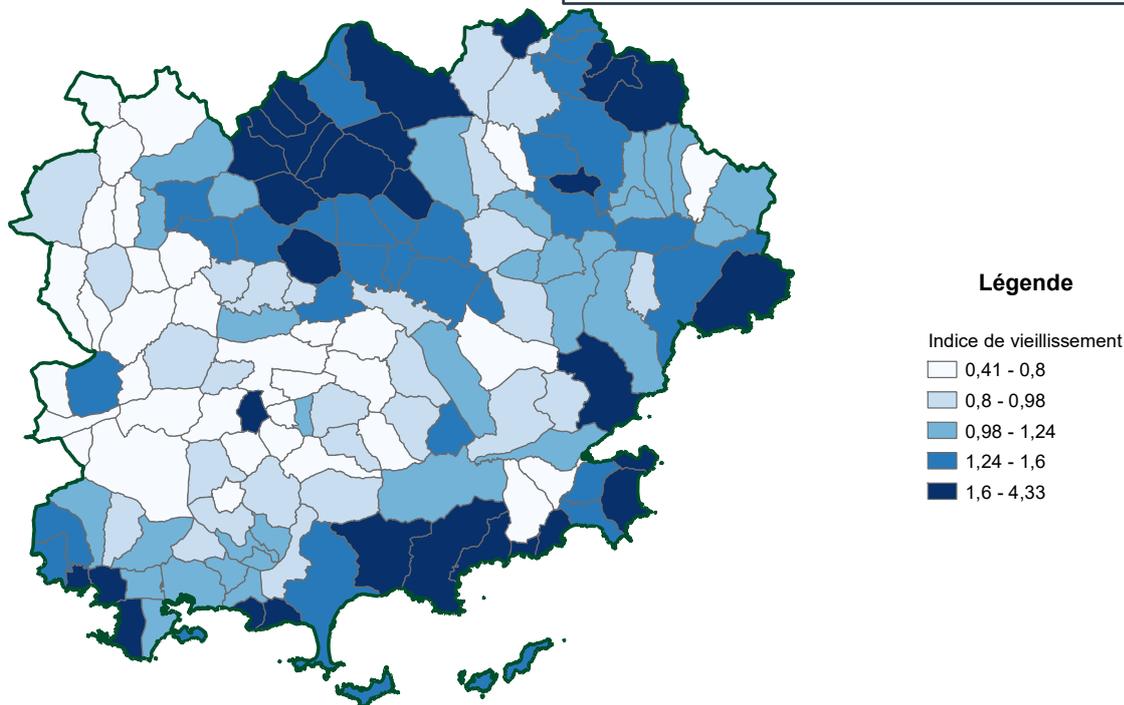
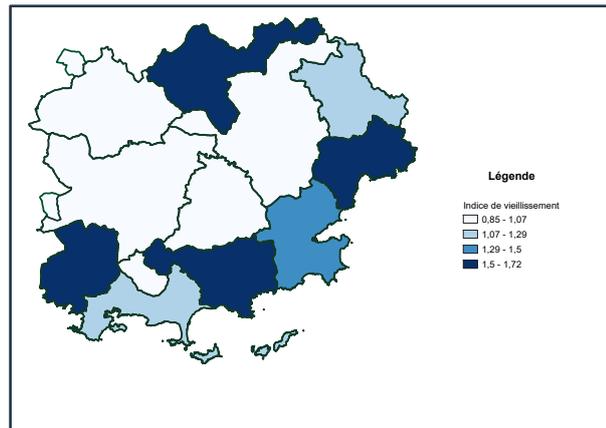
1.2.3 Un vieillissement prononcé de sa population

Le Var compte la plus grande proportion de seniors et de personnes âgées par rapport à la région PACA :

- 32 % des varois ont plus de 60 ans contre 28 % en région et 25 % en France métropolitaine ;
- 12 % des habitants du Var ont plus de 75 ans (INSEE, 2019).

L'indice de vieillissement est de 1,2 dans le Var (*L'indice de vieillissement est le rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans. Un indice de 1 indique que les 65 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents dans un peu près les mêmes proportions sur le territoire. Plus l'indice est élevé, plus le vieillissement est important.*)

Les EPCI à « dominante âgée » (indice égal ou supérieur à 1,5) sont la CA Sud Sainte Baume (1,7), la CC Lacs et Gorges du Verdon (1,7), la CA Var Esterel Méditerranée (1,6) et la CC Méditerranée Porte des Maures (1,5).



I.2.4 Taux d'espérance de vie et taux de mortalité

En 2019, l'espérance de vie à la naissance dans le Var s'élevait à 79,7 ans pour les hommes et 85,5 ans pour les femmes, soit un niveau légèrement plus faible qu'en France métropolitaine.

Tableau 3. Espérance de vie à la naissance

Espérance de vie à la naissance	Var	PACA	France
Homme	79,7	80	79,8
Femme	85,5	85,6	85,7

Source : Insee, État civil, Estimations de population, 2019

À l'instar de l'espérance de vie, les indices comparatifs de mortalité mettent en évidence une situation plus favorable pour le département du Var par rapport à l'échelle nationale mais moins favorable que l'échelle régionale.

Tableau 4. Indice comparatif de mortalité 2011-2015

	Var	PACA	France
Indice comparatif de mortalité toutes causes	96,7	96,1	100
Indice comparatif de mortalité prématurée	98,4	95,3	100
Indice comparatif de mortalité évitable	99,6	93,9	100
Taux de mortalité infantile (pour 1000 enfants nés vivants entre 2015 et 2017)	3	3,3	3,5

Source : Inserm CépiDC, Insee, 2011-2015

Le taux de mortalité infantile met en évidence un contexte sanitaire plus favorable pour les habitants du Var : ce taux est nettement inférieur à la situation nationale comme régionale.

Tableau 5. Indice comparatif de mortalité prématurée 2011-2015

Femmes	97,3
Hommes	99

Source : Inserm CépiDC, Insee, 2011-2015

Cet indice met en évidence que les hommes sont davantage touchés par la mortalité prématurée que les femmes. Ces chiffres sont à mettre en perspective avec plusieurs facteurs en lien avec la santé (les comportements à risque, les déterminants de santé, les inégalités sociales de santé, les inégalités territoriales de santé).

Tableau 6. Taux standardisé de décès pour 100 000 habitants entre 2014-2016 par cause et tranche d'âges

Taux standardisé de décès par cause	Var		PACA	France
	Total tous âges	Moins de 65 ans	Total tous âges	Total tous âges
Troubles mentaux et du comportement	30,7	4,8	29,7	29,6
Abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)	3,5	3,0	3,3	3,6
Pharmacodépendance, toxicomanie	0,4	0,4	0,2	0,3
Autres troubles mentaux et du comportement	26,8	1,5	30,1	25,8

Source : CépiDc, 2014-2016

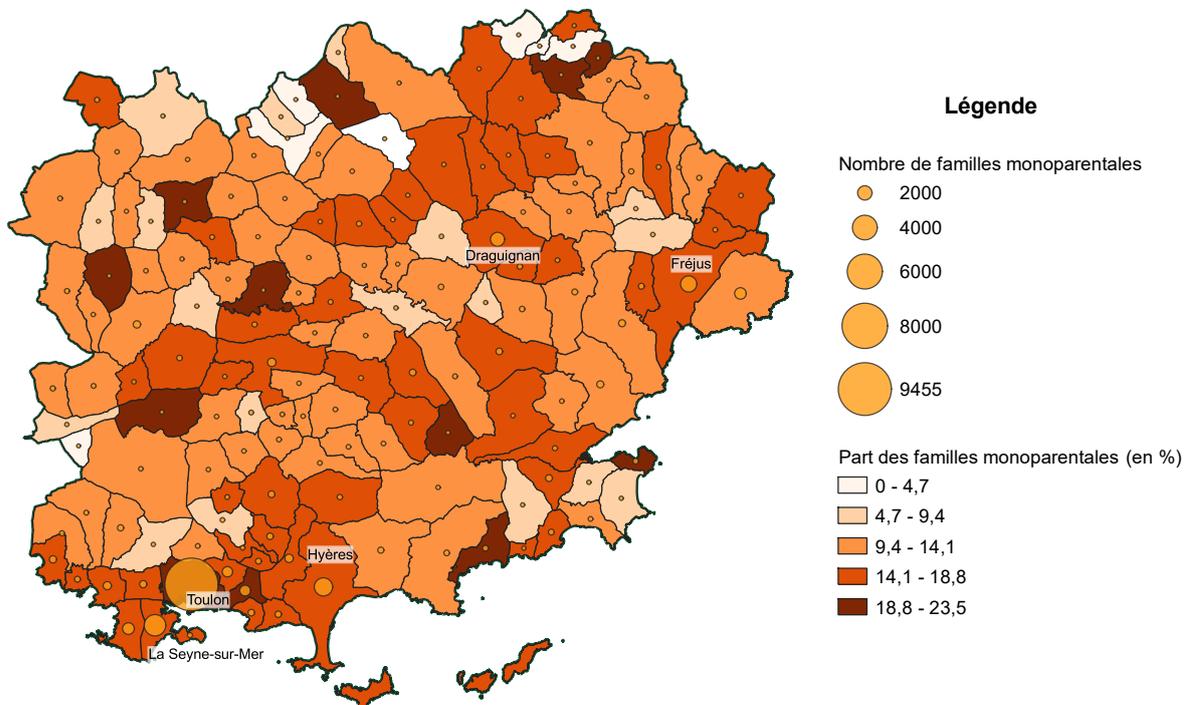
Globalement, la mortalité par troubles mentaux et du comportement apparaît un peu plus importante dans le Var qu'au niveau national.

I.3 Contexte socio-économique du Var

I.3.1 Les structures familiales

La part de familles monoparentales dans le Var est aussi importante qu'en France. En effet, c'est plus de 2 enfants sur 20 qui vivent dans une famille monoparentale dans le Var (15,8 % en 2016) : cette proportion est plus faible qu'à l'échelle régionale (17,7 %) mais reste semblable à l'échelle nationale (15,3 %). Les familles monoparentales sont plus nombreuses (47 953) dans les zones urbaines, et en particulier à Toulon (9 455 familles) où elles représentent une part élevée des familles (21,1 % des familles contre 15,3 % en France métropolitaine).

Le Var compte moins de familles nombreuses qu'au niveau régional : 1,5 % des enfants vivent dans une famille avec 3 enfants ou plus contre 1,9 % au niveau de la région et 2,3 % pour la France métropolitaine.



I.3.2 Le taux de chômage

Le Var connaît un taux général de chômage supérieur à l'échelle nationale et reste proche de la tendance régionale : il s'élève à 15,2 % tandis qu'il atteint en PACA 15 % et sur l'ensemble du territoire métropolitain 14,1 % en 2016.

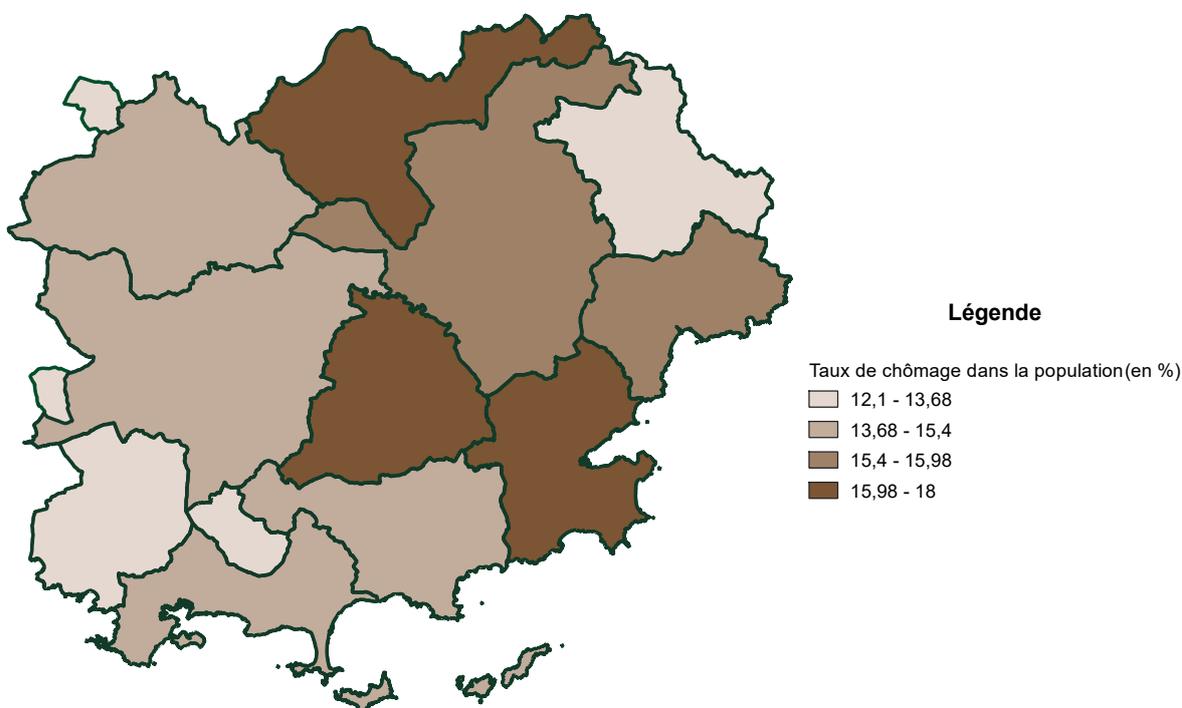
La situation semble être plus défavorable en particulier pour les plus jeunes, avec un tiers de sa population active de 15 à 24 ans au chômage. Le taux de chômage des femmes dans le département est supérieur aux moyennes régionales et nationales, mettant en évidence une problématique pour cette partie de la population.

Tableau 7. Taux de chômage (au sens du recensement) par sexe et âge

Catégories	Taux de chômage des femmes (%)			Taux de chômage des hommes (%)		
	Var	PACA	France	Var	PACA	France
Ensemble	16,3	15,9	14,7	14,2	14,3	13,5
15 à 24 ans	33,7	31,4	29,6	32,0	31,3	29,1
25 à 54 ans	15,0	14,8	13,5	12,0	12,3	11,7
55 à 64 ans	12,6	11,9	11,3	11,6	11,6	11,1

Source : Insee, Recensement de la population, exploitation principale – 2016

Le taux de chômage varie d'un territoire à l'autre dans le Var. Il est particulièrement élevé dans la CC Lacs et Gorges du Verdon (18 %), la CC du Golfe de Saint-Tropez et la CC Cœur du Var (16,5 % chacune), tandis que la CA Durance-Lubéron-Verdon Agglomération présente un taux relativement plus faible (11,1 %).



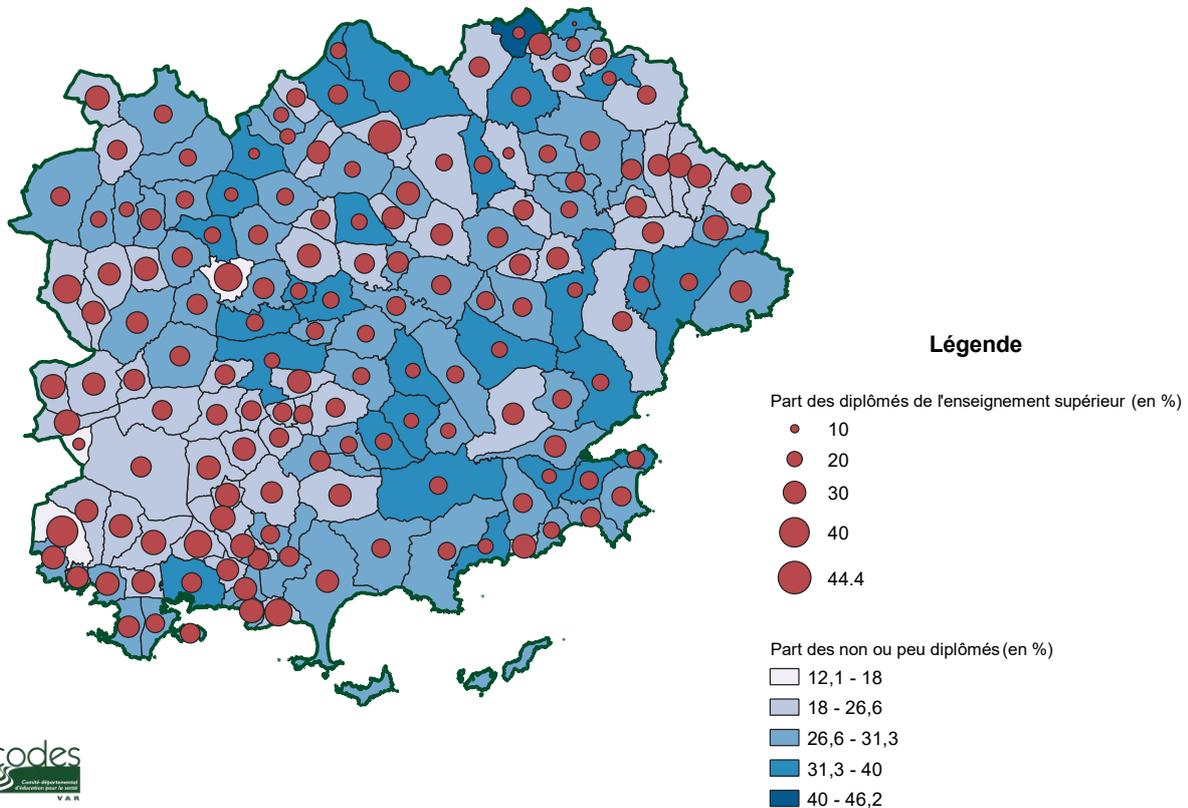
1.3.3 Les niveaux de diplôme

En comparaison avec l'échelle régionale et nationale, le Var possède un niveau de diplôme globalement similaire. Le territoire compte moins de diplômés de l'enseignement supérieur.

Tableau 8. Part de la population diplômée de plus de 15 ans non scolarisée en 2016

Population non scolarisée de 15 ans ou plus	Var	PACA	France
Aucun diplôme ou au plus d'un BEPC, brevet des collèges ou DNB	29,3	29,8	29,5
CAP ou BEP	24,8	22,9	24,6
Baccalauréat (général, technologique, professionnel)	19,3	17,8	16,8
Diplôme de l'enseignement supérieur	26,6	29,4	29,1

Source : Insee, Recensement de la population, 2016



Tout droit réservé - CODES 83, 2020

Carte 8. Part des diplômés de l'enseignement supérieur et des non ou peu diplômés dans le Var

Sources : IGN, GéoflaCommunes, 2016

Insee, Recensements de la population, 2016

Lecture : il s'agit de la part des non ou peu diplômés dans la population non scolarisée de 15 ans ou plus, ainsi que la part des diplômés de l'enseignement supérieur dans la population non scolarisée de 15 ans ou plus.

1.3.4 Les indicateurs de précarité

5,3 % de la population du Var bénéficie du Revenu de Solidarité Active (RSA). Plus précisément, en 2017 on dénombre 30 742 bénéficiaires du RSA dans le Var. La part de bénéficiaires du RSA dans le Var est inférieure à la moyenne régionale (5,4 %) mais est largement supérieure à la moyenne nationale (4,4 %). 7,5 % de la population du Var serait couverte par la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), anciennement CMU-c, soit une part inférieure à la moyenne régionale (8,8 %) et légèrement supérieur la moyenne nationale (7,3 %).

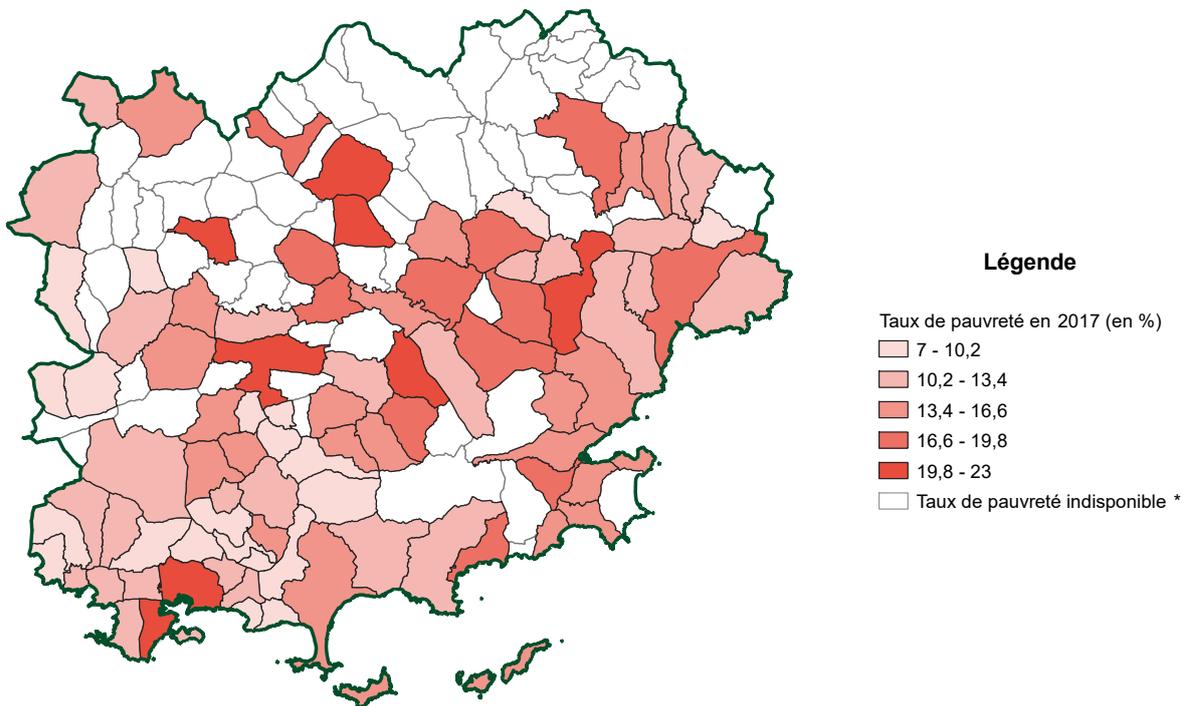
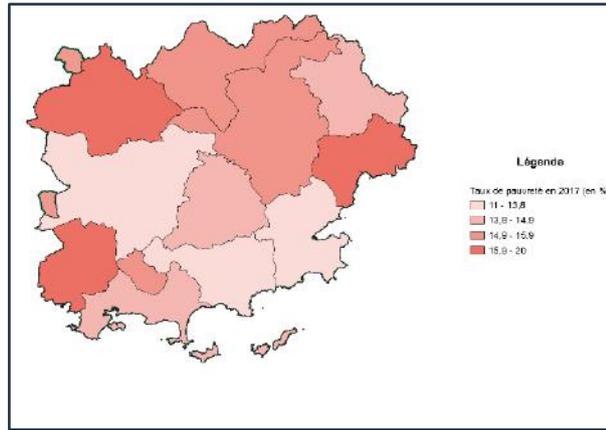
Tableau 9. Taux de population couverte par le RSA en % en décembre 2018

Taux de la population couverte (en %)	Var	PACA	France
Par le RSA en décembre 2018	5,3	5,4	4,4
Par la CMU-c en décembre 2016	7,5	8,8	7,3

Source : Insee, Minima sociaux (2018), CMU (2016)

En 2016, 15,5% des habitants du Var vivent sous le seuil de pauvreté (17,2 % en PACA et 14 % en France métropolitaine). Le niveau de vie médian du Var s'établit à 1 743 euros par mois, ce qui est supérieur à celui de la région et de la France métropolitaine.

Le Var est l'un des départements français où les disparités de revenus sont les plus fortes, avec les Bouches-du-Rhône et les Alpes-Maritimes : en 2016, après impôt et redistribution, les 10 % des ménages les plus aisés disposent d'un niveau de vie 5,8 fois supérieur aux 10 % des plus modestes.



Tout droit réservé - CODES 83, 2020

Carte 9. Taux de pauvreté dans le Var

Sources : IGN, GéoflaCommunes, 2016

Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, 2017

I.3.5 Nombre d'adultes couverts par l'Allocation aux Adultes Handicapés

La proportion de bénéficiaires de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) est plus élevée que la moyenne métropolitaine mais égale à la moyenne régionale.

Tableau 10. Nombre et proportion d'allocataires de l'AAH parmi les 20-64 ans

	Effectifs	Proportion parmi les 20-64 ans
	2015	2015
Var	17 638	3,1%
PACA	85 305	3,1%
France Métropolitaine	1 028 052	2,8%

Source : CNAF 2015, MSA 2015, Insee 2018

Tableau 11. Nombre d'adultes couverts par l'AAH par EPCI en 2019

Nom de l'établissement public de coopération intercommunale	Nombre d'adultes couverts par l'AAH
Métropole Toulon-Provence-Méditerranée	10 288
CA Var Esterel Méditerranée	1 808
CA Dracénoise	1 774
CA de la Provence Verte	1 600
CA Sud Sainte Baume	756
CC du Golfe de Saint-Tropez	595
CC Méditerranée Porte des Maures	794
CC Cœur du Var	954
CC de la Vallée du Gapeau	464
CC du Pays de Fayence	323
CC Provence Verdon	379
CC Lacs et Gorges du Verdon	118

Source : FILEAS - Base Epci Allocataires (BCA), Bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés par EPCI, 2019

I.3.6 Nombre d'enfants couverts par l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé

Tableau 12. Nombre d'enfants couverts par l'AEEH par EPCI en 2018

Nom de l'établissement public de coopération intercommunale	Nombre d'enfants couverts par l'AEEH
Métropole Toulon-Provence-Méditerranée	2237
CA Var Esterel Méditerranée	471
CA Dracénoise	512
CA de la Provence Verte	590
CA Sud Sainte Baume	236
CC du Golfe de Saint-Tropez	201
CC Méditerranée Porte des Maures	141
CC Cœur du Var	235
CC de la Vallée du Gapeau	136
CC du Pays de Fayence	129
CC Provence Verdon	119
CC Lacs et Gorges du Verdon	25

Source : CNAF-DSER, Nombre d'enfants couverts par l'AEEH, 2018

Le plus grand nombre d'enfants couverts par l'AEEH se situe sur la Métropole TPM. Cela reste compréhensible par le fait que c'est ce territoire qui concentre le plus d'habitants. Ce chiffre ne distingue pas les types de handicaps (physique ou psychique).

Tableau 13. Nombre et proportion d'allocataires de l'AEEH parmi les moins de 20 ans

	Effectif	Proportion parmi les moins de 20 ans
	2016	2016
Var	3 677	1,6%
PACA	19 038	1,7%
France métropolitaine	237 395	1,5%

Source : CNAF 2015, Insee 2017

Comme illustré par le tableau ci-dessus, la proportion d'allocataires de l'AEEH est supérieure à la proportion nationale mais inférieure à la proportion régionale. Il est à noter que le nombre d'allocataires de l'AEEH a considérablement augmenté entre 2012 et 2016, passant de 2 676 à 3 677.

I.4 Contexte sanitaire du Var

I.4.1 Taux de prévalence de la déficience chez les enfants

Tableau 14. Estimation du nombre d'enfants par type de déficience en 2019

Type de déficience dans les générations 2004 à 2008 du RHEOP	Var	Taux de prévalence du Var (pour 1 000 enfants de 0-19 ans)	PACA	Taux de prévalence de PACA (pour 1 000 enfants de 0-19 ans)
Déficiences motrices	649	2,9	3284	2,9
Dont paralysie cérébrales/IMC	291	0,3	1472	1,3
Déficiences intellectuelles sévères	649	2,9	3284	2,9
Dont trisomie 21	89	0,1	453	0,4
Troubles du spectre autistique	1096	4,9	5549	4,9
Dont autisme infantile	224	0,2	1132	1
Déficiences auditives sévères	112	0,5	566	0,5
Déficiences visuelles sévères	89	0,1	453	0,4

Source : RHEOP 2017, Insee estimation de la population, 2019

Il est intéressant d'ajouter le taux de prévalence (en %) :

Tableau 15. Taux de prévalence (en %) par type de déficience en 2019

Type de déficience dans les générations 2004 à 2008 du RHEOP	Taux de prévalence du Var	Taux de prévalence PACA
Déficiences motrices	0,29%	0,29%
Dont paralysie cérébrales/IMC	0,03%	0,13%
Déficiences intellectuelles sévères	0,29%	0,29%
Dont trisomie 21	0,01%	0,04%
Troubles du spectre autistique	0,49%	0,49%
Dont autisme infantile	0,02%	0,10%
Déficiences auditives sévères	0,05%	0,05%
Déficiences visuelles sévères	0,01%	0,04%

I.4.2 Les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide

Tableau 16. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des 12-18 ans (pour 10 000 habitants de 12 à 18 ans) en 2015

Taux (en %) pour 10 000 habitants	Var	PACA	France
Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des 12-18 ans	15,2	12,5	16,1

Source : PMSI-MCO, Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des 12-18 ans ,2015

Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des personnes de 12 à 18 ans (2015) pour 10 000 habitants est à 15,2 dans le Var. Une fois de plus, ce taux est supérieur à celui de la région (12,5) mais inférieur à celui de la France (16,1).

De nombreuses recherches ont mis en évidence que les troubles de l'humeur, l'abus de substances psychoactives et les comportements antisociaux jouent un rôle majeur dans la survenue des comportements suicidaires, chez les jeunes en particulier (Beautrais et al. 1999, Hawton et al. 1999).

Tableau 17. Taux de recours en établissements de santé pour tentative de suicide chez les 18-64 ans, 2015

Taux (en %)	Var	PACA	France
Taux de recours pour tentative de suicide des 18-64 ans	1,5	1,1	1,5

Source : PMSI-MCO, Taux de recours en ES pour tentative de suicide chez les 18-64 ans, 2015

Le taux de recours en établissement psychiatrique pour tentative de suicide chez les personnes de 18 à 64 ans en 2015 est de 1,5 patients pour 1 000 habitants dans le département.

I.4.3 La consommation des soins en psychiatrie générale

Tableau 18. Taux de recours standardisé en ambulatoire ou en hospitalisation temps plein pour différents troubles, 2015

Taux de recours standardisé	Var	PACA	France
En ambulatoire en établissement de santé pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère	6,4	7,9	7,6
En ambulatoire en établissement de santé pour autres TMS (TED et déficiences)	0,5	0,7	1
En hospitalisation temps plein pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère	3,4	3,7	2,9
En hospitalisation temps plein pour autres TMS (TED et déficiences)	0,4	0,3	0,3

Source : RIM-P, Taux de recours standardisé ambulatoire en établissement de santé, 2015

La prise en charge en ambulatoire recouvre l'ensemble des actes médicaux ou chirurgicaux qui ne font pas intervenir d'hospitalisation au-delà de 12 heures. Le taux de recours standardisé ambulatoire en établissement de santé 2015 pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère est de 6,4 patients pour 1 000 habitants. Ce taux est inférieur à celui de la France : 7,6 tandis que le taux de la région PACA est de 7,9. Il s'agit du département qui détient le taux le plus bas (le Vaucluse a un taux de 9,8¹ par exemple).

En ce qui concerne le taux de recours standardisé en hospitalisation temps plein 2015 pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère, le taux s'élève à 3,4 patients pour 1 000 habitants. Ce taux est de 3,7 pour l'ensemble de la Région, et de 2,9 en France.

Ainsi, davantage de patients ont recours en premier lieu à une prise en charge en ambulatoire avant de se tourner vers l'hospitalisation. Les admissions par les urgences sont plus élevées que la moyenne nationale que ce soit pour cause d'addiction, de troubles de l'humeur, de troubles mentaux sévères (troubles psychotiques, bipolaires et dépressifs sévères), et autres TMS.

Tableau 19. Part des admissions aux urgences par causes en 2015

	Part des admissions par les urgences pour troubles de l'humeur	Part des admissions par les urgences pour addictions
Var	19,2	22,3
PACA	19,2	25,7
France	15,3	15

Source : RIM-P, 2015

L'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte-Anne, à Toulon, enregistre également des passages aux urgences pour motif psychiatrique. Les données de l'année 2019-2020 étaient comme suit : 329 passages ont été enregistrés sur 12 mois glissants (septembre 2019 à septembre 2020), incluant la période de confinement (mars, avril, mai 2020), marquée par une sous-fréquentation du service d'urgence :

Tableau 20. Nombre de passages aux urgences de l'HIA Sainte-Anne entre 2019 et 2020

Année	2019	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020
Mois	Sept	Oct	Nov	Déc	Jan	Fev	Mars*	Avril*	Mai*	Juin	Juill	Aout	Sept
Passage à la SU pour un motif PSY	33	31	26	21	19	25	12	11	14	26	35	45	31

Source : HIA Sainte-Anne, 2019-2020

¹ Source : RIM-P, 2015

I.4.4 Consommation de médicaments

Tableau 21. Taux de consommation de médicaments, 2015

	Taux d'adultes consommant des antidépresseurs 2015	Taux d'adultes consommant des anxiolytiques 2015	Taux d'adultes consommant des hypnotiques 2015	Taux de personnes consommant des neuroleptiques 2015
Var	75,5	76,9	45,1	17,7
PACA	70,7	71,8	41,3	18,4
France	63,9	66,3	33,9	16,4

Lecture : taux d'adultes **pour 1000 bénéficiaires** du Régime Général et aux Sections Locales Mutualistes (18-64 ans).

Source : SNIIRAM, 2015

Le département du Var regroupe les taux les plus élevés par rapport aux taux régionaux concernant le taux d'adultes consommant des antidépresseurs, des anxiolytiques, et des hypnotiques. Ces taux sont également plus élevés qu'à l'échelle nationale.

I.4.5 Les troubles addictifs

En 2017, l'effectif de personnes prises en charge pour des troubles addictifs, dans le Var, s'élève à 4 030 pour les hommes, 2 230 pour les femmes et 1 510 pour les personnes âgées de plus de 65 ans (CNAMTS, 2017). C'est le deuxième département de la région ayant les chiffres les plus élevés, derrière les Bouches-du-Rhône.

Tableau 22. Taux de décès en lien avec l'alcool, 2015

Indicateurs	Var	Valeur médiane des départements
Décès avant 65 ans par alcoolisme et cirrhose à l'alcool (Nb pour 10 000 habitants de 40 à 64 ans)	2,4	2,5
Décès par surdoses (Nb pour 10 000 habitants de 20 à 59 ans)	0,5	0,7
Décès avant 65 ans par tumeurs de la trachée, des bronches et des poumons (Nb pour 10 000 habitants de 40 à 64 ans)	6,1	5,6

Source : OFDT, 2015

Cela est à mettre en lien avec le nombre total de patients pris en charge pour addiction en hospitalisation : en unité psychiatrique, 1 225 patients ont été pris en charge. Ce chiffre est supérieur à la valeur médiane des départements, indiquant donc que dans le Var, davantage de personnes sont prises en charge dans les services de psychiatrie pour cause d'addiction. Dans les services de Médecine-Chirurgie-Obstétrique 524 patients ont été pris en charge, et 504 dans les services de Soins de Suite Réadaptés².

² L'ensemble des chiffres indiqués proviennent de ScanSanté, Addictologie 2017 dans le département du Var

En 2017 la fréquentation des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) dans le Var est nettement inférieure à la valeur médiane des départements, sauf pour le cannabis où elle est nettement supérieure, comme l'atteste le tableau suivant :

Tableau 23. Nombre de consultations aux CSAPA en fonction du motif, 2016

Indicateurs	Var		Indicateurs de comparaison 2016 Valeur médiane des départements	
	Nb total de consultants CSAPA active)	deNb total de consultants (file CSAPA pour 10 000 habitants	Nb total de consultants pour CSAPA (file active)	deNb total de consultants en CSAPA pour 10 000 habitants
Alcool	2 345	30,7	1 490	33,2
Tabac	252	3,3	227	5,3
Cannabis	1 141	15	636	13,6
Opiacés/Stimulants	755	9,9	636	13,3

Source : OFDT, 201

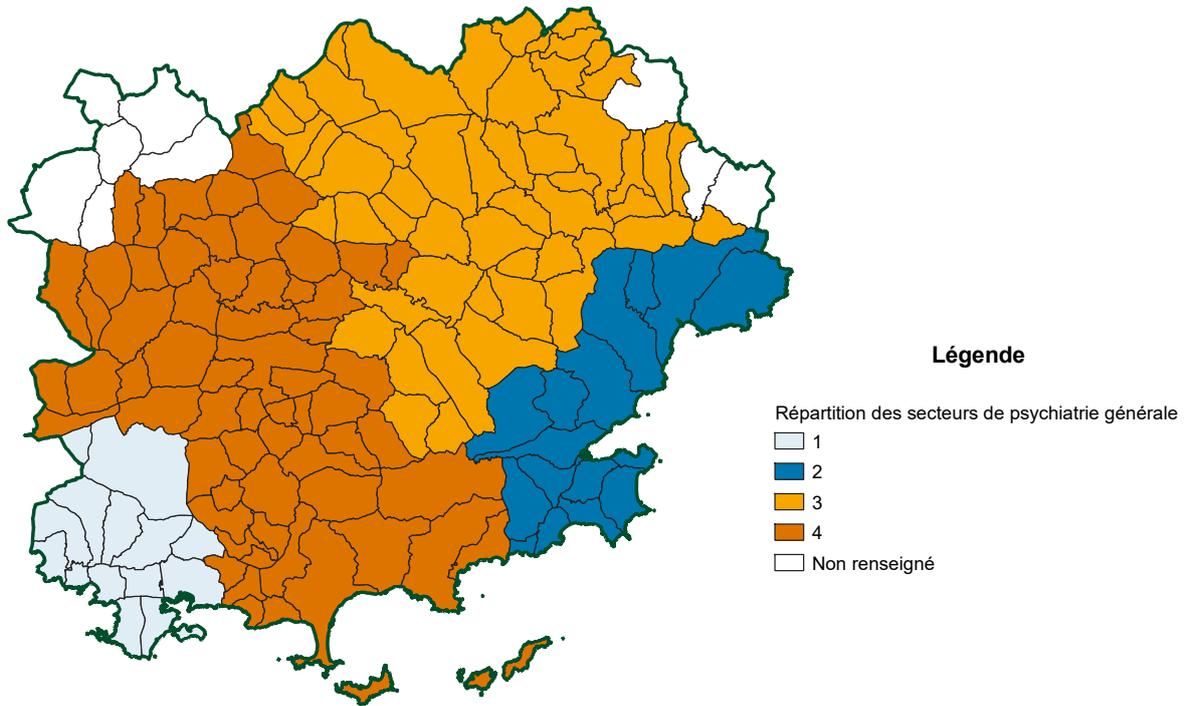
1.5 L'offre de soins

1.5.1 L'offre psychiatrique pour adulte

Le département du Var est historiquement organisé par la psychiatrie générale en quatre secteurs géo-démographiques réparties en fonction de la population :

- L'agglomération toulonnaise. Cette agglomération est constituée de trois zones peuplées de façon sensiblement équivalente : la zone Ouest (La Seyne-sur-Mer), la zone centre (Toulon) et la zone Est (Hyères-les-Palmiers) qui comptent chacune environ 160 000 habitants. Cette population est répartie en cinq secteurs : un desservi par le CH Ste Musse, deux desservis par le CH de La Seyne-sur-Mer et deux desservis par le CH Henri Guérin pour Hyères-les-Palmiers et alentours);
- La zone autour de Brignoles-St Maximin (2 secteurs desservis par le CH Henri Guérin);
- La zone autour de Draguignan (2 secteurs desservis par le CH de la Dracénie);
- La zone autour de Fréjus-St Raphael (2 secteurs desservis par le CHI de Fréjus Saint Raphael).

Les zones « non renseignées » (en blanc), de la carte ci-dessous, vont être rattachées au CH Henri Guérin pour la partie nord et les zones blanches limitrophes des Alpes-Maritimes (06) vont être rattachées au CH de Draguignan (les arrêtés de découpage de l'intervention des secteurs publics sont en cours).



Tout droit réservé - CODES 83, 2020

Carte 10. Répartition des secteurs de psychiatrie générale dans le Var en 2018

Sources : IGN, GéoflaCommunes, 2016

ARS, Inventaire des structures de psychiatrie et des structures en lien avec la psychiatrie, 2018

Le Centre Hospitalier Intercommunal Toulon/La Seyne-sur-Mer³ (CHITS)

Sur deux sites : l'Hôpital George Sand (La Seyne-sur-Mer) et l'Hôpital Sainte Musse (Toulon).

L'hôpital George Sand comporte une structure de psychiatrie générale. Elle propose 47 places en hospitalisation complète, 10 places en hospitalisation complète sous contrainte et 13 places en hôpital de jour – intersectoriel. Le Centre Médico-Psychologique (CMP) est ouvert 5 jours par semaine. Ce site comporte un accueil des urgences psychiatriques en journée.

L'hôpital Sainte Musse regroupe une structure de psychiatrie générale qui offre 90 places en hospitalisation complète, 20 en hôpital de jour et 6 en hôpital de nuit. L'hôpital a un service d'urgences psychiatriques fonctionnant 24 heures sur 24. Il comporte un CAP 48 de 8 lits accueillant et orientant les patients de toute l'agglomération. L'hôpital dispose de 15 lits en unité de soins sans consentement. Il s'agit de la seule structure en fonctionnement permanent sur l'ensemble du territoire.

³ Données ARS, 2017

Le CHITS vient également d'ouvrir un service d'addictologie qui a absorbé l'Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) qui assure des consultations au sein de la même structure.

Ce service est composé de 2 IDE, 7 aides-soignants, 2 psychologues, 1.5 ETP de secrétariat et 0.30 ETP de psychomotricien. 3 praticiens hospitaliers en addictologie.

Il dispose de 14 lits en hospitalisation complète et permettra des sevrages ou des mises sous substitution complexes. Les sorties seront prévues en lien avec les CSAPA. 6 places en hôpital de jour sont également réservées et des conventions sont en cours avec les cliniques du département pour des prises en charge de 15 à 21 jours.

Un programme d'éducation thérapeutique du patient « Schiz'autonomie » a été initié en 2017 par le CHITS. Il s'agit d'une prise en charge en ambulatoire dont les objectifs sont d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de schizophrénie et de maintenir, ou d'initier, de nouveaux comportements favorables à une meilleure gestion de la maladie chronique.

Le CHI Toulon/La Seyne-sur-Mer et l'Hôpital d'Hyères-les-Palmiers ont mis en place des permanences d'accès aux soins en milieu psychiatrique

Plusieurs structures dépendantes de l'hôpital George Sand et de l'hôpital Sainte-Musse ont des places en hospitalisation complète, en hôpital de jour, ainsi que des CMP :

Tableau 24. Structures extérieures dépendantes à l'hôpital George Sand

Secteur	Type de structure	Localisation	Structure de dépendance
Psychiatrie générale	CMP	Sanary-sur-Mer	Hôpital George Sand
	Centre d'accueil thérapeutique	La Seyne-sur-Mer	
	Hébergement thérapeutique intersectoriel	La Seyne-sur-Mer	
	Hôpital de jour	Toulon	Hôpital Sainte-Musse
	CMP	Toulon	
	Centre d'accueil thérapeutique	Toulon	

Source : ARS, Inventaire des structures de psychiatrie et des structures en lien avec la psychiatrie en région PACA, 31/01/2018

Le Centre Hospitalier Henri Guérin

Le CH Henri Guérin (Pierrefeu) regroupe 115 places en psychiatrie générale en hospitalisation complète. Ce CH intervient uniquement dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale. Il comporte également des CMP ouverts 5 jours (ou plus) par semaine. 10 places sont disponibles en accueil et en orientation, ainsi que 16 places en unité de psychiatrie légale.

Ce centre hospitalier psychiatrique comporte trois pôles de psychiatrie générale et un pôle de pédopsychiatrie. Trois départements sont également présents :

- L'addictologie
- La réhabilitation psycho-sociale, départementale et intégrée au PMP du GHT Varois
- Les soins pour la personne âgée. Unité d'hospitalisation à temps complet, départementale et intégrée au projet médical partagé du GHT Varois.

Une unité en temps plein a été récemment ouverte pour la prise en charge des patients atteints de trouble du spectre autistique ou de troubles envahissants du développement. 15 lits sont mis à disposition y compris pour les séjours de rupture.

Tableau 25. Structures extérieures dépendantes à l'hôpital Henri Guérin

Secteur	Type de structure	Nombre de places	Localisation	Structure de dépendance
Psychiatrie générale	Hospitalisation complète	20	Brignoles	Hôpital Henri Guérin
	Hôpital de jour	7	Brignoles	
	Hôpital de jour	12	Brignoles	
	Hôpital de jour	10	Hyères	
	Hôpital de jour	15	Hyères	
	Hôpital de jour	10	La Garde	
	Hôpital de jour	10	La Garde	
	Hôpital de jour	20	Saint Maximin	
	CMP		Brignoles	
	CMP		Cuers	
	CMP		Hyères	
	CMP		La Garde	
	CMP		Saint Maximin	
	CMP		Solliès-Pont	
	CMP (ou antenne)		Brignoles	

CMP (ou antenne)		Carcès
CMP (ou antenne)		Carqueiranne
CMP (ou antenne)		Hyères
CMP (ou antenne)		La Crau
CMP (ou antenne)		La Farlède
CMP (ou antenne)		La Garde
CMP (ou antenne)		La Valette
CMP (ou antenne)		Le Lavandou
CMP (ou antenne)		Solliès-Toucas
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel		Brignoles
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel		Brignoles
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel		Cuers
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel		Hyères
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel		La Garde
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel		Saint-Maximin
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel		Solliès-Pont
Centre d'accueil permanent		Brignoles
Centre d'accueil permanent		Hyères
Accueil familial thérapeutique		

Source : ARS, Inventaire des structures de psychiatrie et des structures en lien avec la psychiatrie en région PACA, 31/01/2018

Le Centre Intercommunal Fréjus/Saint Raphaël

L'hôpital de Fréjus regroupe 36 places en hospitalisation complète dont 2 lits d'isolement.

Tableau 26. Structures extérieures dépendantes du CHI Fréjus

Secteur	Type de structure	Nombre de places	Localisation	Structure de dépendance
Psychiatrie générale	Hôpital de jour		Cogolin	CHI Fréjus
	Hôpital de jour	12	Fréjus	
	CMP		Fréjus	
	CMP		Sainte Maxime	
	CMP (ou antenne)		Puget-sur-Argens	
	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel - Intersectoriel		Fréjus	
	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel - Intersectoriel		Puget-sur-Argens	
	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel - Intersectoriel		Saint Raphaël	

Source : ARS, Inventaire des structures de psychiatrie et des structures en lien avec la psychiatrie en région PACA, 31/01/2018

Le Centre Hospitalier de la Dracénie

Il décompte 39 places en hospitalisation complète.

Tableau 27. Structures extérieures dépendantes au CHI de la Dracénie

Secteur	Type de structure	Nombre de places	Localisation	Structure de dépendance
Psychiatrie générale	Hospitalisation complète	39	Draguignan	CH de la Dracénie
	Hôpital de jour	25	Site du Malmont	
	CMP		Draguignan	

Source : ARS, Inventaire des structures de psychiatrie et des structures en lien avec la psychiatrie en région PACA, 31/01/2018

Autres types de structures

L'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Sainte-Anne à Toulon dispose de 20 lits d'hospitalisation en psychiatrie. Il n'y a pas de service en addictologie mais il a été mis en place de l'addictologie « au fil de l'eau », qui est valorisée par une mission d'intérêt général « consultation d'addictologie ».

Hors sectorisation, le Var dispose de 6 cliniques psychiatriques:

La Clinique de santé mentale Korian le Golfe : plus particulièrement spécialisée dans le traitement des affections psychiatriques (dépression, anxiété, affections psychosomatiques) des troubles de la personnalité et des dépendances et plus spécifiquement les sevrages alcooliques. 52 places en hospitalisation complète.

La Clinique Saint Martin à Ollioules : 86 places en hospitalisation complète et 22 en hôpital de jour pour les patients adultes présentant des troubles psychiatriques (troubles de l'humeur, addictions, psychoses).

La Clinique les Trois Solliès à Solliès-Pont : affections psychiatriques pour adultes. 109 lits en hospitalisation complète et 10 places en hôpital de jour.

La Clinique Korian Val du Fenouillet à La Crau : spécialisée dans la réhabilitation psychosociale pour des patients âgés de 18 à 35 ans souffrant de troubles psychiques au long cours. 6 places en hospitalisation de nuit et 79 places d'hospitalisation complète.

Le Centre de soins Les Collines du Revest au Revest Les Eaux : 107 places en lits de psychiatrie (hospitalisation complète dont des lits dédiés à la réhabilitation psychosociale), 20 en hôpital de jour, 7 en hôpital de nuit et 54 lits en Soins de Suite spécialisés en Addictologie (hospitalisation complète). Ce centre a également développé un programme d'éducation thérapeutique du patient pour prévenir la rechute chez les personnes alcooliques.

La Clinique la Bastide à Callian : 80 lits en hospitalisation complète (psychiatrie générale). La Bastide de Callian propose un accompagnement thérapeutique des troubles de l'humeur, comme la dépression ou le burn-out, de l'anxiété, des troubles du sommeil et des problématiques d'addictions.

Dans le Var, l'offre de soins en hospitalisation complète est donc plus importante dans le secteur privé que dans le secteur public. Les mécanismes de financement sont différents entre les établissements privés et publics : les établissements publics sont soumis à une Dotation Annuelle de Financement (DAF), alors que les établissements privés sont encadrés par un Objectif Quantifié Nationale (OQN) de dépenses : « *Le financement des établissements privés lucratifs (702 M€ en 2015) augmente beaucoup plus que celui des établissements publics et des ESPIC (financés par la DAF)* » (Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960, Rapport IGAS, novembre 2017).

De plus, les financements sont concentrés dans les CHU, moins dans les établissements publics spécialisés « *Si on compare les établissements publics, entre 2012 et 2015, la DAF des CHU a augmenté cinq fois plus que celle des établissements spécialisés (4,3 % par an contre 0,8 %) et la DAF des hôpitaux généraux plus de deux fois plus que celle des établissements spécialisés (1,8 % par an contre 0,8 %) » (Ibid).*-

La médiane du temps d'accès aux unités d'hospitalisation temps plein en psychiatrie générale pour le Var en 2015 était de 27,5 minutes⁴. Sachant que le Var compte 153 communes, 47 sont à plus de 30 minutes pour avoir accès à une unité d'hospitalisation temps plein en psychiatrie générale. 18 communes sont à plus de 50 minutes. Il convient de comparer ces chiffres en part de la population : la part de la population (âgée de 16 ans et plus) à 45 minutes ou plus d'une unité temps plein en psychiatrie générale en 2016 est de 2,4%⁵. En région PACA cette part est de 7,5% tandis que celle de la France est à 6,5%. Dans la région, c'est le département des Bouches-du-Rhône qui a le moins de population à plus de 45 minutes d'accès à une de ces unités. Le département des Hautes-Alpes est celui dont la part de la population étant à plus de 45 minutes est la plus élevée, à 57,9%, soit plus de la moitié des habitants du département. Cela permet d'énoncer que le Var a une part qui est moins élevée par rapport à d'autres départements.

La densité de CMP en 2016⁶ était de 3,1 CMP pour 100 000 habitants. C'est en dessous de la moyenne nationale (4,3) et régionale (4,0). En comparant cette donnée avec la densité d'Équivalent Temps Plein (ETP) moyens en psychiatrie générale (2015)⁷, la Var était à 7,6 ETP pour 100 000 habitants. Dans la région, c'était 9,8 ETP. Ainsi, la densité de CMP et d'ETP moyens en psychiatrie générale démontre que ces services sont en deçà des moyennes régionales et nationales, ce qui allonge le délai de prise en charge.

⁴ Sources : SAE, METRIC, 2015

⁵ Sources: SAE, METRIC, INSEE RP, 2015

⁶ Source: SAE, 2016

⁷ Source: SAE, 2015

I.5.2 Les équipes mobiles

Tableau 28. Répartition des équipes mobiles dans le Var en 2020

Nom de l'équipe	Secteur	Public	Secteur(s) d'intervention	Structures de rattachement de l'action
Équipe mobile de psychiatrie Infanto-Juvénile	Psychiatrie Infanto-Juvénile	Enfants et adolescents	Toulon – La Seyne-sur-Mer	CHITS
Équipe mobile Enfants et Adolescents	Psychiatrie Infanto-Juvénile	Enfants et adolescents	Nord et Sud du département	Centre hospitalier Henri Guérin
Équipe Mobile Précarité Santé	Précarité		TPM	Hôpital Sainte-Musse
Équipe Mobile Psychiatrie et Précarité	Précarité		TPM	Hôpital George Sand
Équipe Mobile ACT (Assertive Community Treatment)	Psychiatrie	Adulte : suivi à domicile des patients instables traités pour schizophrénie ou trouble bipolaire		
Équipe Mobile Précarité Santé	Précarité		Communauté d'Agglomération Dracénoise	Sendra GES
Équipe Mobile géro-psi-chiatrique	Gérontopsychiatrie	Personnes âgées de plus de 65 ans	Territoire du CHITS et de la PTA VAR OUEST	CHITS
Équipe Mobile géro-psi-chiatrique	Gérontopsychiatrie	Personnes âgées de 75 ans et plus	Territoire de la CTA VAR EST	CTA Var-Est
Équipe Mobile géro-psi-chiatrique	Gérontopsychiatrie	Personnes âgées de 65 ans et plus	Nord et Sud du département	Centre hospitalier Henri Guérin
Unité mobile de périnatalité	Périnatalité	De la grossesse au 3 ans de l'enfant	Nord (en cours) et Sud du département	Centre hospitalier Henri Guérin

1.5.3 Les établissements médico-sociaux

Taux d'équipement global en hébergement

Concernant les foyers, la densité de places installées pour 100 000 habitants était comme suit :

Tableau 29. Densité de place en établissement sociaux et médico-sociaux en 2017

Type de structure	Var	PACA	France
Foyer de vie et d'hébergement	88,5	82	103,3
Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)	56,6	49,4	60,9
Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)	46,1	47,8	58,6
Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT)	165,2	193,1	240,4

Source : Insee, Finess, 2017

Concernant l'hébergement, l'association ISATIS développe un projet de résidence accueil d'une capacité limitée à 25 logements sur la commune de Fréjus.

Le département du Var est doté de 18 Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et de 5 Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH). La densité des places installées en SAVS est supérieure aux moyennes régionales et nationales : 81,1 (pour 100 000 habitants) dans le Var en 2017. Cette densité était de 60,6 pour la région PACA et de 79,2 pour la France. Elle était de 18,8 en SAMSAH⁸, soit inférieure à la densité régionale (21,3) et à la densité nationale (20,3).

Les Services d'Éducation Spéciales et de Soins A Domicile (SESSAD) regroupent un nombre de places installées de 617 sur le département, la région en regroupe 3 444.

Étant donné que le nombre de places est en deçà des besoins sur le département, plus précisément des places en ESAT et en MAS, 774 personnes étaient en 2017 en attente d'une place :

Tableau 30. Nombre de personnes en situation de handicap en attente d'une place en établissement au 25 janvier 2018

	Nombre de personnes en attente	Places en structure
ESAT	329	1 333
Foyers occupationnels	131	678
Foyers d'accueil médicalisés	101	415
Maisons d'accueil spécialisées	84	374
SAMSAH	74	152
SAVS	31	654
Foyers d'hébergement	24	263
Ensemble Var	774	3 869

Source : CD83, 2018

⁸ Source : FINESS, 2017

Les appartements de coordination thérapeutique (ACT) sont « *des structures qui hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical. [...] ils s'appuient sur une double coordination médico-sociale devant permettre l'observance aux traitements, l'accès aux soins, l'ouverture des droits sociaux (allocation aux adultes handicapés, revenu minimum d'insertion...) et l'aide à l'insertion sociale. Les appartements de coordination thérapeutique offrent à la fois une coordination médicale et psychosociale* » (Circulaire DGS, 2002). Bien que des associations et l'hôpital Henri Guérin aient mis à disposition des places, il n'en reste pas moins que l'offre est insuffisante par rapport aux besoins.

Tableau 31. Localisation et nombre de places dans les ACT

Nombre de la structure	Localisation des ACT	Nombre d'appartements
ADSEA	Hyères	5
	Draguignan	8
	Fréjus/Saint-Raphaël	4
	Brignoles	4
Promosoins	Fréjus	4
	Toulon	4
Olbia Var Appartements	Toulon	14
Logis des Rolliers (à l'intérieur du CHS Henri Guérin)	Pierrefeu	5
CH Henri Guérin	La Garde	3
	Pierrefeu	3

Le Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation du Var (SIAO-115) avait la gestion de 1 028 places en 2018 réparties comme suit :

- ❖ Foyer Jeunes Travailleurs (FJT) : 104 places 86 sur le territoire de Toulon et 18 sur le territoire de Brignoles ;
- ❖ Intermédiation Locative : 389 places ;
- ❖ Maison Relais : 229 places. Les maisons relais sont relativement bien réparties sur le département du Var ; à l'exception du secteur de la Cavem / le golf ;
- ❖ Une résidence Accueil St Maximin de 18 places ;
- ❖ Logement en Allocation Logement Temporaire (ALT) : 71 logements.

Cette offre se situe plutôt dans le champ social, voire dans le champ du logement, mais il s'agit d'un public particulièrement vulnérable et plus souvent concerné par les troubles psychiques.

I.5.4 Les établissements médico-sociaux : l'offre pour les personnes âgées

Ce secteur est un peu à la marge du plan territorial de santé mentale pour partie, mais cependant ce public est souvent fragilisé et peut présenter des troubles spécifiques de santé mentale en lien avec le vieillissement.

Pour le secteur personnes âgées en 2019, le département du Var dispose de 13 628 places en structures d'hébergement et d'accueil pour personnes âgées (9 652 places en maisons de retraite, 1 873 places en service de soins infirmiers à domicile et 1 755 places en logements foyers).

Tableau 32. Les places en structures de prise en charge médico-sociale pour personnes âgées

Type de structure	Var	PACA
Maisons de retraite	86,3	90,9
Logements foyer	14,6	14,2
Accueil de jour pour personnes âgées	2,2	2,3

Source : Drees, Finess, 2017

Lecture : pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus

L'offre d'hébergement médicalisée à temps complet comme en accueil de jour est inférieure dans le Var par rapport à l'offre moyenne régionale.

I.5.5 Les projets de réhabilitation psychosociale

L'hôpital Henri Guérin (Pierrefeu) a initié un projet de département de réhabilitation psychosociale qui inclut également la mise en place d'une équipe mobile. Il s'inscrit avec le projet médical partagé du GHT Var et dans le projet médical de l'établissement 2020-2025 qui prévoit d'en faire un axe structurant. L'établissement était doté de dispositifs de réhabilitation comprenant :

- 35 lits de longs séjours répartis sur deux unités dans deux pôles (unité pré-fam et unité de psychiatrie communautaire) ;
- L'accueil familial thérapeutique (4 places adulte et une place en pédopsychiatrie),
- Les appartements communautaires (11 places) ;
- La « Villa Rhéa » depuis avril 2019 permet d'accueillir 4 personnes pour une évaluation des habiletés sociales. Cette maison se situe dans l'enceinte de l'hôpital.

Le Centre hospitalier envisage maintenant la création d'un département de réhabilitation psychosociale comprenant une unité temps plein de 20 lits plus 5 lits dédiés aux séjours d'évaluation en fusionnant les deux unités de soins (PréFam et psychiatrie communautaire), une augmentation des capacités en Accueil Familial Thérapeutique (AFT) et d'hébergement en appartement communautaire, ainsi qu'une

équipe mobile de réhabilitation destinée à coordonner toutes les actions permettant l'orientation ou le maintien en lieu de vie et à animer le réseau avec les partenaires du médico-social.

Le **CHITS** a également un projet de rétablissement en construction en se proposant de « *devenir un centre de référence de proximité en soins de réhabilitation psychosociale* ». Ce projet associe d'autres structures du territoire qui travaillent en réseau :

- GEM (Forts Ensembles à La Seyne sur Mer, Le Club du Lien et Un Autre Chemin à Toulon) ;
- AVEFETH/Esperance Var ;
- ISATIS ;
- LADAPT ;
- UDAF ;
- Clinique du Val du Fenouillet ;
- Culture du cœur ;
- REV (Réseau d'Entente des Voix) ;
- AVASTOFA ;
- L'ensemble des partenaires du Conseil de Santé Local à La Seyne-sur-Mer.

Le site de l'hôpital George Sand a structuré son HDJ CATTP conformément à l'instruction ministérielle sur la réhabilitation psychosociale et offre un programme de remédiation cognitive et des ateliers orientés vers le rétablissement à destination des patients pris en charge sur la zone ouest. Il est coordonné avec le centre expert sur la réhabilitation psychosociale de Marseille.

Un projet d'équipe mobile de réhabilitation a été initié par **l'AVEFETH**, en partenariat avec le CHITS, et les CMP et propose un accompagnement auprès des personnes en situation de handicap psychique. La prévention tertiaire dans laquelle s'inscrit pleinement l'intervention de l'équipe mobile, vise à éviter les rechutes, l'installation du handicap ou l'inadaptation résiduelle et à garantir la réadaptation.

La clinique **Val du Fenouillet** (Korian) propose également un projet de réhabilitation sociale pour des patients âgés de 18 à 35 ans souffrant de troubles psychiques au long cours. La prise en charge est centrée sur le soin, l'accompagnement au quotidien, l'évaluation de l'autonomie et la valorisation des compétences pour amener les patients à la concrétisation d'un projet personnalisé (du travail en milieu ordinaire jusqu'à l'accueil dans un lieu de vie adapté). Cette prise en charge est proposée en hôpital de jour ou en séjours. La clinique accueille également des patients en séjour de rupture, dans des situations de fragilisation.

I.5.6 L'offre psychiatrique infanto-juvénile

Les secteurs infanto-juvéniles sont, quant à eux, organisés en trois secteurs : le CH Fréjus/Saint-Raphaël, le CH Pierrefeu, le CH Toulon/ la Seyne-sur-Mer.

L'hôpital George Sand regroupe 2 CMP de psychiatrie infanto-juvénile ouverts 5 jours ou plus par semaine. L'un est spécialisé dans l'accueil des adolescents et l'autre dans l'accueil des enfants. L'hôpital Sainte-Musse compte 10 places d'hospitalisation complète.

L'hôpital Henri Guérin (Pierrefeu) a 12 places en hôpital de jour.

Le CH Fréjus/Saint Raphaël regroupe 8 places en hospitalisation complète et 15 en hôpital de jour.

3 unités d'hospitalisation en pédopsychiatrie sont déployées sur le territoire :

- @ Fréjus (rattaché au CH de Fréjus) : L'unité d'hospitalisation pour adolescents « Aro-base » est un service d'hospitalisation pour adolescents de 12 à 18 ans, présentant une pathologie de la crise d'adolescence sous toutes ses formes. L'unité dispose de 8 lits à temps plein, et dispose de deux places en hôpital de jour.
- C.E.O.A (Centre d'Évaluation et d'Observation pour Adolescents) dépend du CHITS. Le CEOA est une unité d'hospitalisation temps plein, d'une capacité de 10 lits, pour Adolescents de 11 à 17 ans. Les admissions se font uniquement sur indication d'un Pédopsychiatre ou Psychiatre, elles sont pour l'essentiel programmées.
- Villa Nova (La Garde) : c'est une unité de pédopsychiatrie rattachée au centre hospitalier Henri Guérin.

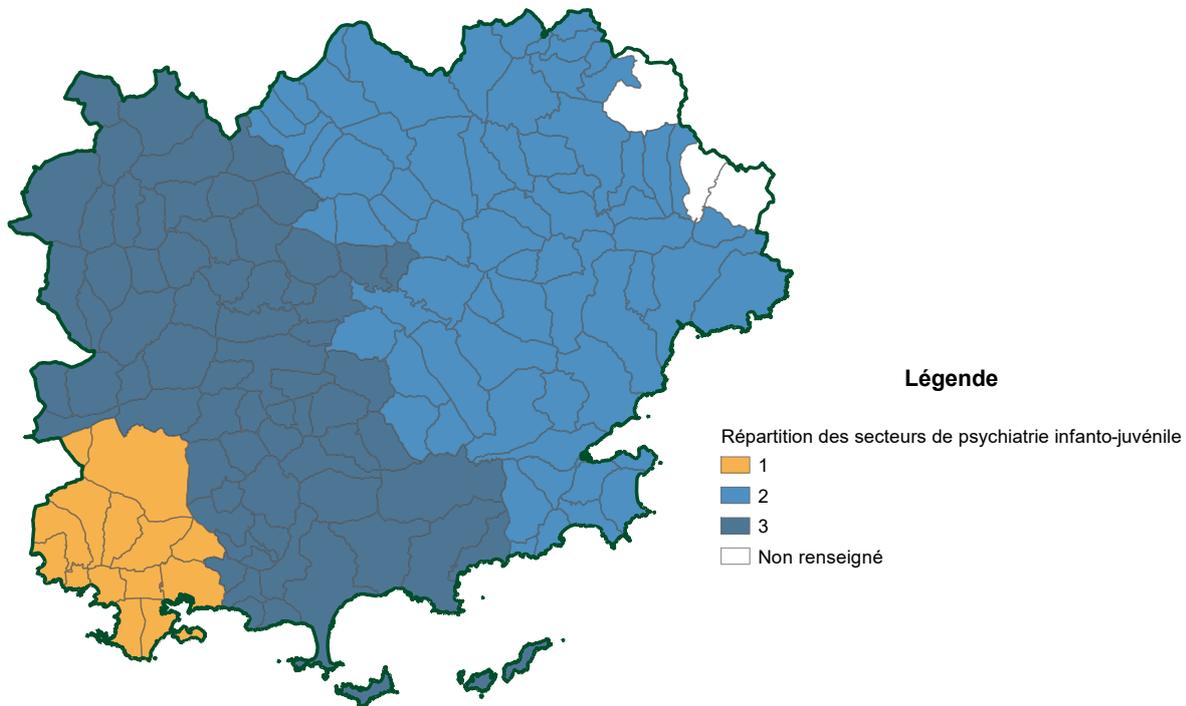
Le CHITS dispose aussi d'une unité de pédopsychiatrie de liaison qui prend en charge les adolescents en urgence.

Tableau 33. Structures extérieures dépendantes aux différents CHI et CH du Var

Secteur	Type de structure	Nombre de places	Localisation	Structure de dépendance
Psychiatrie infanto-juvénile	Hôpital de jour (pour enfants)	20	La Garde	Hôpital Sainte-Musse
	CMP - Enfants		Toulon	
	CMP - Adolescents (12-18 ans)		Toulon	
	Centre d'accueil thérapeutique (temps partiel) - Enfants		La Garde	
	CMP - Enfants		La Seyne-sur-Mer	Hôpital George Sand
	CMP - Adolescents (12-18 ans)		La Seyne-sur-Mer	
	Hôpital de jour (pour enfants)	20	La Seyne-sur-Mer	
	Hôpital de jour (pour adolescents)	20	La Seyne-sur-Mer	
	Équipe de Référence d'Évaluation Autisme (EREA)		La Seyne-sur-Mer	
	Centre d'accueil thérapeutique (temps partiel) - Enfants		La Seyne-sur-Mer	
	Hospitalisation complète	9	La Garde	
	Hôpital de jour	12	Brignoles	
	Hôpital de jour	12	Hyères	
	Hôpital de jour	12	Saint Maximin	
	CMP		Brignoles	
	CMP		Hyères	
	CMP		Saint Maximin	
	CMP		Solliès-Pont	
	CMP (ou antenne)		Le Lavandou	
	Centre d'accueil thérapeutique		Brignoles	
Hôpital de jour	10	Cogolin	CHI Fréjus	
Hôpital de jour	10	Trans en Provence		
CMP		Cogolin		

	CMP		Draguignan
	CMP		Saint-Raphaël

Source : ARS, Inventaire des structures de psychiatrie et des structures en lien avec la psychiatrie en région PACA, 31/01/2018



Tout droit réservé - CODES 83, 2020

Carte 11. Répartition des secteurs de psychiatrie Infanto-Juvénile dans le Var en 2018

Sources : IGN, GéoflaCommunes, 2016

ARS, Inventaire des structures de psychiatrie et des structures en lien avec la psychiatrie, 2018

Des équipements spécifiques existants à d'autres échelles manquent sur le département, tels que les unités d'hospitalisation parents-bébés et les unités de jour parents-bébés. En effet, pour l'ensemble du département, l'hôpital de La Seyne-sur-Mer dispose d'une unité parents-bébés : 6 dyades mère-bébé en hospitalisation de jour. Il y a deux sous-unités à la Seyne. L'hôpital dispose également d'un centre de consultations pour l'ante natal et post natal jusqu'au 15 mois de l'enfant. Le CH Henri Guérin a mis en place une Équipe Mobile pluridisciplinaire de Périnatalité (EMP) qui intervient auprès des femmes enceintes et jeunes mamans (jusqu'au 3 ans de l'enfant) notamment à l'hôpital de Brignoles.

La densité d'ETP moyens annuel des services de psychiatrie infanto-juvénile était en 2015⁹ de 10,5 ETP pour 100 000 habitants (âgés de 0 à 16 ans) dans le Var, versus 12 en Paca et 13.4 en France métropolitaine. Ces chiffres sont largement en deçà des besoins de prise en charge en psychiatrie pour les enfants. Le taux d'hospitalisation

⁹ Sources : SAE, INSEE, 2015

temps complet en psychiatrie des 0-17 ans, dans le Var, était de 16,6 pour 10 000 habitants¹⁰ (la moyenne en France est de 14,5 et en région PACA de 15,6).

Le Département est pourvu de 5 CAMSP :

- CAMSP Le Malmont (rattaché au CH de la Dracénie), Draguignan;
- CAMSP du CH George Sand, La Seyne-sur-Mer (capacité de 70 places);
- CAMSP La Garonne, Saint-Raphaël;
- CAMSP La Rode – UGECAM, Toulon (et deux antennes : une à La Garde et une à Hyères);
- CAMSP Brignoles, Brignoles.

Les CMPP (Centres Médico-Psycho-Pédagogique), lieux qui « pratiquent le diagnostic et le traitement des enfants inadaptés mentaux, dont l'inadaptation est liée à des troubles neuropsychiques ou à des troubles du comportement », « sans hospitalisation du malade » (L'article 1er du décret n° 63-146 du 18 février 1963) sont répartis comme suit sur le territoire :

- CMPP de Draguignan, Draguignan;
- CMPP APAJH, La Seyne-sur-Mer;
- CMPP ADSEA, La Valette;
- CMPP Les Magnolias, Saint-Raphaël.

L'EREA, qui est une autre structure que l'équipe de prévention des troubles des apprentissages est une antenne varoise du Centre de Ressources Autisme de Marseille. L'équipe agit en troisième ligne dans les diagnostics complexes des troubles du spectre autistique.

La Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO) est « destinée à organiser la prise en charge des jeunes enfants, de moins de 7 ans, qui ont besoin d'accéder rapidement à un parcours de soins dit "coordonné" ». L'objectif étant de proposer aux familles « un parcours de soins sécurisé et fluide tout en garantissant sa prise en charge grâce au "forfait précoce" » (UGECAM, 2020). Elle se donne les objectifs suivants :

- Coordonner la réalisation du bilan et/ou interventions précoces des professionnels concourant à ce parcours et exerçant en structures sanitaires ou médico-sociales ou en secteur libéral (professionnels conventionnés ou non conventionnés) ;
- Proposer du soutien et de la guidance parentale ;
- Permettre le paiement des professionnels libéraux non conventionnés grâce au « forfait précoce » (ARS, 2020).

La PCO de la région PACA est portée par l'UGECAM PACA Corse, et se situe au CAMSP de Toulon. Depuis son ouverture en janvier 2020, la plateforme a accompagné plus de 140 enfants.

¹⁰ Source : RIM-P, 2015

I.5.7 Les établissements médico-sociaux : L'offre pour les jeunes

Le territoire est doté de 5 Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) situés à Draguignan (rattaché au CH de la Dracénie), La Seyne-sur-Mer (CH George Sand), Saint-Raphaël, Toulon et Brignoles. Ces centres assurent le dépistage précoce et le traitement en cure ambulatoire des enfants de moins de 6 ans atteints d'un handicap sensoriel, moteur ou mental en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci.

Bien que l'offre en pédopsychiatrie soit insuffisante sur le territoire, il y a un effort concernant l'offre de places en IME.

Tableau 34. Taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux pour les 0-19 ans (en %)

Catégorie	Var	PACA
IME	4,1	3,7
SESSAD	2,8	3,0
ITEP	0,5	0,7
IEM	0,2	0,2
Accueil temporaire	0,0	0,0

Source : Places installées FINESS, décembre 2018 ; Insee, janvier 2019

La densité d'Instituts Médico-Éducatif (IME) dans le Var pour 100 000 habitants (âgés de 6 à 20 ans) était de 541,4 en 2015. Elle est supérieure à la moyenne régionale (481,9) mais inférieure à la moyenne française (577,8)¹¹. En effet, le Var est doté de 16 IME, la région est dotée de 74 IME. C'est le département des Bouches-du-Rhône qui comptabilise le plus d'IME : 24.

Le centre d'hébergement Beaulieu de l'ADIR, situé à Toulon accueille 12 enfants et 12 adolescents à l'année, sur notification MDPH et propose également un centre aéré spécialisé pendant les vacances scolaires. Il accueille également certains jeunes de l'ADIR ou d'autres établissements les week-ends, comme établissement de recours.

Les IME, dans des logiques de parcours et de soutien aux GEM, peuvent aussi parfois proposer des temps de répit. C'est le cas de l'IME de Collobrières, géré par l'UGECAM PACAC.

¹¹ Source : Insee, Finess, 2015

L'ensemble de l'offre en ESMS est insuffisant, ce que ces données confirment :

Tableau 35. Données relatives aux enfants en attente d'une place dans le Var

	Var
Nb d'orientations MDPH vers ESMS enfants non réalisées	936
Nb d'enfants figurant sur une liste d'attente avec orientation MDPH vers ESMS enfants	244
Indicateur de pression : nb d'enfants sur liste d'attente/ nb de places x100	14%
Nb d'enfants figurant sur liste d'attente avec orientation en SESSAD	79
Nb d'enfants figurant sur liste d'attente pour un EEAP	24
Nb d'enfants figurant sur liste d'attente pour un internat d'IME	Inconnu

Source : enquêtes CREAMI PACA et Corse, 2017

1.5.8 Synthèse des taux d'équipement en psychiatrie

Une offre globalement inférieure dans le Var :

Tableau 36. Ensemble de lits et places publics et privés installés au 31.12.2017 - taux d'équipement

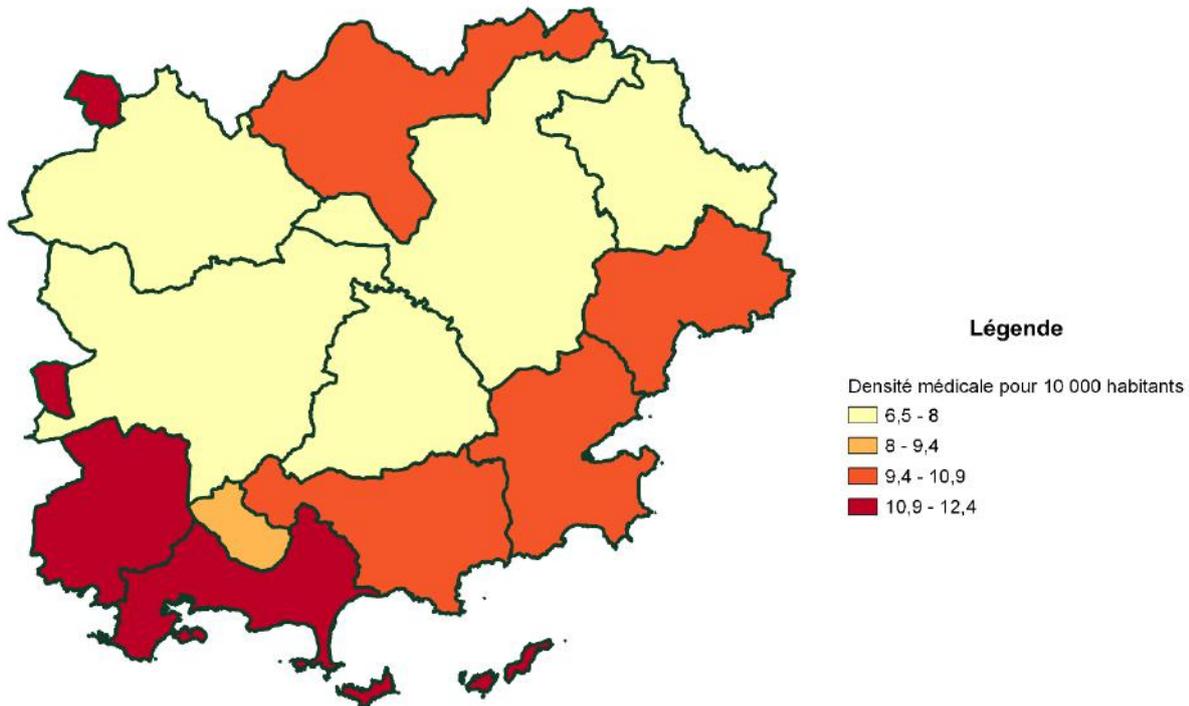
Disciplines de psychiatrie	Var	PACA	France métropolitaine
Psychiatrie infanto-juvénile			
Hospitalisation à temps plein (lits)	27	156	2 172
Hospitalisation partielle (places)	108	615	9 359
Placement familial thérapeutique (places)	1	39	727
Total	136	810	12 258
Psychiatrie générale			
Hospitalisation à temps plein (lits)	835	4 877	52 361
Hospitalisation partielle (places)	235	1 553	19 262
Placement familial thérapeutique (places)	4	123	2 452
Total	1 074	6 553	74 075
Taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile pour 1000 enfants de 0 à 16 ans inclus			
Lits d'hospitalisation complète	0,1	0,2	0,2
Equipement global (lits et places)	0,7	0,8	0,9
Taux d'équipement en psychiatrie générale pour 1000 habitants de plus de 16 ans			
Lits d'hospitalisation complète	1,0	1,2	1,0
Equipement global (lits et places)	1,3	1,6	1,5

Source : DREES, SAE, INSEE, estimations de population, 2017

Le nombre de lits privés est plus important que le nombre de lits publics. Ceci pourrait conduire à définir de meilleures coopérations entre secteur public et privé, de façon à décharger le public de patients que le secteur privé peut prendre en charge.

I.6 L'offre de soins libérale

I.6.1 Médecine générale



Tout droit réservé - CODES 83. 2020

Carte 12. Densité médicale pour 10 000 habitants en 2019

Sources : IGN, AdminExpress, 2020

FNPS – INSEE, Densité d'omnipraticiens libéraux pour 10 000 habitants, 2019

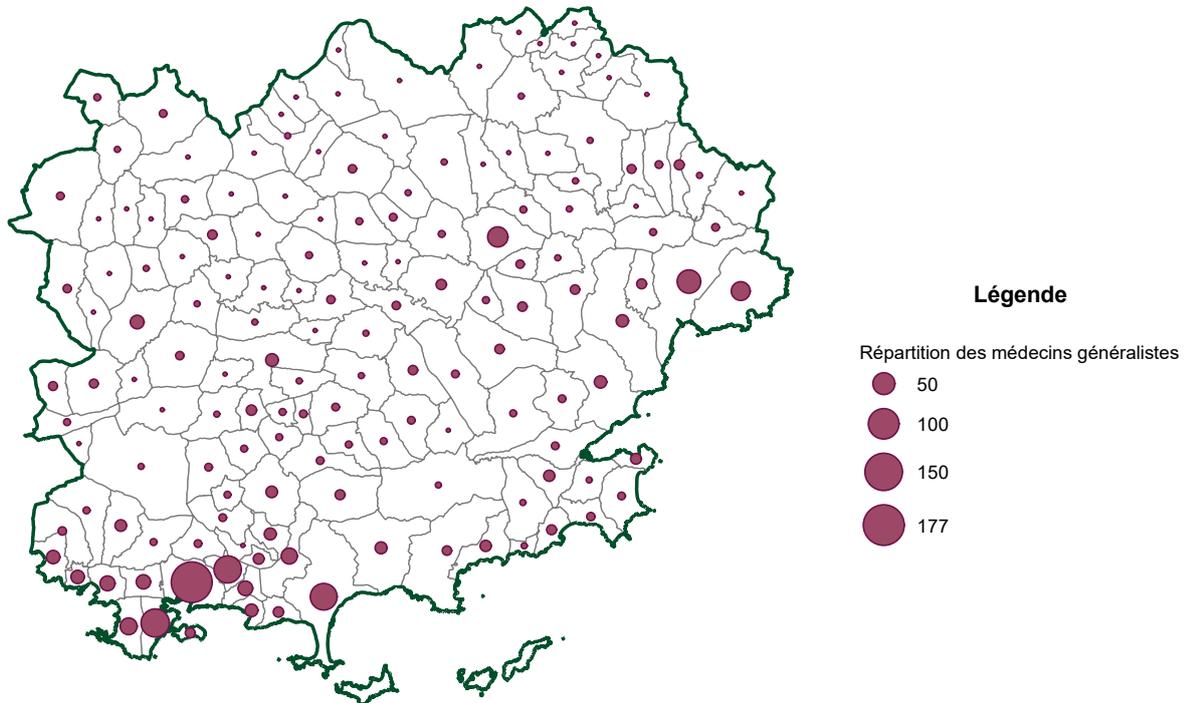
La concentration des médecins généralistes se situe sur le littoral au détriment des zones situées au Nord, qui regroupent entre 6,5 et 8 médecins pour 10 000 habitants. Comme l'illustre la carte c'est au sein de la Métropole TPM qu'il y a le plus de médecins généralistes : entre 10,9 et 12,4 pour 10 000 habitants (FNPS – INSEE, 2019).

Tableau 37. Densité médicale pour 10 000 habitants en 2019

	Var	PACA	France
Densité médicale pour 10 000 habitants	10,4	11	8,8

Sources : FNPS – INSEE, Densité d'omnipraticiens libéraux pour 10 000 habitants, 2019

La région PACA est la mieux dotée concernant le nombre de médecins pour 10 000 habitants. Le Var a également une densité supérieure à celle de la France, qui explique qu'il y ait peu de Zones d'Intervention Prioritaire (ZIP) dans le département.



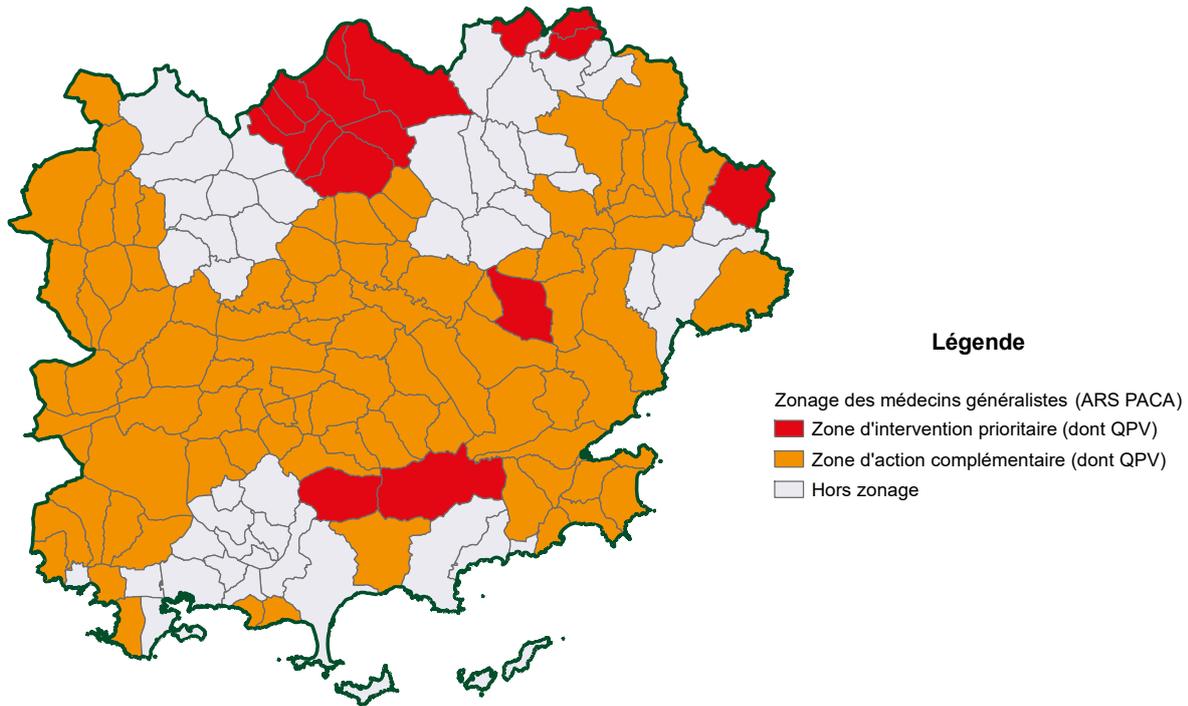
Tout droit réservé - CODES 83, 2020

Carte 13. Répartition des médecins généralistes dans le Var, 2019

Sources : IGN, GéoflaCommunes, 2016

FNPS, Nombre de médecins généralistes libéraux par tranche d'âge en activité au 31/12/2019

Comme l'illustre cette carte, la concentration de médecins généralistes se situe sur le littoral, au détriment de la partie nord du département. C'est une répartition inégale qui s'explique par l'attractivité des territoires qui regroupent le plus d'aménagement et d'aménités.



Tout droit réservé - CODES 83, 2020

Carte 14. Zonage des médecins généralistes dans le Var, 2018

Sources : IGN, GéoflaCommunes, 2016

ARS – DGOS, Zonage conventionnel des médecins généralistes, 2018

Face à ce phénomène de désertification médicale, les ARS ont mis en place des zonages afin de déterminer la densité médicale de chaque territoire. Dans le Var, les zones les plus touchées se situent au nord ainsi qu'à l'ouest. En effet, les Zones d'Intervention Prioritaire (ZIP) touchent plusieurs communes avoisinantes, ce qui implique que les habitants doivent parfois parcourir une grande distance pour avoir accès à un médecin généraliste. Toutefois, les territoires considérés « Hors zonage » (HZ) se situent dans les grandes agglomérations, tandis que les Zones d'Action Complémentaire (ZAC), plus présentes, se concentrent sur le reste du territoire.

C'est dans le centre et le nord du Var que les Zones d'Intervention Prioritaire (ZIP) et les Zones d'Action Complémentaire (ZAC) se retrouvent. En cause, la désertification médicale, définit comme suit : « Cette expression, popularisée par les médias, est aussi utilisée par les pouvoirs publics, les élus locaux ou encore le grand public pour décrire une multitude de situations. En restreignant la question aux seuls médecins généralistes il s'agit, par exemple, de signifier le manque de médecins dans un territoire donné, la difficulté à en attirer de nouveaux, le non-remplacement d'un départ à la retraite ou encore des délais d'attente ou des distances d'accès jugés trop longs. Cette question du déficit d'offre dans certains territoires renvoie à la question plus large et ancienne de l'inégale répartition spatiale de la ressource médicale en France, qui date au moins du XVIIIe siècle (Tonnelier, 1991) » (Chevillard Guillaume, « « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches », 2018).

Ce manque de médecins généralistes implique un retard dans le repérage, le diagnostic et la prise en charge des personnes ayant des troubles psychiques. Le médecin généraliste est en première ligne dans la prise en charge de ces troubles, bien qu'il y ait nécessité d'une coordination entre le médecin généraliste et le médecin psychiatre.

A noter qu'en 2020, l'Ordre des médecins recense 1010 médecins généralistes sur l'ensemble du territoire réparti comme suit :

Tableau 38. Répartition des médecins généralistes par EPCI en 2020

Nom de l'établissement public de coopération intercommunale	Total
Métropole Toulon-Provence-Méditerranée	486
CA Var Esterel Méditerranée	108
CA Dracénoise	74
CA de la Provence Verte	76
CA Sud Sainte Baume	63
CC du Golfe de Saint-Tropez	51
CC Méditerranée Porte des Maures	47
CC Cœur du Var	24
CC de la Vallée du Gapeau	26
CC du Pays de Fayence	21
CC Provence Verdon	16
CC Lacs et Gorges du Verdon	10
Vinon-sur-Verdon	4
Saint-Zacharie	4

Source : Ordre des médecins, 2020

571 médecins généralistes, soit plus de la moitié, sont âgés de plus de 55 ans, ce qui laisse présager une vague de départ à la retraite d'ici quelques années :

Tableau 39. Répartition des médecins par tranche d'âge, 2020

Nom de l'EPCI	< 54 ans	55 - 59 ans	60 - 64 ans	65 - 69 ans	> 70 ans	Total	Départ	Installation
Métropole Toulon-Provence-Méditerranée	225	90	97	45	29	486	31	21
CA Var Esterel Méditerranée	39	16	32	16	5	108	8	5
CA Dracénoise	27	6	22	12	7	74	8	2
CA de la Provence Verte	41	6	15	12	2	76	5	4
CA Sud Sainte Baume	25	5	13	15	5	63	4	3
CC du Golfe de Saint-Tropez	13	10	13	10	5	51	5	1
CC Méditerranée Porte des Maures	23	8	8	4	4	47	2	2
CC Cœur du Var	11	5	5	1	2	24	4	1
CC de la Vallée du Gapeau	12	1	7	6		26		
CC du Pays de Fayence	9		9	2	1	21		1
CC Provence Verdon	7	2	4	2	1	16	1	1
CC Lacs et Gorges du Verdon	4	3	1		2	10		1
Vinon-sur-Verdon	3		1			4		2
Saint-Zacharie		1	2	1		4	2	

Source : Ordre des médecins, 2020

Tableau 40. Nombre de médecins généralistes dans le Var par tranche d'âge en 2020

Tranche d'âge	< 54 ans	55 - 59 ans	60 - 64 ans	65 - 69 ans	> 70 ans	Total
Nombre	439	153	229	126	63	1010

Source : Ordre des médecins, 2020

Une des solutions pour pallier cette problématique est la mise en place des maisons de santé. En 2019, le département ne disposait que de 8 maisons de santé pluriprofessionnelles, tandis que la région en dispose de 59, pour un total en France de 1 514 maisons de santé pluriprofessionnelles. Ces maisons de santé se situent dans les communes suivantes :

Tableau 41. Répartition des maisons pluriprofessionnelles de santé au 03/08/2020

Nature	Commune	Statut
MSP	Néoules	En fonctionnement
MSP	Comps-sur-Artuby	En fonctionnement
MSP	La Seyne-sur-Mer	En fonctionnement
MSP multisites	La Celle - Tourves	En fonctionnement
MSP multisites	Barjols - Varage	En fonctionnement
MSP multisites	Fayence	En fonctionnement
MSP	Aups	En attente d'ouverture
MSP	Bagnols-en-Forêt	En attente d'ouverture
MSP	Saint-Maximin-la-Sainte-Baume	Projet
MSP	Draguignan	Projet
MSP	Vidauban	Projet
MSP	Ramatuelle	Projet
MSP	Cogolin	Projet
MSP	Toulon - Le Palais	Projet
MSP	Le Beausset	Projet
MSP multisites	Sainte Maxime – Le Plan de la Tour	Projet

Source : ARS – DD Var Feuille de route des soins de proximité – 03/08/2020

1.6.2 Médecine spécialisée

L'ensemble du département est doté de 98 psychiatres libéraux dont une grande partie exerce à Toulon (38). De la même manière que les médecins généralistes, la répartition des médecins psychiatres est inégale. Même si 12 cabinets secondaires¹² de psychiatres peuvent accueillir des patients sur le territoire il n'en reste pas moins que les délais restent longs pour obtenir un rendez-vous. La médiane de distance au plus proche d'un médecin psychiatre est de 18 kilomètres (temps d'accès : 22 minutes en valeur médiane). Pourtant, 19 communes du département varois comptent minimum 29 kilomètres pour accéder à un médecin psychiatre.

La présence d'un (ou plusieurs) psychiatre n'implique pas sa disponibilité immédiate. En outre, il s'agit de s'intéresser au délai moyen pour obtenir un rendez-vous auprès d'un psychiatre.

¹² « Un médecin peut exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle » (article 85 du Code la Santé Publique)

<https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/2-exercice-clientele-privee-art-85-94/article-85#:~:text=Un%20m%C3%A9decin%20peut%20exercer%20son.d%C3%A9but%20d'activit%C3%A9%2C%20une%20%C3%A9claration41>

Tableau 42. Densité de psychiatres dans le Var en 2016

Modes d'exercice	Tous modes d'exercice compris	Salariés hospitaliers	Libéraux mixtes	ou	Autres salariés
Densité de psychiatres (pour 100 000 habitants)	19,1	7,3	10,3		1,4

Source: RPPS, Insee, 2016

La densité des salariés hospitaliers est nettement inférieure à la densité nationale (11,4) mais concernant celle des libéraux ou mixtes elle est supérieure (9,9 pour l'échelle nationale). Même si cette densité est supérieure, il n'en reste pas moins que 63,5%¹³ des psychiatres libéraux sont âgés de 55 ans et plus dans le Var. S'il n'y a pas de nouvelles installations, le département pourrait se retrouver en déficit et donc allonger les délais de rendez-vous.

Les acteurs soulèvent le manque de places d'internes en psychiatrie proposé dans le Var ce qui n'est pas sans conséquence sur le renouvellement des médecins psychiatres.

Concernant la densité des pédopsychiatres libéraux et salariés, elle était de 11 pédopsychiatres pour 100 000 jeunes (de 0 à 14 ans) en 2016. Cette densité est nettement supérieure à celle de l'échelle nationale (6,7) et de l'échelle régionale (10,3)¹⁴.

I.6.3 L'offre paramédicale

La densité de psychologues est bien en deçà de la densité régionale et nationale.

Tableau 43. Densité des psychologues libéraux pour 100 000 habitants en 2017

	Var	PACA	France
Densité pour 100 000 habitants	27,6	35,4	29,9

Source : RPPS, Insee, Densité des psychologues libéraux, 2017

En 2018, le département regroupait 829 psychologues tous modes d'exercices confondus. 304 avaient un exercice libéral ou mixte, 144 étaient salariés hospitaliers et 381 comptaient parmi les autres salariés.

Le nombre de psychologues, pour l'ensemble de modes d'exercice globaux, âgés de 55 à 59 ans en 2018 était de 58. Ceux âgés de 60 à 64 ans était au nombre de 67. Enfin, les psychologues âgés de 65 ans et plus représentaient 91 des effectifs. Ainsi, les psychologues âgés de 55 ans à plus étaient au total en 2018 à 216¹⁵.

Les Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'État (IDE) ont toute leur importance dans la santé mentale. De fait, les IDE libéraux ont un rôle certain dans la prise en charge des personnes atteintes d'un trouble psychiatrique, et plus particulièrement pour les

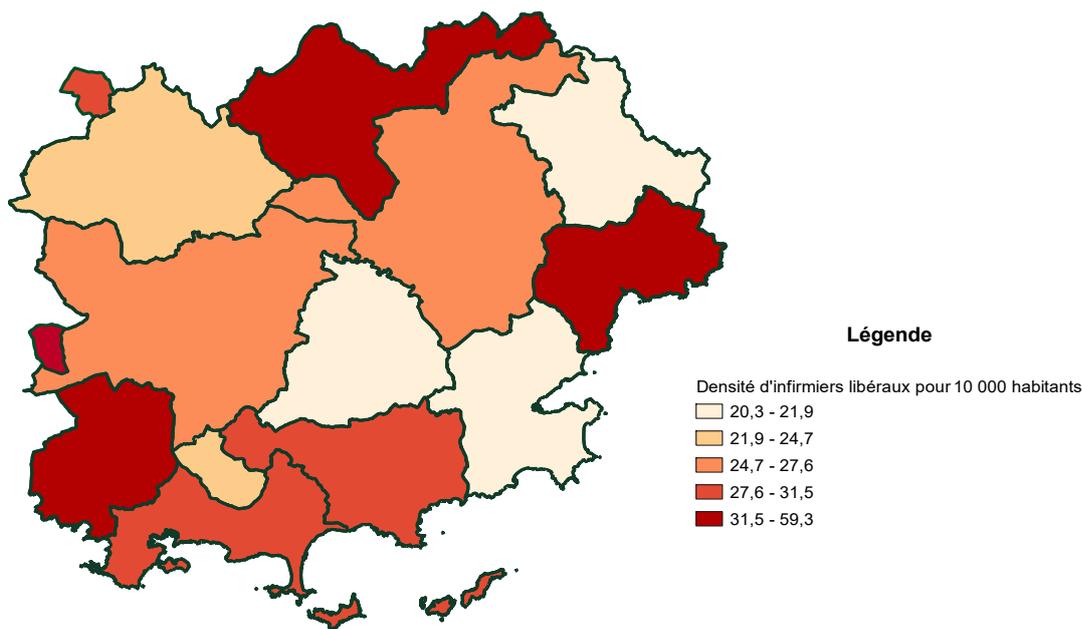
¹³ Sources : RPPS, Insee, 2016

¹⁴ Source : AtlaSanté Mentale, RPPS, 2016

¹⁵ DREES, 2018

personnes âgées. En 2019, le département comptait 3 116¹⁶ IDE libéraux. Le nombre d'actes d'IDE libéraux du territoire était de 20 593 168 en 2018.

La densité des infirmiers libéraux en 2019 était, comme l'illustre la carte ci-dessous, morcelée d'un EPCI à un autre. Les territoires les mieux dotés sont la Communauté d'Agglomération Var Estérel Méditerranée, la Communauté d'Agglomération Sud Sainte-Baume, et le Communauté de Communes Lacs et Gorge du Verdon. Ce sont les mêmes territoires où la densité médicale est bonne. Ce sont également dans les territoires où la densité médicale est faible qu'il y a une densité d'infirmiers libéraux basse alors que les infirmiers jouent un rôle clé dans la prise en charge des patients à domicile.



Tout droit réservé - CODES 83, 2020

Carte 15. Densité d'infirmiers libéraux pour 10 000 habitants, 2019

Sources : IGN – GéoflaCommunes, 2016

FNPS, INSEE, Densité d'infirmiers libéraux pour 10 000 habitants, 2019

Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) permettent de prodiguer des soins infirmiers à domicile auprès :

- De personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes ;
- De personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap ;
- De personnes adultes de moins de soixante ans atteints des pathologies chroniques.

Ces services sont au nombre de 30 dans le département et sont répartis comme suit :

¹⁶ Sources : FNPS, 2019

Tableau 44. Répartition des SSIAD dans le Var en 2019

Nom de la commune	Nombre de SSIAD	Nom du SSIAD
Bargemon	1	SSIAD de Bargemon
Brignoles	1	SSIAD ADAFMI
Callian	1	SSIAD Pays de Fayence
Carcès	1	SSIAD de Carcès
Carqueiranne	1	Le Domicile + Facile
Cogolin	1	SSIAD 83 Assistance Service
Cuers	1	SSIAD Cuers
Draguignan	2	SSIAD Draguignan (dépendant du CH de la Dracénie), SSIAD SENDRA
Flayosc	1	Bien-Être
La Garde	1	SSIAD La Garde
Hyères	2	Le Domicile + Facile, SESID DG Santé
Le Lavandou	1	SSIAD83
Lorgues	1	Saint-François
Le Luc	1	SSIAD Le Luc
Montauroux	1	SSIAD SENDRA
Ollioules	1	SSIAD Mutuelles de France du Var
Pignans	1	Pin et Soleil
Saint-Maximin-la-Sainte-Baume	1	SSIAD ADAFMI
Saint-Raphaël	1	Santé Assistance Services
Salernes	1	SSIAD pour personnes âgées de Salernes
Sanary-sur-Mer	1	Korian Sittelle
La Seyne-sur-Mer	1	Santé Solidarité du Var
Solliès-Pont	1	SSIAD du CIAS de la Vallée du Gapeau
Toulon	5	Var Autonomie, Âge et Vie, SSIAD AMAPA, SSIAD Toulon, Le Porphyre

Source : FINESS, 2019

I.7 Les instances de coordination

I.7.1 Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) réunissent « *des professionnels de santé de ville du premier et du second recours, des maisons de santé pluri professionnelles, des centres de santé, des équipes de soins primaires* » (ARS, 2020).

Ces nouvelles organisations territoriales sont en cours d'organisation. Elles ambitionnent de mobiliser les professionnels autour d'objectifs partagés, dans une démarche que l'on peut qualifier de populationnelle ; l'enjeu est de s'impliquer dans la prise en charge de la population d'un territoire et non plus seulement celle de sa patientèle attirée. Les missions socles des CPTS sont :

- l'amélioration de l'accès aux soins, en particulier l'accès à un médecin traitant, et la prise en charge des soins non programmés ;
- l'organisation parcours pluriprofessionnels autour du patient ;
- le développement des actions territoriales de prévention.

La situation au 1^{er} octobre 2020 est comme suit :

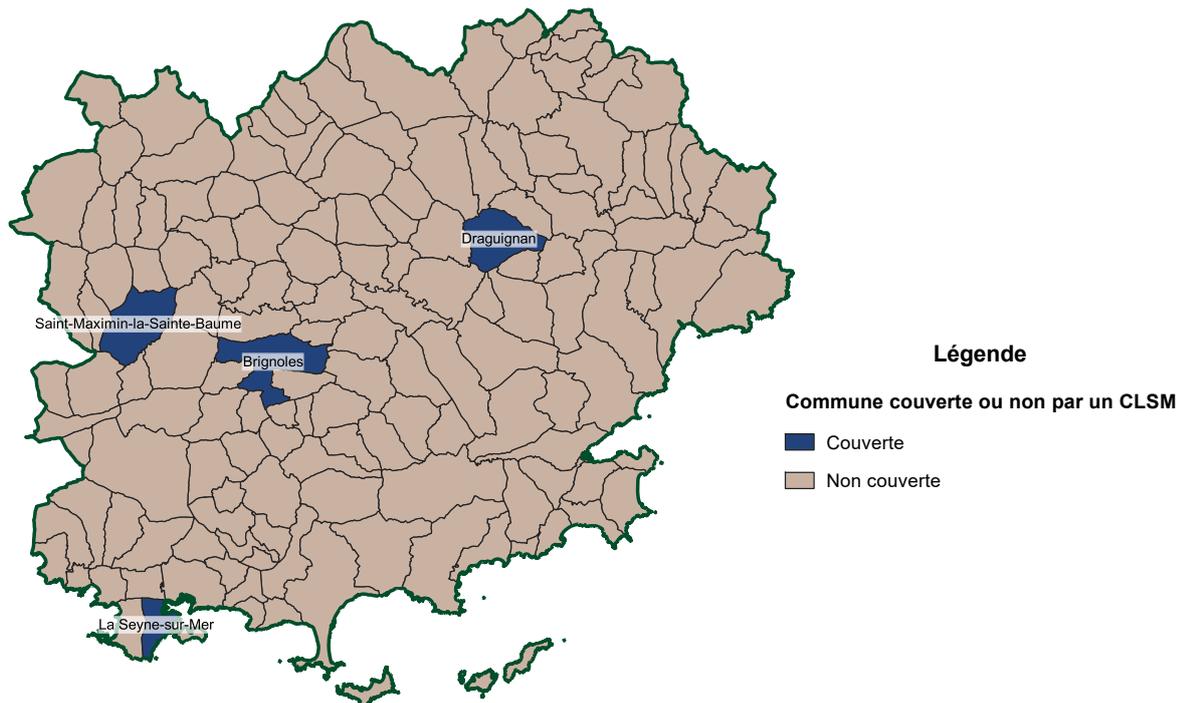
Tableau 45. Répartition des CPTS et de leur statut d'avancement dans le Var au 1er mars 2020

Nom de la CPTS	Territoires impliqués	Statut
CPTS Var Provence Méditerranée	Carqueiranne, La Crau, La Moutonne, La Garde, La Valette, Le Pradet	Projet de santé en cours
CPTS Cœur du Var	Le Thoronet, Cabasse, Le Cannet, Les Mayons, Le Luc, Flassans, Besse, Carnoules, Pignans, Gonfaron	Intention
CPTS Provence Verte	Bras, Brignoles, Camps-la-Source, Carcès, la Celle, Châteauvert, Cotignac, Correns, Entrecasteaux, Forcalqueiret, Garéoult, Mazaugues, Méounes-lès-Montrieux, Montfort-sur-Argens, Nans-les-pins, Néoules, Ollières, Plan-d'Aups, Pourcieux, Pourrières, Rocbaron, La Roquebrussanne, Rougiers, Saint-Maximin-la-Sainte-Baume, Sainte-Anastasie-sur-Issole, Tourves, Le Val, Vins-sur-Caramy	Projet de santé en cours
CPTS Vallée du Gapeau	Belgentier, Solliès-Toucas, Solliès-Pont, Solliès-Ville, La Farlède	Intention

CPTS Var Ouest	Riboux, Signes, Le Castellet, Le Beausset, Evenos, La Cadière, Saint-Cyr, Bandol, Sanary-sur-Mer, Six-Fours	Projet de santé en cours
CPTS - LSTO	La Seyne-sur-Mer, Saint Mandrier, Ollioules, Toulon Ouest, Le Revest-les-Eaux	Projet de santé en cours
CPTS Toulon-Littoral	Périmètre en cours d'ajustement	Intention
CPTS Îles d'Or	Hyères	Projet de santé en cours
CPTS Pays des Maures	Cuers, Puget-Ville, Pierrefeu, La Londe-les-Maures, Bormes-les-Mimosas, Le Lavandou, Collobrières	Projet de santé en cours
CPTS du Golfe	Sainte-Maxime, La Garde-Freinet, Le Plan-de-la-Tour, Grimaud, Cogolin, La Môle, Gassin, Rayol, Cavalaire, La Croix-Valmer, Ramatuelle, Saint-Tropez	Ajustement de la gouvernance en cours
CPTS Var Esterel Méditerranée	Puget-sur-Argens, Fréjus, Roquebrune, Saint-Raphaël, Les Adrets	Projet de santé en cours
CPTS Var Est, Pays de Fayence	Seillans, Mons, Fayence, Callian, Tourrettes, Saint-Paul, Bagnols, Montauroux	Projet de santé en cours
CPTS Dracénié – Provence Verdon	Vidauban, Les Arcs, Taradeau, Lorgues, Saint-Antonin-du-Var, Flayosc, Sillans-la-Cascade, Salernes, Villecroze, Tourtour, Le Muy, Trans-en-Provence, La Motte, Draguignan, Callas, Figanières, Claviers, Bargemon, Montferrat, Châteaudouble, Ampus, Comps-sur-Artuby, Bargème, La Bastide, La-Roque-Esclapon	Projet de santé en cours

Sources : ARS PACA, l'Assurance Maladie Var, Structures d'exercice coordonné, situation au 1^{er} mars 2020

I.7.2 Les Conseils Locaux de Santé Mentale



Tout droit réservé - CODES 83, 2020

Carte 16. Répartition des CLSM dans le Var en 2020

Sources : IGN, GéoflaCommunes, 2016

Quatre Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) ont été mis en place sur l'ensemble du département du Var. Les CLSM répondent à une logique territoriale communale : c'est un lieu de concertation entre les services de psychiatrie publics et les élus locaux du territoire concerné, les usagers et les aidants. Pourtant, l'ensemble des communes varoises est concerné par des problématiques de santé mentale.

I.7.3 Le Groupement Hospitalier Territorial

Le Groupement Hospitalier Territorial (GHT), dont l'établissement support est le CHITS, regroupe les structures hospitalières suivantes :

- L'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte-Anne;
- CHI Fréjus Saint-Raphaël;
- CH d'Hyères;
- CH Saint-Tropez;
- CH Brignoles;
- CH le Luc-en-Provence;
- CH Pierrefeu;
- CH Draguignan.

L'objectif de ce regroupement, entre établissements publics de santé d'un même territoire, est de s'engager à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge

commune et graduée du patient, formalisée dans un projet médical partagé. Cette démarche engage aussi la santé mentale puisque l’Hôpital Henri Guérin (Pierrefeu), est partie prenante du groupement, ce qui inclut un volet santé mentale dans le projet médical partagé.

1.7.4 Les Plateformes Territoriales d’Appui

Le département du Var dispose de deux Plateformes Territoriales d’Appui (PTA) réparties en deux secteurs : ouest et est. La PTA Var Ouest se situe à Hyères, et la PTA Var Est se situe à Draguignan. Ce dispositif permet aux professionnels de santé d’être accompagnés dans la gestion de situations complexes. Une équipe pluriprofessionnelle apporte une réponse adaptée de prise en charge pour chaque situation.

Tableau 46. Zonages géographiques des Plateformes Territoriale d’Appui

Nom de la PTA	Zones géographiques
PTA VAR OUEST	Plan-d’Aups-Sainte-Baume, Riboux, Signes, Le Castellet, La Cadière-d’Azur, Saint-Cyr-sur-Mer, Bandol, Le Beausset, Sanary-sur-Mer, Six-Fours-les-Plages, Ollioules, Evenos, La Seyne-sur-Mer, Le Revest-les-Eaux, Toulon, Saint-Mandrier-sur-Mer, La Valette-du-Var, La Garde, Le Pradet, Besse-sur-Issole, Gonfaron, Pignans, Carnoules, Puget-Ville, Pierrefeu-du-Var, Collobrières, Bormes-les-Mimosas, Le Lavandou, La Londe-les-Maures, Cuers, Solliès-Pont, Hyères, Carqueiranne, La Crau, La Farlède, Solliès-Ville, Solliès-Toucas, Belgentier, Vinon-sur-Verdon, Ginasservis, Saint-Julien, La Verdière, Montmeyran, Rians, Artigues, Esparron, Saint-Martin, Varages, Tavernes, Fox-Amphoux, Pourrières, Ollières, Seillons-Source-d’Argens, Brue-Auriac, Barjols, Pontevès, Cotignac, Châteauvert, Pourcieux, Bras, Saint-Maximin-la-Sainte-Baume, Saint-Zacharie, Plan-d’Aups-Sainte-Baume, Nans-les-Pins, Rougiers, Tourves, Le Val, Correns, Montfort-sur-Argens, Entrecasteaux, Saint-Antonin-du-Var, Carcès, Cabasse, Flassans-sur-Issole, Vins-sur-Caramy, Brignoles, La Celle, Mazaugues, La Roquebrussane, Garéoult, Forcalqueiret, Camps-la-Source, Sainte-Anastasie-sur-Issole, Rocbaron, Néoules, Méounes-lès-Montrieux
PTA VAR EST	Draguignan, Aiguines, Ampus, Les Arcs sur Argens, Artignosc, Aups Bargême, Bargemon, La Bastide, Baudinard, Bauduen, Le Bourguet, Brénon, Callas, Le Cannet des Maures, Cavalaire, Chateaudouble, Château Vieux, Clavier, Cogolin, Comps S/Artuby, La Croix Valmer, Draguignan, Figanières, Flayosc, La Garde Freinet, Gassin, Grimaud, Lorgues, Le Luc en Provence, La Martre, Les Mayons, Moissac Bellevue, Montferrat, La Môle, La Motte, Le Muy, Plan de la Tour, Ramatuelle, Rayol Canadel, Régusse, La Roque Esclapon, Saint Tropez, Sainte Maxime, Salernes, Les Salles sur Verdon, Sillans la Cascade, Taradeau, Le Thoronet, Tourtour, Trans en Provence, Trigance, Vidauban, Villecroze, Vérignon.

1.7.5 Les Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale

Dans le Var, 2 Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) sont répartis comme suit :

- GCSMS Prisme à Draguignan qui regroupe l'IME du Haut-Var, le SESSAD Autisme (APAJH), l'IME Sylvabelle (Equinova), le CAMSP (CH Dracénie), et CMP et Hôpital de Jour (CHI Fréjus);
- GCSMS PASSERELLES 83 à Pierrefeu qui regroupe le Centre hospitalier Henri Guérin, l'Institut Médico-Educatif du Haut-Var, l'ADAPEI Var-Méditerranée, l'AVEFETH-ESPERANCE VAR, l'UGECAM PACAC, le Centre hospitalier intercommunal Toulon-La Seyne-sur-Mer au nom de l'ensemble des établissements du GHT, association PHAR 83. Les CH de Brignoles et le Luc devraient rejoindre ce groupement.

L'objectif des GCSMS est de mutualiser les ressources et de coordonner les parcours. Le GCSMS « *[il] permet des interventions communes de professionnels ou encore l'exercice direct de missions et prestations habituellement exercées par un établissement ou service du secteur social et médico-social* » (CNAR, 2009).

1.7.6 Les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

Les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA), structures de proximité destinées à coordonner la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et qui offrent un accompagnement à leur entourage sont au nombre de 5 dans le département : MAIA Provence Verte, MAIA de la Dracénie, MAIA Var Esterel, MAIA Bassin Hyérois, MAIA Littoral Ouest Var. Chacune de ces MAIA est portée par différents acteurs :

Tableau 47. Répartition des MAIA dans le Var

Nom de la MAIA	Porteur
MAIA Provence Verte	Association Alzheimer Aidant Var
MAIA de La Dracénie	Centre hospitalier de Draguignan
MAIA Littoral Ouest Var	CLIC du CCAS Toulon
MAIA Bassin Hyérois	COS Beauséjour membre GIP COMET
MAIA Var Esterel	Association Alzheimer Les Libellules

I.7.7 Le Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées

Suscités en 2016 à la suite du rapport de Denis Piveteau « Zéro sans solution », les Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) sont devenus un outil essentiel pour l'accompagnement des personnes handicapées. Dans le Var, ce pôle est porté par l'UGECAM PACAC. Il accompagne les enfants, adolescents et adultes en situation de handicap bénéficiant d'une notification spécifique de la MDPH. *« Il a pour mission de rendre le parcours des personnes accompagnées plus fluide et de prévenir toutes ruptures de prise en charge. En ce but, il favorise la coordination des acteurs institutionnels, des professionnels libéraux et/ou des prestataires de service et intervenants à domicile. Les principaux axes d'intervention de ce service sont :*

- *L'évaluation des besoins de la personne,*
- *La délivrance de prestations directes,*
- *La formalisation et suivi d'un Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA),*
- *La coordination des intervenants internes et externes,*
- *Le conseil et le soutien à l'utilisateur et son entourage.*

L'accompagnement assuré par le PCPE est temporaire (6 mois environ) et dans la limite de l'échéance de la notification MDPH. L'admission au sein de ce service est effective après une période d'évaluation des besoins et sous réserve de la complétude des démarches obligatoires » (UGECAM).

I.8 Les structures de prévention et d'accompagnement

I.8.1 La Protection Maternelle et Infantile

La Protection Maternelle et Infantile (PMI) compte parmi ses missions le dépistage précoce du risque du dysfonctionnement du lien mère-enfant. Sous la compétence du département elle est en lien avec la médecine scolaire.

Les lieux de consultation de la PMI dans le département sont répartis comme suit :

- Aups
- Barjols
- Brignoles
- Callas
- Collobrières
- Comps-sur-Artuby
- Draguignan
- Fayence
- La Garde-Freinet
- La Seyne-sur-Mer
- La Valette-du-Var

- Le Luc
- Le Muy
- Le Thoronet
- Méounes-lès-Montrieux
- Montmeyan
- Puget-sur-Argens
- Rians
- Saint-Julien
- Saint-Tropez
- Six-Fours-les-Plages
- Solliès-Pont
- Toulon

I.8.2 Actions de santé du Département

Le Conseil Départemental du Var est en charge des bilans de santé initiaux des MNA : en 2017, 455 Mineurs Non Accompagnés (MNA) ont été vu par un médecin responsable des actions de santé dans le cadre de leur bilan initial. Il y a une nette augmentation entre 2016 et 2017 car en 2016 72¹⁷ MNA avaient bénéficié de ce bilan. 95,90% des MNA étaient des garçons, 4,10%¹⁸ des filles. Les MNA sont une population particulièrement sensible aux psycho-traumatismes, en lien avec leur parcours migratoire.

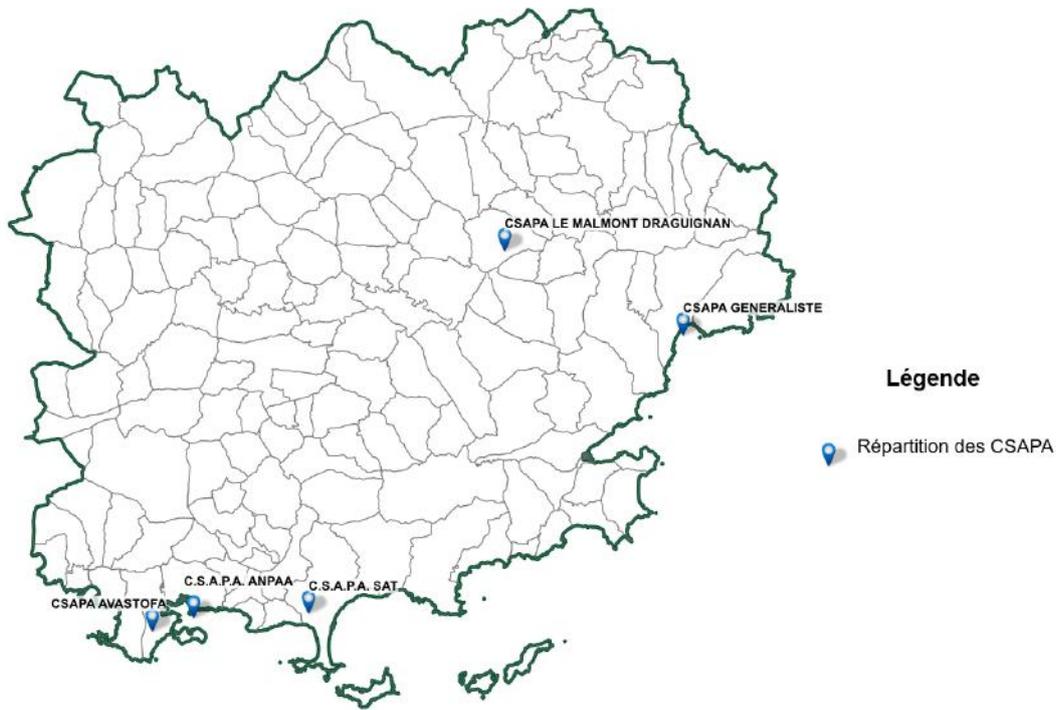
I.8.3 Les structures d'addictologie

Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Les CSAPA sont des structures qui s'adressent aux personnes en difficultés avec leurs consommations. Ils offrent un accompagnement vers la réduction ou l'arrêt des consommations. Dans le département, ils sont au nombre de 5, répartis comme suit sur la carte :

¹⁷ Données politiques de l'enfance, 31 mai 2018

¹⁸ Direction de l'Enfance, Service MNA, 2017



Tout droit réservé - CODES 83, 2020

Carte 17. Répartition des CSAPA dans le Var
Sources : IGN, GéoflaCommunes, 2016

Malgré le fait que le CSAPA de Pierrefeu se développe également à Brignoles et Saint Maximin, certaines zones, et notamment le nord-ouest du département sont insuffisamment couvertes. L'ensemble des CSAPA a mis en place des Consultations pour les Jeunes Consommateurs (CJC). Ils développent aussi des actions de prévention pour ce public. Le CSAPA Equinoxe (CH Henri Guérin) et le CSAPA du CH de Draguignan interviennent respectivement au sein des unités sanitaires pénitentiaires de Toulon-La Farlède et de Draguignan.

Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)

Les CAARUD assurent :

- L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;
- Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, l'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun et l'incitation au dépistage des infections transmissibles ;
- Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;
- La mise à disposition de matériel de prévention des infections ;
- L'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers.

Ces structures sont réparties comme suit :

- CAARUD Totem et Tabou AVASTOFA (La Seyne-sur-Mer) ;
- CAARUD AIDES (Toulon).

Tableau 48. File active des CAARUD à différentes échelles, 2016

	Var	PACA	France
Nb d'unités	2	13	147
File active	943	7 773	79 133

Source : Rapport d'activités CAARUD, 2016

1.8.4 Les structures de répit

Les structures de répit peuvent offrir aux aidants et aux personnes en situation de handicap psychique un moment de pause dans l'accompagnement quotidien.

L'association LADAPT a mis en place une offre de soutien, d'accompagnement et de répit pour les aidants de personnes en situation de handicap. Cela se traduit par deux actions : la mise en place de séjours de répit aidant-aidé, ainsi que la réalisation de relayage à domicile. La première consiste à faire bénéficier d'un séjour aidant-aidé avec un espace commun et d'une présence 24h/24h pour l'aidé. La deuxième, permet de bénéficier d'un « relayeur » professionnel qui s'installe pour une courte durée définie au domicile de la personne en situation de handicap afin que l'aidant puisse partir quelques temps.

La maison de répit Belle Etoile, située à Pierrefeu du Var et gérée par l'ADAPEI propose des séjours de répit qui peuvent aller de quelques jours à des séjours séquentiels réguliers à des enfants autistes de 6 à 20 ans. La maison dispose de 8 places chaque jour et propose également des activités à ces jeunes.

La CAF permet de bénéficier de l'aide au départ en vacances en famille dans les centres de séjours du Réseau Passerelles étant labellisés par VACAF. L'aide a pour but de favoriser le départ en vacances des familles allocataires ayant un enfant en situation de handicap au sein de centres de séjours labellisés.

I.8.5 Les lieux de prévention et d'information

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) s'adressent aux personnes âgées, aux aidants familiaux et aux professionnels. Le Var compte 9 CLIC qui se déploient sur plusieurs territoires¹⁹ :

Tableau 49. Répartition des CLIC et indication de leur niveau dans le Var

Nom du CLIC	Zone géographique	Niveau
CLIC de Toulon	Toulon	1,2,3
CLIC du Cap Sicié	La Seyne-sur-Mer	1,2
CLIC du Coudon	La Valette, La Garde, Le Pradet, Le Revest	1
CLIC Provence Verte	Bras, Brignoles, La Celle, Châteauvert, Cotignac, Correns, Entrecasteaux, Forcalqueiret, Garéoult, Mazaugues, Méounes les Montrieux, Montfort sur Argens, Nans les Pins, Néoules, Ollières, Plan-d'Aups, Pourcieux, Pourrières, Rocbaron, La Roquebrussanne, Rougiers, Saint Maximin, Sainte Anastasie, Touves, Le Val, et Vins sur Carami	1,2
HADAGE	Hyères, La Londe, Le Lavandou, La Crau, Carqueiranne, Pierrefeu, Collobrières, Le Rayol Canadel, Bormes, Cavalaire	1,2,3
CLIC de la Vallée du Gapeau	Belgentier, La Crau, La Farlède, Solliès-Pont, Solliès-Toucas, Solliès-Ville	Non indiqué
CLIC de la Dracénie	Draguignan, Figanières, Flayosc, Lorgues, Montferrat, Trans-en-Provence, Vidauban, Châteaudouble, Les Arcs-sur-Argens, Comps, Trigance, Le Bourguet, Bargème, Brenon, Châteauvieux, La Martre, Ampus, La Bastide, Bargemon, La Roque-Esclapon, Claviers, Callas, La Motte, Le Muy, Taradeau	1,2
CLIC Age 83	Callian, Fayence, Mons, Montauroux, Seillans, St Paul-en-Forêt, Tanneron, Tourettes, Les Adrets de l'Esterel, Bagnols-en-Forêt	1,2,3

¹⁹ Source : Département du Var, Centres locaux d'information et de coordination (CLIC)
<https://www.var.fr/social/autonomie-personnes-agees/les-clic-du-var>

Les lieux de prévention assurent une meilleure compréhension de la santé de chacun, ainsi que l'adoption de comportements favorables à une bonne santé, notamment par l'évitement de conduites à risque. (Tableau 46 page suivante)

Tableau 50. Recensement des lieux de prévention dans le Var

Nom de la structure	Public ciblé	Territoire(s) concerné(s)
Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS)	Jeunes (étudiants)	Université de Toulon (La Garde, Toulon)
Point Accueil et Ecoute Jeunes (PAEJ)	Adolescents (13-18 ans), Jeunes (16-25 ans)	Hyères, La Seyne-sur-Mer,
Coridys	Personnes atteintes de troubles cognitifs	La Seyne-sur-Mer, Brignoles, Le Luc, Draguignan, Saint-Raphaël
Ligue Varoise de Prévention	Prévention spécialisée (accompagnement socio-éducatif des jeunes et des familles en risque d'inadaptation)	Saint-Maximin, Brignoles, Belgentier, Solliès-Toucas, Solliès-Pont, Solliès-Ville, La Farlède, Hyères, La Valette, Toulon, Ollioules
	Prévention santé pour les jeunes	Brignoles, Ollioules, La Valette, La Vallée du Gapeau, Saint-Maximin
	Médiation de sûreté pour les lycéens	Toulon, Hyères, Fréjus, Brignoles, Saint-Maximin, Draguignan
APEA	Prévention spécialisée	La Seyne-sur-Mer
APS	Prévention spécialisée	Hyères - Fréjus
CODES 83	<ul style="list-style-type: none"> - Jeunes : <i>Prev'addicteen</i> - Public en situation de handicap : <i>Handisens</i> <i>Relais des campagnes de dépistage</i> - Public détenu : <i>Canal santé,</i> <i>Relais des campagnes de dépistage</i> <i>Groupes de paroles addictions et stress</i> - Personnes âgées : <i>AVITAM</i> <i>Relais des campagnes de dépistage</i> - Tout public : 	Var

	<i>Organisation des semaines d'information sur la santé mentale</i>	
--	---	--

La Maison Des Adolescents (MDA), située à Toulon accueille les jeunes de 11 à 25 ans. En 2019 elle a pu accueillir 846 jeunes²⁰ dont 56% avaient entre 11 et 16 ans. Elle a développé des partenariats avec le CHITS, le Conseil Départemental, la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), ainsi que l'APHP San Salvador. Trois psychiatres, trois psychologues ainsi qu'une infirmière interviennent au sein de la structure afin d'accompagner les différentes sollicitations des jeunes. La MDA propose également des ateliers thérapeutiques et des médiations familiales.

Il existe également de nombreux lieux d'accueil non spécialisés qui peuvent cependant orienter les personnes en souffrance psychique vers des structures plus adaptées. C'est le cas des BIJ (bureau information jeunesse) - des PIJ (point information jeunesse) - des CCAS (centre communal d'action sociale) - de certaines associations de prévention ou d'accompagnement spécialisées comme le CODES 83 - Axis - le CIDFF (centre d'information des droits des femmes et des familles) - l'AAVI (association d'aide aux victimes), etc... L'ensemble de ces structures peut également participer au repérage et à l'orientation précoce des personnes en difficultés psychique et cela nécessite donc de sensibiliser les personnels qui sont au contact du public d'une façon générale.

L'État a déployé un numéro unique (0 800 360 360) d'appui aux personnes en situation de handicap et aux aidants dans le cadre de la crise. Ce numéro a été mis en place suite à la crise sanitaire (COVID-19) de l'année 2020. Le numéro national renvoie sur des équipes territoriales, des « communautés 360 » composées des acteurs locaux, notamment associatifs, impliqués dans l'accompagnement des personnes handicapées, et de la Maison départementale des personnes handicapées. Les communautés mettent en commun ressources et capacités d'innovation pour proposer des solutions d'accompagnement pour chacun. Dans le Var, ce dispositif est porté par le pôle de compétences et de prestations externalisées de l'UGECAM Var.

²⁰ MDA83, 2019

<http://www.mda83.org/a/43/rapport-d-activite-2019/>

I.8.6 Les lieux de formation

Le nombre de demandes de formation sur cette thématique pour des professionnels du secteur social ou éducatif augmente, ce qui indique que ces professionnels sont davantage confrontés à ces questions dans leurs pratiques professionnelles. Le Centre National de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT) propose ainsi des formations pour les agents de la fonction publique sur cette thématique, de même que l'administration pénitentiaire.

De nombreuses structures en France proposent des formations aux professionnels sur la connaissance des troubles psychiques, l'accueil et le prise en charge des personnes sur l'ensemble du territoire. Plusieurs structures sont aussi référencées dans le Var ; on peut citer le CODES 83, Corydis, LADAPT, AVEFETH Espérance Var. Des professionnels du CHITS ou du CH Henri Guérin sont également sollicités pour des formations autour des troubles psychiques.

Les formations autour de la santé mentale qui font l'objet de programmes nationaux sont dispensées dans le Var. C'est le cas du dispositif de formation à trois étages sur le repérage et la prise en charge de la crise suicidaire (CODES 83) du soutien au développement de M'Chat (GCSMS) ainsi que de plusieurs formations développées dans le cadre du plan autisme (UGECAM – CAMPS de la Seyne) et des journées inter CAMSP.

La formation Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM) récemment introduite sur le territoire devrait également se mettre en place après la formation de plusieurs formateurs sur le département (UNAFAM, et CODES à ce jour).

Le CODES 83 anime aussi des formations pour différents professionnels médicaux sociaux éducatifs :

- Form'addict et form'addicteen sur les addictions avec des interventions de professionnels de CSAPA ;
- Formation sur l'inclusion des enfants en situation de handicap, sur une demande de la CAF du Var ;
- Formation sur les troubles psychiques ;
- Formation sur l'entretien motivationnel ;
- Formation sur le repérage et la prise en charge de la crise suicidaire.

I.8.7 Les Groupes d'Entraide Mutuelle

Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) sont des associations constituées par des personnes souffrant de tout type de handicap psychique avec pour but l'entraide, la lutte contre l'isolement et l'exclusion sociale Ce dispositif a été créé par la Loi handicap du 11 février 2005.

Ils reposent sur le principe de pair-aidance. Ils permettent de se retrouver, de s'entraider, d'organiser des activités visant au développement personnel, de passer des moments conviviaux et de créer des liens.

Ce sont des espaces pensés et organisés au quotidien par les adhérents eux-mêmes, avec l'aide d'animateurs salariés et bénévoles. Ils n'ont pas vocation à informer ou à soigner, même s'ils permettent souvent de renseigner ou d'orienter les usagers.

Certains GEM accueillent plus précisément des personnes autistes, des personnes cérébrolésées ou avec des troubles cognitifs.

Le Var regroupe 10 GEM dans le territoire : GEM Fraternité (Draguignan), GEM Forts Ensemble (La Seyne-sur-Mer), GEM Club du Lien (Toulon), GEM Un Autre Chemin (Toulon), GEM Les Amis de l'Espérance (Ollioules), GEM Changeons le regard (La Londeles-Maures), GEM (ABC) Amitié en Bonne Compagnie (Brignoles), GEM PARTAGE'M (Toulon), GEM Coezion (La Seyne-sur-Mer). Un GEM itinérant a également été créé à Barjols.

Les GEM souffrent souvent d'un déficit de visibilité auprès des professionnels du secteur médico-social pour se développer sur le territoire.

1.8.8 Les associations de soutien en santé mentale

L'association PROMOSOINS se retrouve sur 3 territoires : Toulon, Draguignan, Fréjus. A Toulon, l'association regroupe 5 actions principales dont une axée sur une équipe mobile précarité santé, une sur l'interface psychiatrique Siloé, et une sur l'offre de places en appartement de coordination thérapeutique.

- L'interface psychiatrique Siloé regroupe :

1 médecin psychiatre à mi-temps	Rattaché au CHITS
4 infirmiers psychiatriques	Rattachés au CHITS
1 médecin psychiatre bénévole	Rattaché à Promosoins
1 assistante sociale	Rattachée à Promosoins
1 psychologue	Rattaché à Promosoins
1 personnel technique	Rattaché à Promosoins

Elle agit sur l'accès à des soins spécialisés (en réseau de ville médecins libéraux et cliniques, et secteurs psychiatriques du CHITS). Également, des actions de proximité ont été mises en place (consultations à l'espace santé Mirabeau (Toulon), maraudes etc.), ainsi qu'un soutien spécialisé aux intervenants sociaux.

- L'association a 4 places en logement semi-collectif. Les personnes qui disposent d'un ACT bénéficient d'un accompagnement, d'un soutien et d'une coordination pour un projet vers l'autonomie.
- L'équipe mobile précarité santé entreprend une démarche d'aller-vers pour les sans-abris afin de créer un lien et de les accompagner vers un dispositif sanitaire, ou social, ou de les orienter vers un lieu d'hébergement.

A Draguignan, l'association œuvre sur l'accès aux soins des personnes les plus démunies et favorise leur insertion. En effet, il s'agit d'un centre médical destiné aux personnes en situation précaire et aux personnes à faibles revenus leur permettant de bénéficier de soins médicaux.

A Fréjus, l'association a axée ses missions sur la construction d'un espace santé qui permet aux personnes en précarité d'accéder gratuitement à des consultations médicales sur rendez-vous avec un médecin généraliste, un dentiste, un psychologue, un addictologue, un dermatologue et un pédicure. Également, il y a un ACT qui accueille en ce moment 9 personnes.

L'association ISATIS accompagne des personnes souffrant de troubles psychiques. Il s'agit d'un accompagnement médico-social, d'insertion sociale et professionnelle et de logement social accompagné. Des prestations d'appuis spécifiques (SAVS) et Job-coaching (en expérimentation) sont déployées à Toulon, ainsi qu'un SAMSAH à Saint-Raphaël.

L'UNAFAM du Var (Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques) agit pour les proches de personnes enfants comme adultes souffrant de troubles psychiques pour assurer : l'accueil et le soutien des aidants, la défense de leurs intérêts, l'accès aux droits et contribuer à une meilleure prise en charge de leurs besoins. Douze bénévoles appuyés par 200 adhérents sont engagés dans la délégation. L'association coanime 6 groupes de paroles pour 70 familles, assure la représentation des personnes touchées dans de nombreuses commissions (MDPH – CTS – CDSP), assure une représentation des usagers dans 80% des établissements de soins psychiatriques publics comme privés et est également le parrain de 4 GEM.

L'ADAPEI 83 propose à travers son dispositif SOFA un accompagnement pour tous les parents d'un enfant handicapé âgé entre 0 et 20 ans, quel que soit le handicap. Les familles peuvent bénéficier d'un suivi par l'assistant au projet et parcours de vie.

1.8.9 La Maison Départementale des Personnes Handicapées du Var

Ce lieu est destiné à faciliter les démarches des personnes en situation de handicap. Il offre un accès aux droits et prestations prévus pour ce public. La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) a une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil pour les personnes en situation de handicap et leur famille. La place et le rôle des MDPH ont été profondément modifiés notamment dans le cadre de la réponse accompagnée pour tous, mise en œuvre en 2018, avec un passage d'une logique d'ouverture de droit et de prestation vers l'accompagnement (présence au sein de la MDPH du Var de référent de parcours).

En effet, L'article L 114-1-1 du CASF prévoit qu'un « Plan d'Accompagnement Global » soit élaboré sur proposition de l'équipe pluridisciplinaire avec l'accord préalable de la personne concernée ou de son représentant légal dans les situations suivantes :

- En cas d'indisponibilité ou d'inadaptation des réponses connues;
- En cas de complexité de la réponse à apporter, ou de risque ou de constat de rupture du parcours;
- Quand la personne concernée ou son représentant légal en fait la demande.

La MDPH du Var siège à Ollioules mais offre 4 lieux de permanence sur le territoire :

- Saint-Maximin
- Brignoles
- Fréjus
- Draguignan

La MDPH étudie et délivre les droits à compensation du handicap. Une commission pluridisciplinaire est constituée pour étudier ces droits après dépôt d'un dossier. Les délais moyens d'instruction sont de 1 à 4 mois et le délai de notification varie ensuite de 1 à 2 semaines²¹.

La MDPH du Var est la troisième MDPH de France pour le taux de demandes pour 1 000 habitants. En 2019, 94 574 demandes ont été effectuées.

Les délais moyens de traitement des dossiers ont été réduits entre 2018 et 2019, comme l'atteste le tableau suivant, sachant que le nombre de demandes de l'année 2019 est supérieur au nombre de demandes de 2018. Tableau 51. Délais moyens de traitement des demandes

	2018	2019
Délais moyens de traitement des demandes « enfants » (en mois)	5,6	5
Délais moyens de traitement des demandes « adultes » (en mois)	3,3	3,87

Source : MDPH, 2019

1.8.10 La Maison Départementale des Aidants

La maison départementale des aidants (gérée par le Conseil Départemental du Var) est un lieu d'accueil, d'information, d'orientation, d'écoute et de formation ouverte à tous les aidants afin de les renseigner sur les dispositifs et l'offre médico-sociale existants sur le département. Elle concerne tous les aidants ayant à charge une personne en situation de handicap ou âgée en perte d'autonomie. Elle se situe à l'Hôpital de la commune du Luc.

²¹ Source : MDPH Var

<https://mdph.var.fr/etablisements-et-associations#:~:text=D%C3%A9lais%203A%201%20%C3%A0%204%20mois,MDPH%20m'envoi%20une%20notification.>

1.8.11 Les lieux de réinsertion vers l'emploi

Les personnes concernées, notamment celles qui sont stabilisées, sont demandeuses d'intégrer un emploi. Toutefois, il y a la nécessité d'un encadrement et d'une compréhension pour la structure accueillante. Des associations dans le Var se mobilisent pour aider les personnes concernées dans leur parcours d'insertion (ou de réinsertion) à l'emploi.

L'association LADAPT a mis en place un dispositif « perspective emploi » dont les prérequis sont d'être stabilisé et sur prescription d'un Service Public de l'Emploi (SPE). Ce dispositif s'articule autour d'une évaluation complète de la situation de la personne dont l'issue est la mise en place d'un parcours à temps plein pendant 4 semaines comprenant 4 semaines de modules et d'activités.

Le dispositif SIMO porté par l'AVEFETH a pour objectif de travailler les passerelles entre le milieu protégé ESAT vers le milieu professionnel. Il propose un accompagnement du public avec un handicap psychique (financé par l'ARS).

Le service insertion «16-25 ans » porté par l'ADAPEI, a ouvert en mars 2017 pour une capacité totale de 13 places (8 places tous types de handicap et 5 places pour personnes avec autisme et autres troubles envahissants du développement).

Le dispositif "Emploi Accompagné" porté par l'ADAPEI. 46 suivis ont été réalisés pour le Var en 2019 avec 2 territoires : Est centre et Ouest. Ce dispositif vise à favoriser l'inclusion en milieu ordinaire dans une logique des sécurisations des parcours professionnels. Les axes d'accompagnement concernent l'accès ou le maintien dans l'emploi.

Le dispositif Job Coaching, porté par ISATIS, propose un accompagnement individualisé pour les personnes en situation de handicap. En 2019, 21 personnes ont bénéficié d'un suivi par un « job coach ». 15 personnes ont trouvé un emploi en 2019.

Le Plan Local pour l'Insertion et l'Emploi (PLIE) Provence Méditerranée accompagne les personnes rencontrant des difficultés face à l'emploi et permet de bénéficier d'un accompagnement personnalisé visant la levée des freins et l'intégration durable sur le marché du travail. Comme le dispositif de LADAPT, une personne peut en bénéficier sur prescription d'un SPE. L'accompagnateur à l'emploi veille à lever les freins liés au logement, à la santé etc. Des permanences sont réparties à Saint-Cyr-sur-Mer, Sanary-sur-Mer, Le Beausset, Ollioules, Six-Fours-les-Plages, La Seyne-sur-Mer, Toulon, La Valette-du-Var, La Garde, Le Pradet, Hyères-les-Palmiers, Solliès-Pont, Cuers, La Londe-les-Maures et Bormes-les-Mimosas.

Synthèse du portrait de territoire

I. Des contrastes territoriaux importants

Le département du Var est le deuxième de la région en superficie. Troisième département en ce qui concerne la population, celle-ci est inégalement répartie, concentrée dans les grands pôles urbains du littoral et proche des axes autoroutiers.

L'accroissement démographique est fort sur les territoires de la CA Méditerranée Porte des Maures, la CA de la Provence Verte, la CC Lacs et Gorges du Verdon et la CC Cœur du Var. Les EPCI à « dominante âgée » (indice égal ou supérieur à 1,5) sont la CA Sud Sainte Baume (1,7), la CC Lacs et Gorges du Verdon (1,7), la CA Var Esterel Méditerranée (1,6) et la CC Méditerranée Porte des Maures (1,5). De fait, ces territoires attirent de nouveaux habitants, mais des habitants âgés *« Les nouveaux arrivants dans le Var sont plutôt âgés : alors que les jeunes en âge de faire des études ont tendance à quitter le département pour rejoindre Aix-en-Provence, Marseille ou Nice, les personnes âgées de 50 ans et plus s'y installent davantage, ce qui contribue au vieillissement de la population varoise »* (ORS, *Portrait socio-sanitaire et environnemental du Var*, 2018).

Le taux de chômage du département est supérieur à la moyenne nationale, avec une concentration localisée dans la CC Lacs et Gorges du Verdon (18 %), la CC du Golfe de Saint-Tropez et la CC Cœur du Var (16,5 % chacune), tandis que la CA Duranc-Lubéron-Verdon Agglomération présente un taux relativement plus faible (11,1 %). Les taux de RSA sont élevés, tout comme le taux de pauvreté, entraînant de fortes disparités sociales, notamment causées par de fortes inégalités de revenus.

2. Une inégale répartition des services en santé mentale

Le nombre de médecins généralistes est supérieur à la moyenne nationale, mais une fois de plus c'est la répartition qui est inégale avec une concentration majeure sur le littoral et une présence moins prononcée vers le nord du département. Seulement 8 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles ont été constituées alors qu'à l'échelle nationale, ces structures d'exercice regroupé et coordonné se développent. 2 PTA couvrent le département : la PTA Var Ouest et la PTA Var Est.

L'offre paramédicale est davantage adaptée au besoin et à la densité de la population : 30 SSIAD sont répartis plus équitablement pour la population varoise.

L'offre de psychiatrie publique y compris la densité de CMP sur le département est insuffisante. Elle est inférieure à la moyenne nationale et plus encore pour le secteur de la pédopsychiatrie. Seule une unité de parents-bébés a été créée en 2020, ce qui est insuffisant pour une prise en charge à l'échelle départementale. De même, il n'y a que 5 CAMSP, 4 CMPP et 16 IME pour l'ensemble du territoire. L'offre est en deçà des besoins et est moins diffuse que sur d'autres départements tels que les Bouches-du-Rhône.

Certaines populations sont en effet très éloignées des équipements et services. De fait, l'offre de la MDA 83, localisée à Toulon, est insuffisante pour répondre à l'ensemble des besoins des jeunes du département.

Le département regroupe un taux élevé de prise en charge pour troubles addictifs. C'est à mettre en lien avec le petit nombre de CSAPA ouverts (5), qui sont concentrés vers le sud du département. De même, seulement deux CAARUD sont présents sur le territoire, ce qui est bien inférieur aux besoins « *L'espace urbain, qui comporte une part importante « d'usagers précaires » (se retrouvant notamment dans les files actives des CAARUD régionaux) ou semi-insérés, avec une spécificité de consommation liée au détournement de médicaments psychotropes* » (OFDT, *Addiction en région PACA, consommations de substances psychoactives et offre médico-sociale*, 2019).

Ce territoire cumule des disparités sur différents territoires, avec des problématiques d'accessibilité.

3. Une dynamique de coordination territoriale émergente

Une dynamique de coordination se développe sur le département. Différents dispositifs mis en place permettent une meilleure organisation de la prise en charge : les deux PTA du Var, la PCO, et la PCPE. Les actions de proximité restent inégalement réparties sur le territoire.

Il y a une réelle volonté d'apporter un soutien aux personnes concernées et aux aidants, notamment par les GEM. En effet, 10 GEM sont répartis sur le territoire de sorte que les personnes concernées et les aidants aient un lieu qui propose un soutien, des activités, et des temps d'écoute. Même si ces GEM assurent accueillir toute personne désirant se rendre à la structure, la mobilité pour s'y rendre reste un frein : vers le Haut-Var les zones sont moins bien desservies, et un GEM itinérant s'est mis en place à Barjols. Il est à noter que pendant la mise en place du PTSM, 3 GEM ont vu le jour dans le Var, montrant ainsi la dynamique de ce mode d'accompagnement.

Des équipes mobiles jouent un rôle important dans l'orientation vers une prise en charge. Ces équipes mobiles ne couvrent pas l'ensemble du département, ce qui laisse en marge une partie de la population varoise.

Les formations du secteur médico-social permettent un décloisonnement entre les différents champs d'intervention et les différentes structures. Cette offre de formation est nécessaire au regard de l'évolution des conditions de prise en charge, des projets de réhabilitation psychosociale et de rétablissement. Ces formations permettent, outre la montée en compétence des personnes formées, une meilleure connaissance du réseau local et assurent davantage de fluidité entre les acteurs, notamment par l'acquisition de savoirs communs.

Le département du Var est un territoire attractif, bien équipé en structures hospitalières sauf pour la psychiatrie dont l'offre est en deçà des besoins existants, ce qui engendre

des parcours de santé complexes avec des délais d'attente trop longs. L'offre de soins en santé mentale dans le Var est globalement moins importante que dans d'autres départements, obligeant parfois les patients à se déplacer dans un département limitrophe ou une autre région pour avoir accès à des soins de santé mentale. L'offre de prise en charge du territoire est parfois inégalement répartie : elle s'explique par l'inégale répartition de la population qui favorise le développement de projets plutôt sur TPM et la frange littorale.

PARTIE 2. La santé mentale dans le département du Var : recueil qualitatif

2.1 Rencontres des groupes de travail

Les **six premières rencontres des groupes de travail** ont été réalisées autour des **six priorités de santé mentale**. L'objectif était de faire un état des lieux de terrain des dispositifs existants et des problématiques rencontrées, et, dans un deuxième temps, de repérer les pistes d'action pour lever les freins existants ou développer des actions nouvelles sur le département.

Concernant ce diagnostic, nous retranscrivons ci-dessous les **éléments de constats**. Les leviers et pistes d'actions ont été repris dans l'élaboration des fiches actions qui constituent le plan territorial de santé mentale.

AXE 1 : "Repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles"

Il est apparu durant cette première rencontre un premier élément repéré comme un **frein important** à la cohérence et la fluidité du parcours en santé mentale :

- La méconnaissance des dispositifs existants par les professionnels.

Nous avons ainsi, à l'occasion de cette première rencontre, pu découvrir un ensemble d'actions qui ne se lient pas entre elles et ne peuvent donc être réellement optimisées ou même utilisées.

Ce manque d'information et de coordination entre les professionnels induit bien sûr aussi de la confusion pour le public ou les professionnels non médicaux qui ne savent pas toujours s'adresser au service compétent ou adéquat. Cette situation est génératrice de mal-être, de souffrance et peut conduire à des crises qui sont alors prises en charge dans l'urgence.

Cette première réunion a également permis de mesurer l'étendue du champ de la santé mentale, à tous les âges de la vie, à des degrés différents, et sur des territoires inégalement couverts par des structures d'appui.

Plusieurs actions existantes ou en cours de démarrage ont également pu être rapportées :

- Le service de pédopsychiatrie de la Seyne sur Mer propose des sensibilisations des professionnels au dépistage très précoce dans le cadre du plan autisme
- Le GCSMS Passerelle propose une aide à l'utilisation d'un outil de repérage précoce des TSA chez les enfants de moins de 3 ans (M'CHAT).
- Une plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO) a ouvert ses portes le 1er septembre 2019 pour le territoire du Var, portée par l'UGECAM PACAC. Elle doit permettre le repérage précoce et l'orientation coordonnée et fluide pour des enfants donnant des signes de trouble du neurodéveloppement. *(Pour faire suite à la circulaire du 22 novembre 2018 relative à la mise en place des plateformes*

d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neuro-développement, chaque ARS doit avoir constitué ou préfiguré au moins une plateforme dans un territoire à l'issue de l'année 2019.)

- La plateforme d'intervention départementale pour l'Accès aux soins et à la santé (PFIDASS) de la CPAM a été activée. Elle permet d'identifier avec les partenaires les personnes en situation de renoncement aux soins pour leur proposer des solutions personnalisées.
- Les associations ADAPEI et ARI travaillent sur la mise en place de 6 MOOC sur la question du handicap.
- Le CHITS réserve des chambres d'accueil pour les jeunes en ESMS de 16 à 25 ans pour le repérage et l'orientation de jeunes présentant des troubles psychiques.

On peut ainsi mesurer que le Var se saisit des orientations nationales sur le repérage précoce et le diagnostic, à la fois par une offre de formation spécialisée et par des actions en direction du public et des jeunes.

AXE 2 : "parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale"

Lors de la réunion concernant cet axe, très dense, l'état des lieux a surtout montré une **carence de coordination** et la nécessité de proposer des dispositifs de coordination et de **suivi de parcours**. Il a également été noté que la plupart de ces dispositifs déjà existants ne se déclenchent actuellement qu'à partir d'une hospitalisation. Il nous a été impossible de dégager l'existant d'une façon exhaustive. Ce groupe a essentiellement travaillé sur des propositions d'actions qui se retrouvent dans les fiches actions.

Plusieurs projets de réhabilitation psycho sociale sont en œuvre, notamment le CH H. Guérin, le CHITS en partenariat avec l'AVEFETH ESPERANCE VAR et la clinique du Val du Fenouillet. Ils nécessitent une synergie entre les acteurs qui se met en action.

Le CHITS a par exemple un projet d'équipe de soutien psychiatrique de prise en charge de patients à handicap psychique pour favoriser la réhabilitation des patients à haut niveau symptomatique résiduel dans le cadre d'un habitat communautaire. Cette équipe soutiendra les structures en projet à Toulon (Familles gouvernantes de 6 places et résidence accueil de 20 studios) pour lesquelles un travail de partenariat a démarré en soutenant de manière volontariste les deux structures d'hébergement concernées. Elle s'occupera également des familles gouvernantes déjà en place sur le territoire de la Seyne-sur-Mer (14 places) et aura donc une vocation intersectorielle. Ce projet concerne au total 40 patients en hébergement.

AXE 3 " Accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques"

Cet état des lieux a également mis en avant les méconnaissances et le manque de coordination sur le territoire, malgré l'existence de deux PTA, les CPTS sur le territoire et le dispositif AVISO (Accompagner Vers l'Information, le Soins, et l'Orientation) basé au CHITS et porté par AIDERA Var.

Le groupe a ainsi noté :

- Un besoin de clarification et de communication sur le rôle des CPTS auprès des acteurs sanitaires et sociaux
- Un manque de coordination et d'information des PTA concernant les troubles somatiques
- Des bilans physiques insuffisants pour les personnes malades psychiques qui vivent en dehors de lieux médicalisés et d'une façon générale un manque de liens permettant d'assurer des dépistages et de la prévention entre les structures de sport adapté, les foyers et les programmes de dépistage
- Manque de liens hôpitaux/foyers/sport adapté et sport adapté/prévention (dépistage)
- Enfin, nous avons également souligné l'intérêt des pratiques sportives encadrées pour ce public et le manque d'éducateurs sportifs dans les structures de prises en charge pour des troubles psychiques.

Cependant, des initiatives sont développées dans les ESMS et le secteur sanitaire, notamment sur les pratiques sportives encadrées. Plusieurs actions de dépistage sont aussi déployées dans les ESMS.

AXE 4 : "Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence"

A l'issue de cette rencontre, les professionnels présents ont fait part des dispositifs en cours et des difficultés qui peuvent générer des crises :

- Le répertoire opérationnel de ressources (ROR) outil régional décrit les ressources de l'offre de santé mais il est peu exploitable actuellement par les professionnels par manque de mises à jour régulières ;
- Le GCSMS Passerelles, créé en 2014 a l'ambition de développer des actions de coopération et de complémentarité entre des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Il ne peut cependant réunir l'ensemble des structures privées et publiques du département;
- On note une grande disparité de l'offre de soins avec des zones blanches, notamment dans le nord du département ;
- Le manque de coordination entre différents acteurs de prise en charge, par exemple foyer/ESAT peut être générateur de crise ;
- Les délais d'attente trop longs pour voir un psychiatre au moment de la crise favorisent les recours aux urgences ;
- Certains notent également un manque de reconnaissance de « diagnostic » autre que psychiatrique, indiquant ainsi que des professionnels sociaux éducatifs sont

parfois démunis pour signaler et intervenir avec des personnes dont l'état psychique se dégrade.

Des équipes mobiles se déploient sur le département et des dispositifs comme la PCO ou la PCPE devraient rapidement limiter les situations de crise.

AXE 5 : " Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles"

Au cours de cette rencontre, la question de la stigmatisation, qui commence par une difficulté de passerelle entre milieu protégé et milieu ordinaire, a été largement évoquée. Des actions visant à promouvoir le pouvoir d'agir des personnes existent mais restent insuffisantes. L'accès à la culture a également été cité comme un vecteur important d'autonomie, de développement personnel et de lutte contre la stigmatisation.

Des actions de formations se développent auprès des personnes concernées et des professionnels :

- Des formations sur la psychiatrie sont en cours pour les travailleurs sociaux par le CHITS
- Des formations sur les troubles psychiques pour le personnel pénitentiaire de Draguignan
- L'action HANDISENS du CODES 83 auprès des résidents et des professionnels
- Des formations financées par la CAF du Var sur l'accueil des enfants porteurs de handicap psychiques pour les animateurs accueils collectifs de mineurs (ACM)
- Des dispositifs d'accès à l'emploi pour les personnes ayant une RQTH (LADAPT – CAP EMPLOI – missions locales)
- Des actions ponctuelles d'information et de lutte contre la stigmatisation comme les semaines de la santé mentale

Ces actions sont nécessaires et parfois trop ponctuelles. Concernant l'état des lieux, le groupe a noté également :

- La nécessité d'une offre de formation des professionnels du milieu ordinaire et la communication sur ces offres. Cette offre devrait également concerner des formations sur le repérage précoce pour les assistantes maternelles.
- Des difficultés administratives inter-départements qui compliquent l'autonomie des personnes souffrant de troubles psychiques et leur mobilité
- Un manque d'informations pour les personnes concernées et leurs familles sur leurs droits, les dispositifs existants, les activités, notamment culturelles qui sont proposées
- Des possibilités de logement souvent dépendantes du lieu de travail (ESAT ou milieu ordinaire ou pas de travail) plutôt que du besoin de la personne concernée et plus généralement, un manque de prise en compte du rythme des personnes concernées au profit des besoins de services

- Des difficultés à développer une vie affective et sexuelle pour les personnes concernées et à envisager et prendre en charge la maternité pour les femmes souffrant de troubles psychiques.
- Un manque de lits de courts séjours, notamment à la suite des tentatives de suicide
- Des difficultés engendrées par des orientations parfois trop « ciblées » par la MDPH

AXE 6 : "Action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de santé mentale"

Pour ce dernier axe, différents freins à la prise en charge ont également été repérés pour la prise en charge de publics spécifiques, l'autonomie et le bien-être des personnes concernées :

- Un manque de sensibilisation des institutions publiques pour l'aménagement de l'espace public urbain et l'inadaptation de certains lieux d'accueil au public souffrant de troubles psychiques
- Une grande disparité dans l'offre de transport dans le département
- La frilosité des bailleurs y compris sociaux pour louer à des personnes souffrant de troubles psychiques, par méconnaissance et parfois manque de garanties
- Concernant le public migrant, la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) qui a en charge une partie de ce public (les demandeurs d'asile et les statuts de "réfugiés") souligne que la région PACA est la troisième région d'accueil en France avec des arrivées en constante augmentation. Un dispositif d'accueil et de prise en charge qui inclut une visite médicale à l'hôpital est prévu à Toulon et serait à généraliser sur le territoire.
- Les mineurs non accompagnés sont pris en charge par le service d'aide sociale à l'enfance du département. Cette prise en charge s'arrête dès leur majorité ce qui provoque des ruptures. Un dispositif « jeune majeur » peut cependant être activé mais il semble insuffisant pour les personnes présentes à cette rencontre.

Ce qui apparait dans ces premières réunions, en termes de diagnostic est surtout en creux. Si différents projets en cours ont pu être abordés, c'est surtout autour des besoins du territoire que les échanges se sont menés, dans le but de préparer les fiches actions pour construire un schéma départemental de santé mentale cohérent à partir des constats des acteurs locaux.

Les 6 réunions suivantes ont traité des pistes et des leviers pour améliorer et développer la prise en charge et l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques. Ces pistes ont été élaborées en partant des constats des premières réunions et des études bibliographiques et sont le terreau des fiches action proposées pour le PTSM 83.

On peut ainsi définir les besoins du département repérés par les professionnels autour de grands axes :

- Mieux coordonner et mieux faire connaître les dispositifs existants
- Coordonner les structures sanitaires et médico-sociales
- Assurer une fluidité entre les dispositifs de droit commun et les dispositifs spécifiques
- Développer l'offre de prévention et de formation pour les professionnels et les personnes concernées
- Lutter contre la stigmatisation à travers des actions en direction du grand public
- Développer le repérage précoce
- Proposer des référents de parcours uniques pour les personnes concernées afin de lutter contre le morcellement des prises en charge et prévenir les crises
- Proposer et développer des dispositifs spécifiques pour les migrants et les jeunes

A l'issue de chaque groupe de travail, des pilotes et co-pilotes ont été choisis. Ils se sont mobilisés pour travailler plus spécifiquement une fiche action ou un axe. Le confinement n'a pas permis de rencontres entre pilotes et co-pilotes comme nous l'avions initialement prévu, à l'exception de la date du 2 mars 2020. Cependant, les échanges par mail et téléphone ont bien sûr remplacé les rencontres en présentiel.

2.2 Rencontres avec des personnes concernées

Comme nous avons pu l'évoquer en introduction, les personnes concernées par des troubles psychiques représentent une population très hétérogène qu'il est impossible d'appréhender comme une unité dans les vécus, les besoins et les prises en charge.

Ce diagnostic s'est réalisé de 3 façons :

- Des échanges en groupe avec une grille d'entretien. Les rencontres se sont déroulées de façon très formelle dans trois GEM, quatre foyers d'hébergement et deux accueils de jour
- Des questionnaires envoyés dans différentes structures qui ont été remplis par des usagers via le logiciel de saisie de questionnaires.
- Une réunion en septembre 2020 avec des personnes concernées qui n'avaient pas participé à ces rencontres et la présence d'une association de familles de personnes concernées (UNAFAM) (Annexe 9).

Ce qui peut revenir comme constantes sur les trois modes de recueil des données auprès des usagers concernant le diagnostic se retrouve autour de :

- La stigmatisation : discrimination sociale – discrimination au travail – discrimination aussi pour la prise en charge et les suivis médicaux. La question du suivi de grossesse est notamment évoquée.
- Le besoin d'autonomie : dans la connaissance de soi, de la maladie, des lieux et des dispositifs d'accompagnement, le choix des thérapeutes

- Les difficultés liées à l'orientation professionnelle et le clivage milieu ordinaire/ milieu protégé qui est vécu à la fois comme une difficulté d'accès et comme une discrimination
- Le manque d'adaptation et de flexibilité des logements quand le handicap évolue ainsi que le manque de structures permettant de rompre l'isolement en assurant une certaine autonomie. Les maisons gouvernantes sont évoquées.
- L'intérêt des équipes mobiles qui permettent aussi une vie plus autonome
- La demande d'un lieu d'information et de formation adapté et spécifique, notamment autour des questions du "mieux vivre"

Lors de la réunion au CODES 83, le manque de psychiatres accessibles facilement a été évoquée ainsi que le paiement des psychologues qui semble également un frein. De même, le manque de coordination entre les services complique le parcours des personnes concernées.

Ce ne sont donc pas les questions "médicales" mais bien celles autour de la qualité de vie qui sont prioritaires pour le public concerné. Majoritairement, les personnes sont même plutôt satisfaites de leur prise en charge thérapeutique. Elles indiquent cependant être souvent perdues dans les différentes prises en charge et cloisonnements et sont demandeuses d'un référent unique et d'un lieu d'information et de formation dédié.

SYNTHESE DU DIAGNOSTIC : Le diagnostic varois au regard des 6 priorités de santé

Pour faire la synthèse du portrait du territoire et du travail partenarial avec les professionnels et les usagers, nous avons choisi de les confronter aux 6 priorités de santé. Cela permet également de structurer l'élaboration du Plan territorial de santé mentale du Var.

Axe 1 - « Organisation du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles »

Cet élément renvoie aux problématiques suivantes :

- Le diagnostic précoce ;
- La répartition de l'offre de soins sur le territoire pour l'ensemble des varois et l'accès à cette offre pour le public concerné ;
- La connaissance de cette offre de soins par le public et les professionnels médico-sociaux ;
- L'absence de prise en charge par manque de diagnostic, de repérage précoce ou de lieu adéquat ;
- Une prise en charge inadaptée ou insuffisante ;

Le diagnostic global territorial montre :

- Une offre inégalement répartie sur le territoire. Les deux PTA ne sont pas encore totalement opérationnelles et les CLSM sont peu développés notamment à Toulon et Saint Raphaël ;
- Un accroissement démographique particulier qui risque d'accentuer ces inégalités : la démographie augmente en même temps que l'indice de vieillissement dans certaines zones ;
- Une méconnaissance des services existants qui a été mise en évidence lors des rencontres ;
- Une PCO récemment mise en place sur le département qui devrait répondre à la nécessité de repérage précoce sur le territoire, et devra veiller à être déployée sur l'ensemble du territoire ;
- Les CJC sont présentes sur le territoire, mais une fois de plus de façon inégale ;
- Une seule unité mère/bébé sur le département, à La Seyne-Sur-Mer ;
- Un temps d'accès trop long, par manque de moyens aux services de soins en psychiatrie, notamment les CMP. Cet élément est une constante qui revient sur le terrain de la part des usagers, des familles et des professionnels médico-sociaux. Il est un frein à la prise en charge précoce ;
- Une inégalité de répartition des services sur le territoire qui provoque des inégalités ou des défauts de prise en charge, notamment sur le Nord et l'Ouest du département ;
- L'absence totale de prise en charge est difficile à imaginer puisque ces patients sont alors inconnus, sauf en cas de crise. L'arrivée en psychiatrie par le biais des

urgences est cependant fréquente et probablement un signe de repérage précoce et de prise en charge insuffisants.

Axe 2 – « Organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s’inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale »

Cet élément renvoie aux problématiques suivantes :

- La capacité d’accueil des personnes souffrant de troubles psychiques ou en situation de handicap psychique en fonction de leur problématique
- Les conditions de ces accueils qui doivent être adaptés aux problématiques des personnes accueillies et viser le rétablissement;
- La problématique des délais de prise en charge qui peuvent être un frein à des soins adaptés et favoriser les crises ;
- Les risques de rupture de prises en charge à des moments charnières de la vie: adolescence ou passage vers la vieillesse
- L’offre des structures de soins, notamment les structures d’hébergement et de logement, mais aussi les délais d’accès à ces dispositifs. Les difficultés financières qui peuvent altérer l’accès à des soins nécessaires.

Le diagnostic global territorial montre :

- Les hospitalisations à temps plein sont supérieures à la moyenne nationale alors que les hospitalisations en ambulatoire sont inférieures à cette moyenne nationale. Dans le Var, les lits d’hospitalisation à temps plein en psychiatrie sont plus nombreux dans le secteur privé que dans le secteur public. Le nombre de prises en charge par des SAMSAH est inférieur à la moyenne nationale alors que les prises en charge SAVS sont supérieures ;
- L’offre de lieux d’hébergement spécialisé (FAM – MAS – FO – FV) est largement inférieure à la moyenne nationale ce qui est également une explication à l’embolisation des services d’hospitalisation. Des lieux de vie alternatifs restent à imaginer et/ou à développer (familles gouvernantes, lieux de vie, co-locations...);
- Les bailleurs sociaux hésitent à louer leurs équipements et la coordination entre les services liés à l’habitat et la psychiatrie reste difficile. Il est nécessaire de mobiliser l’ensemble des partenaires à l’accueil du public ;
- L’offre de places en ESAT est inférieure aux moyennes nationale et régionale
- La plupart des structures d’accueil proposent régulièrement des temps de formation aux professionnels. La manque de coordination peut cependant être un frein à la qualité des accompagnements (liens foyers/ ESAT par exemple) ;
- Les notifications MDPH peuvent également être un frein à la fluidité des prises en charge, notamment dans des moments d’aggravation des symptômes ou de changements ;
- L’insuffisance de places spécialisées (FAM ou MAS par exemple) génère des défauts de prise en charge ou des prises en charge inadéquates ;
- Les CLIC et les MAIA fournissent un important travail de maillage du territoire ;

- Il y a un manque de lieux d'hébergement pour personnes vieillissantes handicapées psychiques ou mentales. Cette question est prise en compte dans différents ESMS qui devaient faire des propositions ;
- La disparité de l'offre de soins sur le territoire provoque des ruptures de parcours, principalement à ces moments charnières ;
- Le manque de coordination entre différents services de prise en charge des adolescents, et plus encore les Mineurs Non Accompagnés est source de ruptures de prises en charge et de crises ;
- Trois unités de prise en charge de adolescents (CEOA Toulon - @ Fréjus et Villa Nova à La Garde) existent sur le littoral et se déclenchent essentiellement après des passages aux urgences ou à des moments de crise. Il s'agit de trois unités dépendantes du service public (CHITS Toulon – CH H. Guérin et CH Fréjus) ;
- La Maison des Adolescents, située à Toulon, est difficilement accessible pour bon nombre des adolescents du Var ;
- Il manque des logements et des lieux de répit ou de prise en charge ponctuelle pour les jeunes de 16 à 25 ans ;
- Les délais d'attente pour les prises en charge en CMP sont beaucoup trop longs ;
- Les transports publics ne prennent pas en compte la question du handicap et sont parfois peu accessibles ;
- L'offre de logement est insuffisante et pas toujours adaptée (inférieure à la moyenne régionale et nationale). Il y a la nécessité de développer les formules de résidences accueil, des logements type *Housing first* ;
- Aucune offre de postcure sur le Var, les orientations se font sur les départements voisins ;
- L'inégalité forte des revenus sur le territoire et le nombre d'allocataires RSA supérieur à la moyenne nationale freine l'accès à l'offre de soins privée, plus importante. La question du paiement des consultations psychologiques a aussi été souvent abordée.

Axe 3 – « L'accès aux soins somatiques adapté aux personnes présentant des troubles psychiques »

Cet élément renvoie aux problématiques suivantes :

- L'accès aux soins somatiques des personnes présentant des troubles psychiques. Ces personnes peuvent avoir des difficultés à exprimer les problèmes somatiques, et notamment la question de la douleur.
- L'espérance de vie des personnes souffrant de troubles psychiques ou maladies mentales qui a considérablement évolué mais reste inférieure à celle des autres publics (Azéma, B. & Martinez, N. (2005). *Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie: Une revue de la littérature. Revue française des affaires sociales, 295-333.*) ;
- La prise en charge somatique des personnes souffrant de troubles psychiques par les soignants ;
- L'accès aux actions de dépistage et de prévention est également à prendre en compte dans cet élément.

Le diagnostic global territorial montre :

- Des difficultés pour les patients à prendre en compte et à faire prendre en compte les soins somatiques ;
- Une concentration de l'offre médicale sur le littoral et la métropole qui fait du Var un département à la fois doté d'une offre médicale privée importante et d'un déficit réel de cette offre dans les zones du centre et du nord du département. Les maisons de santé, qui pourraient répondre à cette difficulté sont également insuffisantes ;
- 47 projets de CPTS en cours mais un besoin de clarification et de présentation auprès des acteurs sanitaires et sociaux ;
- La mise en place fin 2019 du dispositif AVISO-HANDICONSULT 83 sur le CHITS semble pour l'instant sous employée et pas assez connue des professionnels ;
- Des bilans somatiques insuffisants pour les personnes qui vivent en dehors des lieux médicalisés ;
- Un manque de prise en compte des dépistages organisés pour ces publics ;
- Des SSIAD bien répartis sur le département ;
- Un manque de projets d'éducation physiques adaptés sur le département ;
- Une présence insuffisante de somaticiens et de psychiatres dans les lieux de vie. Certains résidents n'ont pas de médecins référents. Lorsqu'ils en ont, ils sont parfois difficile d'accès ;
- Les campagnes de dépistage et d'information sont insuffisamment relayées par les structures d'accueil de personnes en situation de handicap psychique ou mental, ce qui confirme le manque de prise en compte de la santé somatique ;
- Le passage en milieu pénitentiaire peut être une "occasion" de bilan somatique et d'accès aux dépistages (VIH - hépatites - cancers).

Axe 4 – « Organisation des conditions de prévention et de prise en charge des situations de crise et d'urgence »

Cet élément renvoie aux problématiques suivantes :

- Les situations d'urgence psychiatrique ;
- Les conditions d'accès et de prise en charge des urgences ;
- Les actions de prévention des crises qui peuvent réduire les situations d'urgence.

Le diagnostic global territorial montre :

- Un taux d'hospitalisation après tentative de suicide des jeunes inférieur à la moyenne nationale mais supérieur à la moyenne régionale ;
- Pour les adultes, ce taux est supérieur à la moyenne régionale et équivalent à la moyenne nationale ;
- Le manque de lits de courts séjours, notamment suite aux tentatives de suicide, est insuffisant, ce qui augmente les risques de récurrence ;
- Le taux d'admission aux urgences est supérieur à la moyenne nationale. Il peut s'expliquer par la difficulté d'accès aux soins sur certains territoires et par les délais d'attente trop longs en CMP.

Axe 5 – « Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d’agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles »

Cet élément renvoie aux problématiques suivantes :

- L'éducation à la santé spécifique pour les personnes souffrant de troubles psychiques, mais également l'accès aux dispositifs communs d'éducation à la santé ;
- Les actions d'information auprès du grand-public pour lutter contre les discriminations et la stigmatisation. Ces actions peuvent être des relais de grandes actions nationales ou internationales ou se développer localement ;
- Des actions de formation auprès des professionnels socio-éducatifs pour une prise en charge adaptée de ce public ;
- La question de la pair-aidance, des lieux auto-gérés et de l'accès au sport, à la culture, à la vie citoyenne.

Le diagnostic global territorial montre :

- Il existe une offre d'actions d'éducation et de promotion de la santé sur le territoire, menées notamment par les associations. Cette offre est insuffisante et surtout difficilement accessible individuellement par les personnes concernées en l'absence d'un lieu réservé ;
- Il est parfois nécessaire d'adapter les actions d'éducation à la santé pour les personnes en situation de handicap mental, ce qui signifie qu'il faut également former les professionnels ;
- L'accès au sport, à la culture est insuffisamment développé sur le territoire ;
- Les actions d'information du grand public sont souvent en relais des actions nationales. Elles permettent progressivement un maillage sur le territoire par le biais d'actions collectives, par exemple entre plusieurs GEM ou par des actions en milieu scolaire. Les semaines de la santé mentale, les journées de l'écoute, octobre rose, sont autant d'occasions de mettre en place des actions collectivement sur le territoire ;
- Les formations des professionnels médico-socio-éducatifs sur les troubles psychiques et l'accueil des personnes souffrant de ces troubles se développent sur le territoire mais restent insuffisantes ;
- La mise en place de formations PSSM (premiers secours en santé mentale) auprès de public non spécialisé et non professionnel pourrait être un vecteur important de lutte contre les discriminations ;
- Il manque sur le territoire un lieu de formation au rétablissement qui pourrait également être un lieu de formation de pairs et développer le pouvoir d'agir des personnes concernées.

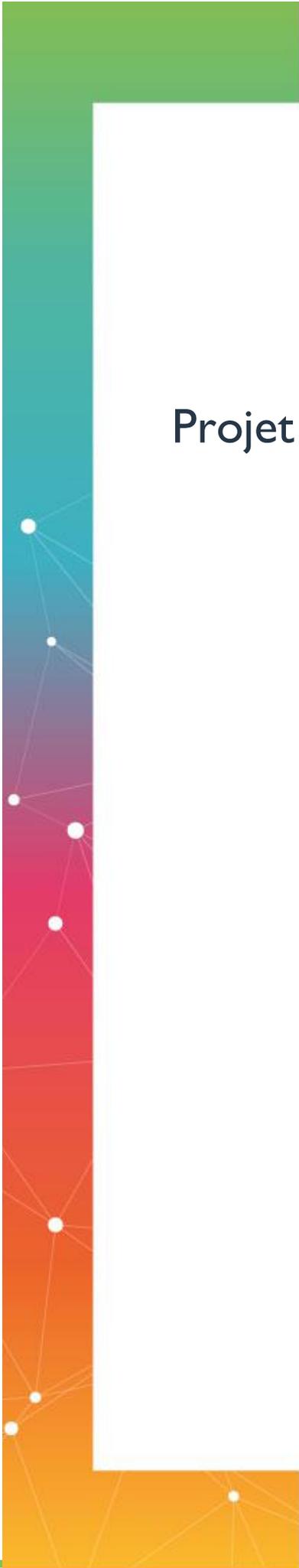
Axe 6 – « Organisation des conditions d’action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale »

Cet élément renvoie aux problématiques suivantes :

- Les conditions d’actions pour agir efficacement et proposer une offre de prise en charge adaptée au public en situation de handicap mental ou psychique sur le département.

Le diagnostic global territorial montre :

- Une grande inégalité sur le territoire, et des transports publics inadaptés ;
- Des délais d’attente trop long pour les prises en charge en CMP ;
- Un manque de coordination entre les différents services, notamment dans des moments de fragilité comme l’adolescence ou pour des publics particulièrement vulnérables comme les MNA ou les migrants ;
- Une offre de logement insuffisante et des bailleurs sociaux peu enclins à louer à ces publics.



Projet Territorial de Santé Mentale

Feuille de route

STRATEGIE D'ELABORATION DU PTSM 83 ET DE MISE EN ŒUVRE DES FICHES ACTION

[INTRODUCTION QUE LE CRES PACA VA NOUS FOURNIR POUR ASSURER UNE HARMONISATION DES INTRODUCTIONS]

La stratégie de rédaction des fiches actions

Les premières rencontres proposées selon les axes de la feuille de route nationale, se sont déroulées d'octobre 2019 à février 2020. Elles ont réuni 73 personnes différentes du département. A l'issue de chacune de ces 6 premières réunions, des pilotes et co-pilotes ont été désignés par leurs pairs.

Nous leur avons ensuite proposé une réunion qui a eu lieu le 02 mars 2020. Elle a été l'occasion de clarifier les attentes de chacun sur les rôles des personnes impliquées dans l'effort d'élaboration du PTSM 83.

Nous avons poursuivi les rencontres et avons pu maintenir les 5 réunions prévues avant le 16 mars, date du confinement.

A l'issue de chaque réunion, le CODES 83 a établi et diffusé un compte-rendu reprenant et synthétisant les échanges et propositions. Si les 6 premières réunions se sont déroulées davantage sur les constats, les rencontres suivantes ont permis de dégager des pistes d'action sur le département, à partir des axes retenus sur les premières réunions, des projets en cours et des feuilles de route nationales.

A plusieurs reprises, pendant le processus, nous avons été amenés à échanger avec les pilotes et co-pilotes afin de prioriser les nombreuses pistes retenues. Nous avons pour cela pu procéder à des fusions entre différentes thématiques proches et avons également réfléchi à la faisabilité des actions à proposer. Pour autant, nous ne souhaitons pas nous priver de pistes innovantes. De même, au cours de l'année 2020, des dispositifs ou des actions ont vu le jour ou ont été proposés par des partenaires et ont également modifié la rédaction de certaines fiches.

Le groupe de pilotes et co-pilotes devait être garant de l'état d'avancement des fiches actions, s'assurer que ces fiches soient rédigées et lues par des personnes avec différents profils, et permettre également de soutenir l'effort de rédaction des contributeurs de fiche, par leur regard personnel, professionnel ou par les ressources qu'ils trouveraient pertinent de partager, le CODES 83 restant le pilote général.

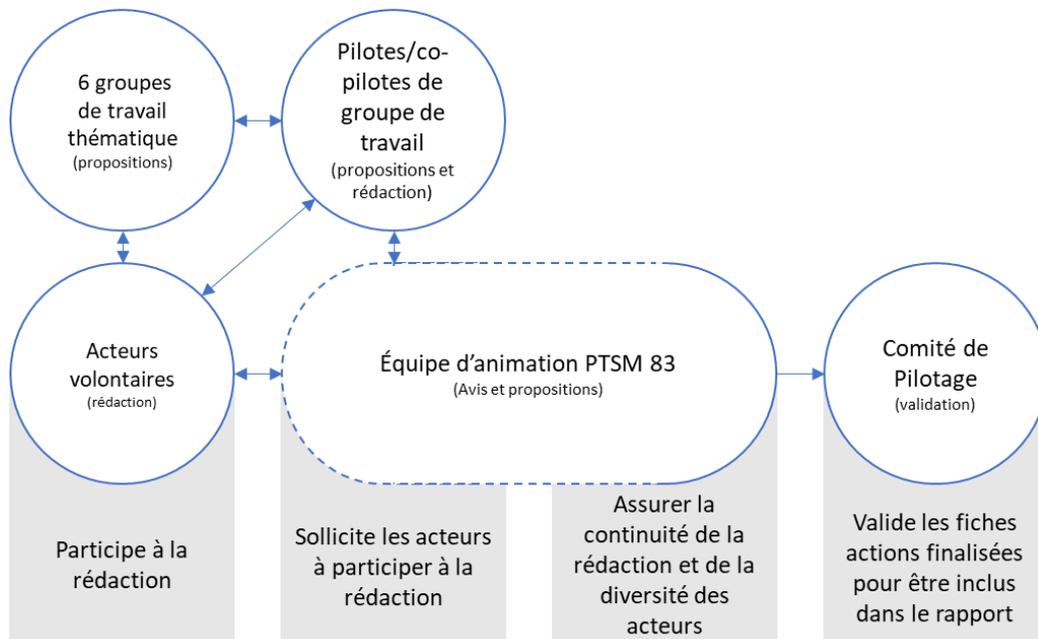
La crise sanitaire du COVID-19 a obligé chacun à se concentrer sur les missions d'accompagnement du public. Le CODES 83, garant de la rédaction du PTSM a donc rédigé et partagé les premières fiches actions pour maintenir la dynamique nécessaire à l'avancée de ce plan territorial avec les partenaires disponibles.

La rédaction a ainsi été moins collégiale, les rencontres en grand groupe devenant impossibles, mais le travail s'est poursuivi via les échanges écrits par mail notamment

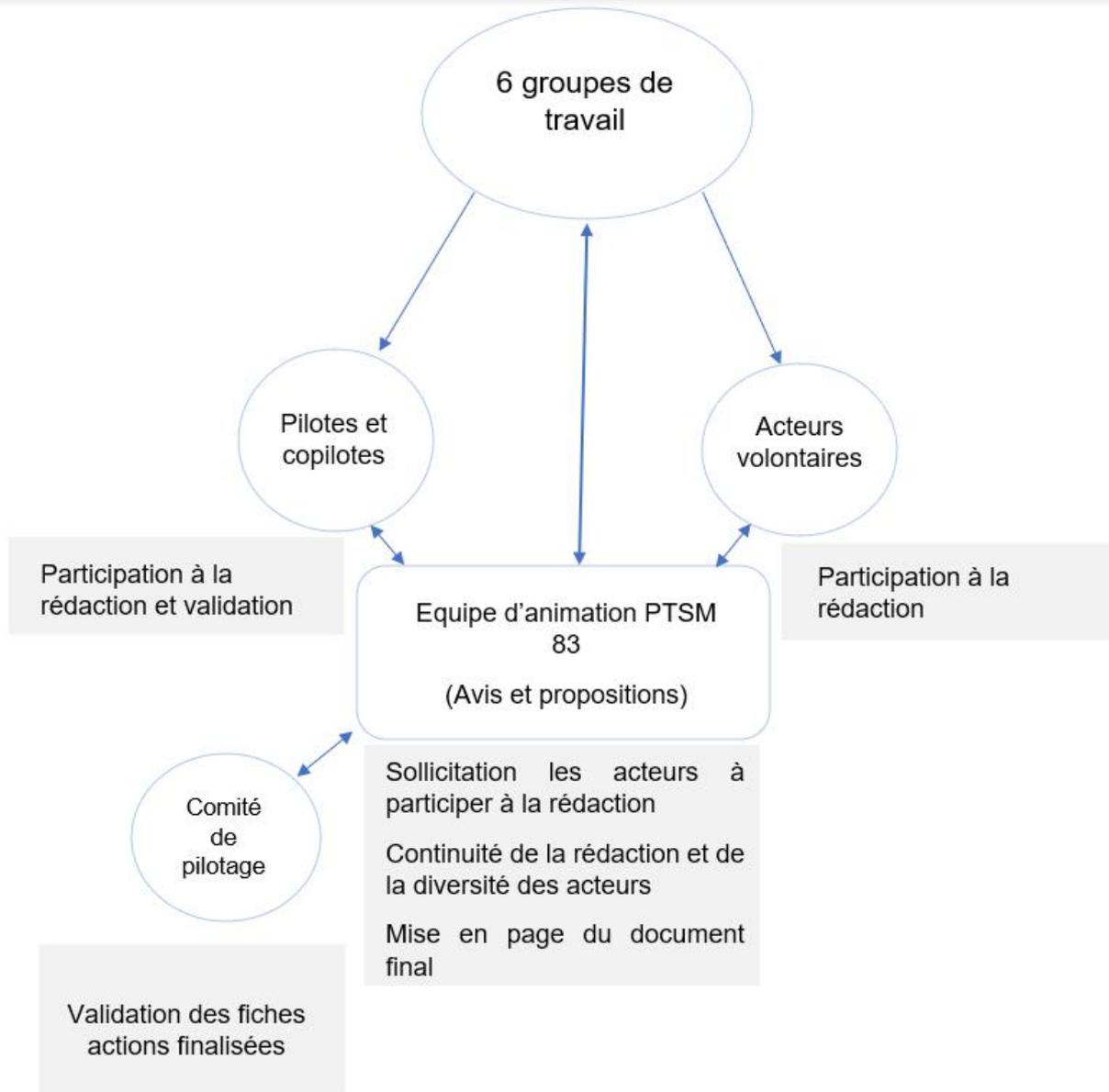
et les rencontres plus individuelles pendant l'été afin de garantir la validation de ces fiches par les structures, les personnes concernées, les pilotes et co-pilotes.

Nous avons été vigilants à maintenir une cohérence entre les constats et le diagnostic territorial et les actions proposées qui viennent ainsi répondre à des besoins repérés.

Stratégie d'élaboration des fiches avant l'épidémie COVID 19



Stratégie finalement utilisée pendant et après le premier confinement



PISTES D' ACTIONS

Les axes concernant les actions proposées se sont dégagés de l'ensemble du diagnostic et s'appuient à la fois sur les constats qualitatifs et quantitatifs. Certains éléments sont apparus sur l'ensemble des modalités du diagnostic et sont donc priorités. L'analyse du diagnostic au regard du décret a permis de balayer l'ensemble des problématiques à étudier.

La réunion du COPIL du 23 janvier avait déjà permis de repérer les pistes d'actions à prioriser, ainsi que les forces et les freins de ce plan territorial varois :

Les priorités sont autour :

- Du maillage territorial, de la coordination des parcours, des structures et des démarches d'« aller vers » ;
- De l'accueil, du diagnostic et de la prise en charge des jeunes et des publics spécifiques ;
- De la prévention, de l'information et de la formation afin de lutter contre la stigmatisation, développer les compétences des professionnels, favoriser l'inclusion et promouvoir la santé ;
- De la nécessité d'actions de rétablissement et de formation pour les personnes concernées afin de développer leur pouvoir d'agir et de favoriser l'émergence de patients pairs ;
- Du développement des projets de réhabilitation en cours ;
- Du logement qui doit se développer sous des formes adaptées aux différents besoins d'un public hétérogène.

Les fiches action proposées reprennent ces priorités. Elles ont été établies pour une partie d'entre elles pendant le confinement.

Dans un souci de lisibilité et de cohérence du dispositif, les fiches ont été répertoriées à partir des trois axes retenus dans le Var. Elles sont également corrélées avec les six priorités de santé de la feuille de route.

Certaines fiches concernent des actions déjà mises en œuvre et à développer, d'autres concernent davantage des axes stratégiques à promouvoir.

De même, certaines fiches ont déjà un porteur de projet, alors que d'autres restent à construire et sont plutôt des fiches d'intention.

Nous n'avons pas de fiches action pour l'ensemble des actions développées et qui fonctionnent actuellement. C'est ainsi que nous n'avons pas de focus particulier sur les personnes détenues par exemple : la mise en place d'un CATTTP sur chacun des établissements varois peut en effet contribuer à une bonne prise en charge du public présentant des troubles mentaux en détention. De même, la mise en place à Draguignan d'un secteur réservé, le partenariat entre le CH H. Guérin et le centre pénitentiaire de Toulon La Farlède, les formations qui se sont déjà déroulées pour les personnels, les actions de prévention mises en place participent à une prise en charge cohérente et adaptée. De même, les campagnes de dépistage dans les ESMS et en milieu carcéral, qui ont fait l'objet d'une évaluation du CFES comme actions innovantes, contribuent à

une meilleure prise en charge de la santé somatique des personnes en situation de handicap mental cognitif ou psychique. Bien évidemment, ces actions doivent être maintenues.

Plusieurs fiches concernent le maillage du territoire ou la mise en place d'instances de réflexion partenariales. Elles pourront être mises en œuvre par le coordinateur du PTSM qui aura la tâche d'accompagner l'ensemble des professionnels autour des questions de santé mentale. En effet, ce travail ne pourra se poursuivre qu'avec un suivi effectif afin d'éviter l'écueil de la dispersion des actions et du recentrage de chacun sur ses missions exclusives, au dépend du public qui sera alors lui aussi cloisonné.

Le diagnostic, même s'il porte sur les freins, montre une vraie dynamique départementale pour répondre aux exigences d'une prise en charge axée sur le rétablissement et la réhabilitation. Les actions de prévention et de formation sont aussi bien présentes sur le département, mais pas suffisamment déployées pour répondre aux besoins de formations et de connaissances des professionnels et des personnes concernées.

Les plus grosses difficultés sont notées dans la prise en charge des jeunes. La pédopsychiatrie est morcelée, on ne trouve pas de cohérence ni de coordination autour des jeunes, alors que cela se dessine plus nettement avec les adultes, par exemple à travers le GCSMS.

Nous avons intégré dans cette feuille de route des projets qui sont en cours de réalisation et qui peuvent répondre à des problématiques repérées lors du diagnostic (ci-dessous, le tableau de corrélation entre les fiches action et les priorités du PTSM 83). La coordination du PTSM pourra ainsi maintenir les actions dans un dispositif global territorial. Il semble essentiel de maintenir la dynamique partenariale qui s'est initiée dans le département, notamment entre les différents niveaux de prise en charge : sanitaire, médico-social, social et associatif. Si la dynamique sanitaire/médico-sociale semble se développer au sein du GCSMS, elle ne saurait suffire à garantir un parcours sans rupture et inclusif. C'est bien le maintien d'une coordination globale qui pourra mailler et évaluer l'ensemble des actions retenues. D'autre part, certaines fiches d'intention, sans porteur actuel, peuvent être garanties par la coordination du PTSM.

Tableau de corrélation entre les éléments du diagnostic et les fiches action

Eléments du diagnostic	Fiches action correspondantes
Maillage territorial, coordination des parcours et des structures et démarches d'« aller vers »	<ul style="list-style-type: none"> 1.1.1 Accès aux Centres Médico-Psychologique (CMP) et aux Centres médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) 2.1 Communication autour des dispositifs de soutien aux professionnels (PCPE - PTA - PCO) 2.2.1 Accompagnement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) 2.2.2 Soins non programmés en santé mentale 2.2.3 Coordination des parcours des patients au sein du GCSMS 2.3.2 Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) 2.4 Expérimentation d'une Equipe Mobile de crise en psychiatrie d'adultes 2.6.1 Développement des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) 2.6.2 Développement des Groupes d'Entraide Mutuel (GEM) 3.2.1 Développement des SAMSAH 3.2.2 Coordonnateur de parcours 3.6.2 Prescription de consultations psychologiques
Accueil, diagnostic et prise en charge des jeunes et des publics spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> 1.1.3 Equipe Mobile Mixte d'Intervention Scolaire (EMMIS) 1.1.4 Repérage et prise en charge psychiatrique des jeunes protégés 1.4.3 Accueil temporaire des 16/20 ans 1.4.4 Equipe mobile jeunes en situation complexe 1.4.5 Développement Varois de la Maison Des Adolescents (MDA 83) 1.6.3 Santé mentale des élèves 1.6.4 Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU) Repérage et prise en charge des publics spécifiques : migrants - MNA - 3.1 psycho-traumatisés
Prévention, information et formation afin de lutter contre la stigmatisation, développer les compétences des professionnels, favoriser l'inclusion et promouvoir la santé	<ul style="list-style-type: none"> 1.1.2 Formation pour le personnel accueillant des jeunes 1.3.1 Activité physique adaptée au CHITS 1.3.2 Promotion des campagnes de dépistage 1.4.1 Prévention du suicide et de la récidive 1.4.2 Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM) 1.6.1 Good Behaviour Game (GBG) 1.6.2 Actions en direction des familles et des aidants 2.3.1 Projet AVISO-HANDICONSULT 83 3.6.1 Commission sur l'accessibilité des transports et de l'espace urbain pour les personnes en situation de handicap psychique ou mental
Actions de rétablissement et de formation pour les personnes concernées pour développer leur pouvoir d'agir et de favoriser l'émergence de patients pairs	<ul style="list-style-type: none"> 3.5.1 Centre de ressources handicap – Information – Formation Speed-dating pour et par des personnes souffrant de troubles 3.5.6 psychiques 3.5.7 Perspective Emploi 3.5.8 Job Coaching 3.5.9 Mise en place de programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) sur les troubles psychiatriques et sur les TSA
Développement de projets de réhabilitation	<ul style="list-style-type: none"> 3.5.2 Département de réhabilitation psychosociale au CH Henri Guérin 3.5.3 Centre de réhabilitation psychosociale au CHITS 3.5.4 Equipe mobile de réhabilitation psycho-sociale au CHITS

Logement sous des
formes adaptées aux
besoins d'un public
hétérogène

- 3.5.5 Réhabilitation psychosociale au Val du Fenouillet
- 3.2.3 Logement collectif alternatif Var
- 3.2.4 Résidence Accueil CHITS
Logement en habitat varié pour accompagner le vieillissement des
- 3.2.5 personnes en situation de handicap
Développement des Appartements de Coordination Thérapeutique
- 3.2.6 (ACT)
- 3.2.7 Familles gouvernantes

FICHES ACTIONS

Présentation des fiches dans un tableau synthétique

Il a été choisi de présenter les fiches actions par axe de travail du PTSM du Var, en les croisant avec les axes nationaux, comme sur le tableau ci-dessous (pages 121 à 125).

Le numéro des fiches est constitué en 3 parties :

- Le numéro de l'axe de travail du PTSM (1 à 3),
- Puis le numéro de l'axe de la feuille de route nationale de santé mentale (1 à 6),
- Et enfin le numéro de la fiche en elle-même.

Exemple : Pour la fiche n°3.5.6 « Speed-dating pour et par des personnes souffrant de troubles psychiques », l'action s'intègre

- Dans l'axe de travail n°3 du PTSM du Var « *Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique* »
- Dans l'axe national n°5 de la feuille de route nationale « *Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles* »
- Puis enfin il s'agit de la 6^{ème} fiche-action dans cette catégorie.

Pour chaque fiche action, il est précisé le degré de déploiement de l'action :

Action finalisée ✓

Action en cours d'élaboration 

Résumé des fiches action, par axe

Suite au tableau synthétique (à partir de la page 127), pour chaque axe, nous avons présenté les fiches « finalisées » en premier, et ensuite les fiches « en cours d'élaboration », selon la présentation régionale.

Il ne s'agit pas d'une priorisation, mais simplement d'une disposition particulière.

Pour chaque fiche, nous présentons un résumé :

- numéro et titre de la fiche action,
- porteur ou type de porteur,
- public cible,
- objectif stratégique.

L'intégralité de la fiche est proposée à l'issue de cette présentation par axe.

Les trois axes du PTSM Varois	<u>Axe 1</u> : promouvoir le bien-être mental – prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide.		<u>Axe 2</u> : garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre de psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité.		<u>Axe 3</u> : Améliorer les conditions de vie et d’inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.	
Les 6 axes de la feuille de route de santé mentale	Nombre de fiches action : 15		Nombre de fiches action : 9		Nombre de fiches action : 19	
<p>AXE 1 : « Organisation du repérage précoce des troubles psychiques, de l’élaboration d’un diagnostic et de l’accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles »</p> <p>Pilote et co-pilotes : Coralie ROBIN (ADAPEI) Michel BOLLA (UGECAM) Dr Yves BERNAUD (CHITS)</p>	<p></p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p></p>	<p>1.1.1 Accès aux Centres Médico-Psychologique (CMP) et aux Centres médico-Pscho-Pédagogiques (CMPP)</p> <p>1.1.2 Formation pour le personnel accueillant des jeunes</p> <p>1.1.3 Equipe Mobile Mixte d’Intervention Scolaire (EMMIS)</p> <p>1.1.4 Repérage et prise en charge psychiatrique des jeunes protégés</p>	<p></p>	<p>2.1 Communication autour des dispositifs de soutien aux professionnels (PCPE - PTA - PCO)</p>	<p></p>	<p>3.1 Repérage et prise en charge des publics spécifiques : migrants – MNA – psycho-traumatisés</p>
<p>AXE 2 : « Organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s’inscrivant dans la durée, en situation ou à</p>			<p></p> <p>✓</p>	<p>2.2.1 Accompagnement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)</p>	<p></p> <p></p> <p></p>	<p>3.2.1 Développement les SAMSAH</p> <p>3.2.2 Coordonnateur de parcours</p> <p>3.2.3 Logement collectif alternatif Var</p>

<p>risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale »</p> <p>Pilote et co-pilotes : Anne Marie SCHNELLMANN (GEM Forts Ensemble) Valérie STALENCQ-LEFEBVRE (Harmonie santé)</p>			<p>✓</p>	<p>2.2.2 Soins non programmés en santé mentale</p> <p>2.2.3 Coordination des parcours des patients au sein du GCSMS</p>	<p>🔄</p> <p>🔄</p> <p>🔄</p> <p>✓</p>	<p>3.2.4 Résidence accueil CHITS</p> <p>3.2.5 Logement en habitat varié pour accompagner le vieillissement des personnes en situation de handicap</p> <p>3.2.6 Développement des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)</p> <p>3.2.7 Familles gouvernantes</p>
<p>AXE 3 : « L'accès aux soins somatiques adapté aux personnes présentant des troubles psychiques »</p> <p>c</p> <p>Pilote et co-pilote : Bertrand PAVILLON (CHITS) Dr Laurence PERNICE (CHITS)</p>	<p>✓</p> <p>✓</p>	<p>1.3.1 Activité physique adaptée au CHITS</p> <p>1.3.2 Promotion des campagnes de dépistage</p>	<p>✓</p> <p>🔄</p>	<p>2.3.1 Projet AVISO-HANDICONSULT 83</p> <p>2.3.2 Infirmiers en Pratique Avancée (IPA)</p>		
<p>AXE 4 : « Organisation des conditions de prévention et de prise en charge des situations de crise et d'urgence »</p>	<p>✓</p>	<p>1.4.1 Prévention du suicide et de la récurrence</p>	<p>🔄</p>	<p>2.4 Expérimentation d'une Equipe Mobile de crise en psychiatrie d'adultes</p>		

<p>Pilote et co-pilote : Benoit BEAUVILLARD (CH H. Guérin) Dr Gilles REINE (CHITS)</p>	<p>✓</p> <p>🔄</p> <p>🔄</p> <p>🔄</p>	<p>1.4.2 Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM)</p> <p>1.4.3 Accueil temporaire des 16/20 ans</p> <p>1.4.4 Equipe mobile jeunes en situation complexe</p> <p>1.4.5 Développement Varois de la Maison Des Adolescents (MDA 83)</p>			
<p>AXE 5 : « Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d’agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles »</p> <p>Pilote et co-pilotes : Alexis OSTY (AVEFETH ESPERANCE VAR) Marie-Léna SARKISSIAN (C.H. H. Guérin) Nathalie ENGEL (C.H. H. Guérin)</p>					<p>🔄 3.5.1 Centre de ressources handicap – Information – Formation</p> <p>✓ 3.5.2 Département de réhabilitation psychosociale au CH Henri Guérin</p> <p>🔄 3.5.3 Centre de réhabilitation psychosociale au CHITS</p>

					3.5.4 Équipe mobile de réhabilitation psychosociale au CHITS 3.5.5 Réhabilitation psychosociale au Val du Fenouillet 3.5.6 Speed-dating pour et par des personnes souffrant de troubles psychiques 3.5.7 Perspective Emploi 3.5.8 Job Coaching 3.5.9 Mise en place de programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) sur les troubles psychiatriques et sur les troubles du spectre autistique
AXE 6 : « Organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale »		1.6.1 Good Behaviour Game (GBG)		2.6.1 Développement des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)	3.6.1 Commission sur l'accessibilité des transports et de l'espace urbain pour les personnes en situation de handicap psychique ou mental
		1.6.2 Actions en direction des familles et des aidants		2.6.2 Développement des Groupes	

Pilote et co-pilote : Laïna TUKAOKO (DTPJJ 83) Mathias BLANC (Clinique Saint Martin)		1.6.3 Santé mentale des élèves	d'Entraide Mutuel (GEM)		3.6.2 Prescription de consultations psychologiques
		1.6.4 Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU)			



AXE I

**Promouvoir le bien être mental,
prévenir et repérer précocement la souffrance psychique,
et prévenir le suicide.**

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTIONS

Cet axe regroupe 15 fiches

► **Axe 1 de la feuille de route santé mentale** : « Organisation du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles »

Fiche 1.1.2 : Formation pour le personnel accueillant des jeunes

Type de porteur : Structures de formation – CAMSP

Public cible : Les enfants 0/16 ans et leurs familles

Objectif stratégique : Former le personnel non spécialisé intervenant auprès des jeunes sur le repérage et l'accompagnement des enfants présentant des troubles du comportement, des troubles cognitifs et des TSA.

Fiche 1.1.3 : Équipe Mobile Mixte d'Intervention Scolaire (EMMIS)

Type de porteur : CH H. Guérin

Public cible : Elèves scolarisés, âgés de 3 à 16 ans, développant un comportement perturbateur en manifestant des attitudes s'écartant de la norme socialement acceptable orientés par l'Éducation Nationale.

Objectif stratégique : Lutter contre les violences scolaires et faire du repérage précoce des troubles psychiques et cognitifs des élèves hautement perturbateurs en constituant une plateforme interdisciplinaire, dans les dimensions psychiatriques, psychologiques, éducatives, sociales et familiales. (EMMIS – Équipe Mobile Mixte d'Intervention Scolaire).

► **Axe 3 de la feuille de route santé mentale** : « L'accès aux soins somatiques adapté aux personnes présentant des troubles psychiques »

Fiche 1.3.1 : Activités physiques adaptées au CHITS

Type de porteur : CHITS

Public cible : Les patients pris en charge dans les secteurs de psychiatrie adulte ou infanto-juvénile, hospitalisés ou suivis en externe au sein du CHITS

Objectif stratégique : Mettre en place et développer les activités physiques adaptées pour les patients du pôle psychiatrie du CHITS.



ACTIONS FINALISÉES

AXE 1

Fiche 1.3.2 : Promotion des campagnes de dépistage

Type de porteur : CODES 83 - A définir par l'ARS PACA

Public cible : Les personnes en ESMS, suivies par des SAMSAH, dans des programmes de réhabilitation psychosociale ou en milieu carcéral

Objectif stratégique : Développer les campagnes de dépistage des cancers en ESMS et en milieu carcéral.

► **Axe 4 de la feuille de route santé mentale** : « Organisation des conditions de prévention et de prise en charge des situations de crise et d'urgence »

Fiche 1.4.1 : Prévention du suicide et de la récurrence

Type de porteur : CODES 83 - A définir par l'ARS PACA

Public cible : Les personnes en souffrance psychique à risque suicidaire, les professionnels travaillant au contact du public

Objectif stratégique : Prévenir le suicide et la récurrence en déployant le programme national sur le département – formations et sentinelles – Vigilant's.

Fiche 1.4.2 : Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM)

Type de porteur : Formateurs PSSM du département

Public cible : Tout public

Objectif stratégique : Développer les compétences des professionnels, usagers et citoyens du Var en développant l'offre de formation PSSM et lutter contre la stigmatisation.

► **Axe 6 de la feuille de route santé mentale** : « Organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale »

Fiche 1.6.1: Good Behaviour Game (GBG)

Type de porteur : CODES 83

Public cible : Les élèves en primaire (du CP au CM2) et les enseignants

Objectif stratégique : Soutenir le développement des compétences individuelles permettant de protéger dès le plus jeune âge.

► **Axe 1 de la feuille de route santé mentale** : « Organisation du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles »

Fiche 1.1.1 : Accès aux Centres Médico-Psychologiques (CMP) et aux Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)

Type de porteur : Groupe de travail dédié

Public cible : Public CMP et professionnels

Objectif stratégique : Réduire les temps d'accès aux CMP et CMPP.

Fiche 1.1.4. : Repérage et prise en charge des jeunes protégés

Type de porteur : Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)

Public cible : Public PJJ à savoir mineurs et jeunes majeurs suivis dans le cadre pénal présentant des souffrances psychiques.

Objectif stratégique : Garantir la continuité du parcours de soin des jeunes sous protection de l'enfance, suivis dans le cadre pénal, en leur facilitant l'accès à une équipe pluridisciplinaire mobile spécialisée en santé mentale.

► **Axe 4 de la feuille de route santé mentale** : « Organisation des conditions de prévention et de prise en charge des situations de crise et d'urgence »

Fiche 1.4.3 : Accueil temporaire des 16/20 ans

Type de porteur : A définir

Public cible : Les jeunes de 16 à 20 ans en MECS ou orientés par des services ASE, AEMO, le secteur de la pédopsychiatrie, la MDA, la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

Objectif stratégique : Mieux repérer et accompagner les jeunes vulnérables pour éviter les crises.

Fiche 1.4.4 : Equipe mobile jeunes en situation complexe

Type de porteur : A définir - ESMS

Public cible : Mineurs de 6 à 17 ans repérés ou suivis dans la cadre de mesures de prévention et de protection de l'enfance et bénéficiant d'une notification de la MDPH du Var ou ayant une reconnaissance en cours (enfants en attente d'une orientation ou autre dispositif de suivi).

Objectif stratégique : Mieux repérer et accompagner les jeunes vulnérables pour éviter les crises.

Fiche 1.4.5 : Développement Varois de la Maison Des Adolescents (MDA 83)

Type de porteur : MDA 83

Public cible : Les jeunes de 11 à 25 ans du département

Objectif stratégique : Etendre l'action de la MDA 83 sur l'ensemble du département en développant des actions avec des partenaires locaux.

► **Axe 6 de la feuille de route santé mentale** : « Organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale »

Fiche 1.6.2 : Actions en direction des familles et des aidants

Type de porteur : A définir – Associations – Centres de réhabilitation et de rétablissement

Public cible : Familles et proches aidants

Objectif stratégique : Promouvoir et développer des actions en direction des familles et des aidants.

Fiche 1.6.3 : Santé mentale des élèves

Type de porteur : A définir – Associations avec un agrément Education Nationale

Public cible : Les élèves de primaire et secondaire du département, ULIS, IME, lycées, lycées professionnels, CFA selon es programmes

Objectif stratégique : Améliorer la santé mentale des élèves en déployant des actions de prévention et de promotion de la santé mentale pour les élèves du département type YAM (Youth Aware of Mental Health) ou UNPLUGGED (Fédération Addiction).

Fiche 1.6.4 : Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU)

Type de porteur : L'université de TOULON (UTLN), le Centre de Santé SUMPPS (CDS) étudiant

Public cible : Les étudiants de l'université de Toulon et La Garde

Objectif stratégique : Mieux prévenir la stigmatisation, la souffrance psychique et les crises à l'université et sur les campus.



AXE 2

**Garantir des parcours de soins coordonnés
et soutenus par une offre en psychiatrie accessible,
diversifiée et de qualité.**

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTIONS

Cet axe regroupe 9 fiches

► **Axe 2 de la feuille de route santé mentale** : « Organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s’inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale »

Fiche 2.2.2 : Soins non programmés en santé mentale

Type de porteur : Clinique Les 3 Solliès

Public cible : Les patients en demande de soins non programmés

Objectif stratégique : Proposer un outil de soutien logistique entre médecins généralistes et médecins spécialistes pour organiser des soins non programmés en santé mentale nécessitant une prise en charge dans les 48 heures.

Fiche 2.2.3 : Coordination des parcours des patients au sein du GCSMS

Type de porteur : GCSMS Passerelles 83

Public cible : Les patients suivis par des structures adhérentes du GCSMS

Objectif stratégique : Mieux prendre en compte les besoins globaux des patients suivis et fluidifier les parcours en coordonnant les dispositifs de prise en charge et de soins.

► **Axe 3 de la feuille de route santé mentale** : « L’accès aux soins somatiques adapté aux personnes présentant des troubles psychiques »

Fiche 2.3.1 : Dispositif AVISO – HANDICONSULT 83

Type de porteur : CHITS

Public concerné : Les patients en situation de handicap

Objectif stratégique : Favoriser l’accès aux soins des personnes en situation de handicap en assurant une continuité, coordination et accompagnement des soins ambulatoires et lors des hospitalisations.





► **Axe 1 de la feuille de route santé mentale** : « Organisation du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles »

Fiche 2.1 : Communication autour des dispositifs de soutien aux professionnels (PCPE – PTA – PCO)

Type de porteur : A définir – à priori coordonnateur PTSM – puis centre ressources

Public cible : Les professionnels du secteur sanitaire et médico-socio-éducatif, les familles de personnes souffrant de troubles psychiques ou cognitifs, les personnes concernées

Objectif stratégique : Valoriser et optimiser les dispositifs existants par la communication aux professionnels.

► **Axe 2 de la feuille de route santé mentale** : « Organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale »

Fiche 2.2.1 : Accompagnement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Type de porteur : A définir – à priori coordonnateur PTSM et groupe de travail dédié

Public cible : Les professionnels de santé, la patientèle, les personnes souffrant de troubles psychiques

Objectif stratégique : Promouvoir un axe santé mentale dans les projets d'actions des CPTS du Var.

► **Axe 3 de la feuille de route santé mentale** : « L'accès aux soins somatiques adapté aux personnes présentant des troubles psychiques »

Fiche 2.3.2 : Infirmiers en Pratique Avancée (IPA)

Type de porteur : ESMS – CHITS – CMP – CH H. Guérin

Public concerné : Le public des CMP et des équipes mobiles du département

Objectif stratégique : Développer la présence de 50 IPA dans les établissements sanitaires et médicaux sociaux du département d'ici la fin du PTSM.

► **Axe 4 de la feuille de route santé mentale** : « Organisation des conditions de prévention et de prise en charge des situations de crise et d'urgence »

Fiche 2.4 : Expérimentation d'une Equipe Mobile de crise en psychiatrie d'adultes

Type de porteur : CHITS

Public concerné : Les personnes de 18 à 65 ans, domiciliées sur les secteurs 83G04-G05, présentant des troubles psychiques déjà connus ou non connus, présentant une situation de crise, ayant besoin d'une évaluation à domicile, ou d'une prise en charge à domicile permettant de limiter le recours à l'hospitalisation.

Objectif stratégique : Evaluer et prévenir la crise en psychiatrie d'adulte en intervenant au domicile

► **Axe 6 de la feuille de route santé mentale** : « Organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale »

Fiche 2.6.1 : Développement des Contrats Locaux de Santé Mentale (CLSM)

Type de porteur : Les collectivités territoriales

Public cible : L'ensemble des associations qui ont des projets en lien avec la santé mentale, les agents des collectivités, les aidants, les usagers, les GEM

Objectif stratégique : Sensibiliser les élus et la population à la santé mentale, promouvoir l'accès des usagers en santé mentale à la citoyenneté, au logement, à l'amélioration de la continuité des soins, aux loisirs et à la culture et lutter contre la stigmatisation.

Fiche 2.6.2 : Développement des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM)

Type de porteur : Association ou structure hors GEM et ESMS

Public cible : Les GEM du département, leurs membres et au-delà l'ensemble des personnes souffrant de troubles psychiques et de troubles neurologiques graves qui pourraient être mieux pris en compte collectivement, moins stigmatisés et mieux orientés.

Objectif stratégique : Soutenir et renforcer la place des GEM et des usagers dans les instances départementales et favoriser la communication auprès du public sur leurs actions.



AXE 3

**Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale
et la citoyenneté des personnes en situation
de handicap psychique.**

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTION

Cet axe regroupe 19 fiches

► **Axe 2 de la feuille de route santé mentale** : « Organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s’inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale »

Fiche 3.2.7 : Familles gouvernantes

Type de porteur : UDAF

Public cible : Patient adulte volontaire présentant des troubles psychiatriques chroniques, suffisamment stabilisé et informé de sa pathologie, sur dossier de candidature rempli par le médecin psychiatre.

Objectif stratégique : Etendre une offre de logement adaptée « Famille Gouvernante » pour répondre aux besoins repérés sur le territoire

► **Axe 5 de la feuille de route santé mentale** : « Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d’agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles »

Fiche 3.5.2 : Département de réhabilitation psychosociale au CH Henri Guérin

Type de porteur : CH H. Guérin

Public cible : Les personnes présentant un trouble psychique sévère, potentiellement source du handicap psychique : pathologies du spectre de la schizophrénie, des troubles délirants, des troubles bipolaires ou dépressifs récurrents, des troubles graves de la personnalité.

Objectif stratégique : Permettre aux patients avec des troubles psychiatriques sévères d’entamer un processus de réhabilitation psychosociale en lien avec le projet médical partagé du GHT Var et le projet d’établissement 2020-2025 pour en faire un axe structurant.

Fiche 3.5.5 : Réhabilitation psychosociale au Val du Fenouillet

Type de porteur : Clinique KORIAN Val du Fenouillet

Public cible : Les patients pris en charge en hospitalisation complète ou de nuit à la clinique KORIAN Val du Fenouillet, les personnes ayant un suivi psychiatrique,



les patients avec projet d'autonomisation et de retour à l'emploi, les personnes en situation de handicap psychique avec retour à l'emploi notamment en ESAT

Objectif stratégique : Proposer un accompagnement visant au rétablissement pour le retour à l'emploi et au logement ainsi qu'un accompagnement pour le maintien de l'emploi.

Fiche 3.5.6 : Speed Dating pour et par des personnes souffrant de troubles psychiques

Type de porteur : AVEFETH ESPERANCE VAR (et multi partenaires)

Public cible : Travailleurs ESAT et adhérents de GEM

Objectif stratégique : Favoriser les rencontres et le lien affectif et social des personnes en situation de handicap psychique.

Fiche 3.5.7 : Perspective Emploi

Type de porteur : LADAPT

Public cible : Les personnes en situation de handicap à priori loin de l'emploi, quel que soit leur âge, et que les contraintes et les situations ont mis en situation d'exclusion socio-professionnelle.

Objectif stratégique : Proposer un module spécifique global d'employabilité pour les personnes atteintes de troubles psychiques.

Fiche 3.5.8 : Job Coaching

Type de porteur : ISATIS

Public cible : Les personnes en situation de handicap psychique en recherche d'emploi

Objectif stratégique : Favoriser l'inclusion par l'emploi en déployant le projet « Job Coaching ».

Fiche 3.5.9 : Mise en place de programmes d'Éducation Thérapeutique du patient (ETP) sur les troubles psychiatriques et sur les troubles du spectre autistique (TSA)

Type de porteur : A définir - Centres de réhabilitation psychosociale ou de rétablissement - ESMS

Public cible : Les patients souffrant de troubles psychiatriques ou de troubles du spectre autistique stabilisés

Objectif stratégique : Acquérir et maintenir des compétences d'autosoins pour des patients souffrant de troubles psychiatriques, et de troubles du spectre autistique par la mise en œuvre de programmes d'Education Thérapeutique du Patient.

► **Axe 1 de la feuille de route santé mentale** : « Organisation du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles »

Fiche 3.1 : Repérage et prise en charge des publics spécifiques : Migrants – Mineurs Non Accompagnés – Psycho-traumatisés

Type de porteur : Coordonnateur PTSM – groupe de travail dédié

Public cible : Les publics vulnérables du département : personnes précaires, personnes migrantes et MNA

Objectif stratégique : Développer le repérage et la prise en charge psychologique et psychiatrique des publics vulnérables : précaires, migrants et MNA (mineurs non accompagnés) sur l'ensemble du territoire.

► **Axe 2 de la feuille de route santé mentale** : « Organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale »

Fiche 3.2.1 : Développement des SAMSAH

Type de porteur : Opérateurs actuels (Isatis – Présence – Adapei Var Méditerranée – Ladapt – APF)

Public cible : Les personnes en situation de handicap nécessitant une prise en charge en ambulatoire

Objectif stratégique : Pouvoir vivre le handicap en milieu ordinaire.

Fiche 3.2.2 : Coordonnateur de parcours

Type de porteur : ESMS – CHITS – CH H. Guérin - Clinique Val du Fenouillet

Public cible : Les personnes souffrant de troubles cognitifs, psychiques ou psychiatriques prises en charge

Objectif stratégique : Favoriser le pouvoir d'agir des personnes par une approche globale et coordonnée.

Fiche 3.2.3 : Logement collectif alternatif Var

Type de porteur : A définir entre bailleur social et association

Public cible : Patient ne présentant pas de trouble du comportement pouvant mettre en péril sa santé ou la vie de l'établissement.

Objectif stratégique : Travailler l'estime de soi, la coopération et l'insertion par le logement, par la création d'un lieu de vie, avec et pour des personnes en situation de handicap psychique.

Fiche 3.2.4 : Résidence Accueil CHITS

Type de porteur : CHITS

Public cible : Patients âgés de 18 à moins de 60 ans suivis par un secteur de psychiatrie, stabilisés, capables de vivre en collectivité, présentant des critères définis d'isolement et de précarité

Objectif stratégique : Développer une modalité de logement adaptée et innovante inspirée du fonctionnement des maisons relais.

Fiche 3.2.5 : Logement en habitat varié pour accompagner le vieillissement des personnes en situation de handicap

Type de porteur : ADAPEI Var Méditerranée

Public cible : Personnes âgées ayant des troubles psychiques ou mentaux

Objectif stratégique : Proposer des solutions d'habitat varié favorisant la mixité sociale pour accompagner le vieillissement des personnes handicapées.

Fiche 3.2.6 : Développement des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)

Type de porteur : Olbia Var Appartements (OVA)

Public cible : Personnes relevant de pathologies chroniques de type trouble psychique

Objectif stratégique : Améliorer l'accès et le maintien des personnes dans un logement autonome et accompagné.

► **Axe 5 de la feuille de route santé mentale** : « Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d’agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles »

Fiche 3.5.1 : Centre de ressources handicap – Information – Formation

Type de porteur : A définir – implication des institutions parties prenantes dans la gouvernance

Public cible : Les personnes en situation de handicap, leurs familles, les professionnels du département

Objectif stratégique : Développer un lieu d’accueil, d’information, d’accompagnement et de formation sur le handicap sur le département du Var, pouvant également permettre l’émergence de patients pairs.

Fiche 3.5.3 : Centre de réhabilitation sociale au CHITS

Type de porteur : CHITS – AVEFETH ESPERANCE VAR

Public cible : Les patients stabilisés suivis par des médecins publics ou libéraux, les personnes ayant un suivi psychiatrique, les patients jeunes pour lesquels se joue l’enjeu du maintien de la scolarité et de l’insertion sociale, les personnes suivies en addictologie, les personnes présentant certains troubles du spectre autistique

Objectif stratégique : Proposer un accompagnement visant au rétablissement et devenir un centre de proximité de référence en soins de réhabilitation psychosociale.

Fiche 3.5.4 : Équipe mobile de réhabilitation psychosociale au CHITS

Type de porteur : CHITS

Public cible : Patients souffrant de troubles psychiques dans les moments charnières de post-crise ou de post hospitalisation

Objectif stratégique : Proposer un accompagnement visant au rétablissement.

► **Axe 6 de la feuille de route santé mentale** : « Organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale »

Fiche 3.6.1 : Commission sur l'accessibilité des transports et de l'espace urbain pour les personnes en situation de handicap psychique ou mental

Type de porteur : Coordonnateur PTSM

Public cible : Les personnes en situation de handicap du département

Objectif stratégique : Permettre aux personnes souffrant de troubles psychiques ou cognitifs de mieux se situer et se déplacer dans l'espace urbain et les transports en améliorant l'accessibilité des transports en commun et de l'aménagement urbain.

Fiche 3.6.2 : Prescription de consultations psychologiques

Type de porteur : Psychologues libéraux volontaires

Public cible : Les personnes en souffrance psychique ou souffrant de troubles psychiques, cognitifs ou mentaux du département, non pris en charge par des structures publiques (CMP)

Objectif stratégique : Expérimenter la prise en charge financière d'entretiens psychologiques en libéral pour des patients souffrant de troubles psychiques.



AXE I

PROMOUVOIR LE BIEN ETRE MENTAL,
PREVENIR ET REPERER PRECOCEMENT LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE,
ET PREVENIR LE SUICIDE.

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTIONS

Axe I - Fiche I.I.I

Accès aux Centres Médico-Psychologiques (CMP) et aux Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)

Type(s) de porteur(s) : Groupe de travail dédié

Objectif stratégique : Réduire les temps d'accès aux CMP et CMPP.

Axe 1 : « Organisation du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles »

Enjeux de l'action / contexte :

Tous les constats de terrain dans le Var font remonter les difficultés d'accès dans les CMP et CMPP. Les premiers accueils sont souvent longs à obtenir, même si certains lieux ont mis en place des premières consultations par des professionnels médico-sociaux.

Dans la feuille de route « santé mentale et psychiatrie », le chantier prioritaire n°6 pour l'année 2020 concerne spécifiquement les CMP : « Chantier prioritaire 6 : construire un parcours de soins gradué en redéfinissant les missions et en repositionnant les CMP dans la chaîne de soins et en structurant le réseau des centres de recours, dont le réseau des centres du psycho-traumatisme et celui de la réhabilitation psycho-sociale. Dans un contexte de forte augmentation de la demande, de stagnation de l'offre et d'une insuffisante diversité de cette dernière, les CMP sont des points de convergence et se trouvent fortement mis en tension. Les enjeux peuvent être résumés ainsi :

- Recentrer les CMP sur des missions spécifiques de suivi conventionnel des soins psychologiques et médicaux ;
- Renforcer les moyens de cet acteur central de la prise en charge ;
- Organiser les articulations nécessaires avec les autres acteurs du parcours de prise en charge, qu'il s'agisse des dispositifs d'accompagnement et d'inclusion sociale ou des centres de recours pour des avis spécialisés pour les cas complexes, et ce afin que le CMP soit le lieu de conception de projets personnalisés de prise en charge mobilisant dans une séquence temporelle spécifique pour chaque patient, les ressources nécessaires à sa situation (parcours de réhabilitation psycho-sociale) ;
- Organiser les articulations nécessaires avec les acteurs de première ligne chargés du dépistage et du repérage précoce et la médiation vers les soins. »

Cette feuille de route indique aussi un travail de réflexion globale qui a dû être engagé au premier semestre 2020, sur la base du rapport IGAS.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Constituer un groupe de travail sanitaire et médico-social ; • Faire un état des lieux précis du recours et des prises en charge en CMP sur le département ; • Renforcer les moyens de prise en charge des CMP ; • Organiser les articulations entre les différents acteurs sanitaires et médico-sociaux du département et les CMP ; • Proposer des temps d'accès non programmés ; • Envisager le déploiement des CMP sur le territoire par des équipes mobiles ou des antennes, éventuellement la télémedecine. 	<ul style="list-style-type: none"> • Constitution effective du groupe de travail – qualité des membres • Nombre de rencontres – comptes-rendus • Validation de l'état des lieux par les CMP et l'ARS • Evaluation des délais moyens de prise en charge pour un premier accueil (file active) • Evaluation des délais de prise en charge pour un suivi (file active) • Nombre d'orientations pour des prises en charge par des partenaires médico-sociaux • Nombre d'orientations pour des prises en charge spécialisées, sur des cas complexes, et notamment les projets de réhabilitation sociale • Nombre d'antennes, d'équipes mobiles ou de consultations en télémedecine déployées

Territoire de l'action : VAR

Bénéficiaires : Public CMP et professionnels

Etapes de mise en œuvre
1. Mise en place du groupe de travail
2. Etat des lieux précis – redéfinition des missions et des besoins du territoire sur l’offre CMP - Développer des outils communs d’évaluation et d’orientation des prises en charge
3. Renforcement des moyens – structuration des équipes CMP – formations des professionnels
4. Développer les rencontres pour évaluer les besoins et renforcer les partenariats entre les CMP, les établissements médico-sociaux, et les partenaires sociaux
5. Redéfinition des modalités d’accueil et de prise en charge – réduction effective des délais d’accueil et de prise en charge des soins non programmés
6. Mise en place de dispositifs d’aller vers : télémédecine – équipes mobiles ou antennes selon les préconisations et les possibilités

Moyens nécessaires identifiés :

- Humains : groupe de travail dédié – augmentation des effectifs – arrivée progressive d’IPA dans les CMP
- Matériels : selon organisation choisie : matériel spécifique télémédecine ou véhicule pour équipe mobile ou mise à disposition lieux de consultation
- Financiers : redéfinition des moyens alloués pour renforcer les CMP sur le territoire

Partenaires pressentis : ARS, CMP, CMPP, coordonnateur PTSM, groupe de travail dédié

Axe 1 - Fiche 1.1.2

Formation pour le personnel accueillant des jeunes

Type(s) de porteur(s) : Structures de formation – CAMSP

Objectif stratégique : Former le personnel non spécialisé intervenant auprès des jeunes sur le repérage et l'accompagnement des enfants présentant des troubles du comportement, des troubles cognitifs et des TSA.

Axe 1 : « Organisation du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles »

Enjeux de l'action / contexte :

Le repérage précoce des enfants porteurs de troubles neuro développementaux, de troubles cognitifs et de troubles du comportement est un atout majeur pour le traitement et l'évolution de ces enfants.

De même, leur prise en charge doit être inclusive, dans la mesure du possible.

La loi 20056102 du 11 février 2005 stipule : Titre 1er, article 2 : « l'action poursuivie vise à assurer l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie ».

Le décret de juin 2010 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans rappelle que l'ensemble des structures doit être en capacité d'accueillir des enfants présentant un handicap ou atteints d'une maladie chronique. Cependant, le cadre réglementaire demeure peu explicite et n'apporte aucune précision sur les modalités et les conditions d'accueil. Dans la mesure où il s'agit d'enfant d'âge préscolaire, le dispositif officiel n'énonce pas de droit à l'accueil, ni d'obligation à charge de la collectivité mais tend seulement à encourager cet accueil et à le favoriser dans le cadre des projets d'établissements. Toutefois, il est nécessaire de prendre en compte : 1/ le principe de non-discrimination en raison d'un handicap (article 225-1 et 225-2 du code pénal) – 2/ le principe de l'égalité de traitement devant le service public – 3/ l'obligation d'accessibilité des lieux recevant du public posée par la loi du 11/2/2005 et précisées par le décret 2006-555 du 17/5/2006).

Les professionnels de crèches, des écoles maternelles et primaires, des accueils collectifs de mineurs (ACM) sont souvent confrontés à des enfants en difficulté, sans diagnostic, sans prise en charge, et inconnus des services de soins.

La formation de ces professionnels aux différents troubles psychiques, cognitifs et neuro développementaux peut permettre une orientation plus rapide. Le CAMSP de La Seyne-sur-Mer propose ainsi des formations sur le repérage des TSA.



ACTION FINALISÉE

AXE 1

De même, ces formations peuvent permettre une meilleure prise en charge de ces enfants en inclusion. C'est pour cette raison que la CAF du Var a mis en place un programme de formation sur l'accueil et la prise en charge des enfants en situation de handicap dans les ACM.

Les évaluations de ces formations montrent une réelle plus-value dans le dépistage et l'accueil de ces enfants, en rassurant les professionnels et en leur donnant des éléments de crédibilité vis-à-vis des familles pour pouvoir les orienter. Ils sont également plus efficaces dans leurs prises en charge.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Proposer des formations pour les acteurs de la petite enfance, école et ACM : - Pour mieux repérer les comportements problématiques pour les enfants ; - Sur les aménagements et adaptations éducatives et pédagogiques nécessaires pour accueillir des enfants en situation de handicap ; - Sur les dispositifs de soins ; • Renforcer les liens intra et extra équipes autour des enfants concernés ; • Faire connaître aux acteurs de la petite enfance, écoles et ACM les réseaux infanto-juvéniles de prise en charge. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place effective de formations sur l'accompagnement d'enfants en situation de handicap pour l'ensemble du personnel au contact des enfants • Taux de satisfaction des stagiaires par le biais d'un questionnaire écrit • Mise en place d'un programme de formation continue pluri partenarial • Elaboration de projets d'accueil pour les structures • Evaluation d'un projet d'accueil personnalisé pour les enfants différents • Taux de satisfaction des parents • Augmentation du taux de prise en charge d'enfants différents (par une analyse annuelle de la file active) • Nombre d'orientations des familles vers les services adéquats • Nombre de réunions de concertations ou de prises de contacts en intra et avec le réseau de soins pour les enfants concernés

Territoire de l'action : Var

Bénéficiaires : Les enfants 0/16 ans et leur famille, les professionnels de crèches, écoles, ACM.

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Mise en place de formations pour les professionnels de crèches et écoles maternelles	A partir de 2019
2. Mise en place des formations pour les animateurs en ACM	A partir de 2019
3. Evaluation des actions mises en place	Décembre 2020
4. Reconduction des actions mises en place et éventuellement adaptation de ces actions aux vues des évaluations	A définir

Moyens nécessaires identifiés :

- Professionnels formateurs spécialisés sur ces questions
- Temps dédié pour les stagiaires
- Budgets spécifiques pour les formations

Partenaires pressentis : CAF du VAR, ACM, crèches, écoles maternelles et primaires, éventuellement CNFPT.

Axe I – Fiche I.1.3

Équipe Mobile Mixte d'Intervention Scolaire (EMMIS)

Type(s) de porteur(s) : CH Henri Guérin

Objectif stratégique : Lutter contre les violences scolaires et faire du repérage précoce des troubles psychiques et cognitifs des élèves hautement perturbateurs en constituant une plateforme interdisciplinaire, dans les dimensions psychiatriques, psychologiques, éducatives, sociales et familiales. (EMMIS – Equipe Mobile Mixte d'Intervention Scolaire).

Axe 1 : « Organisation du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles »

Enjeux de l'action / contexte :

Le troisième pilier du plan d'action contre la violence à l'école concerne la prise en charge des élèves hautement perturbateurs, les poly-exclus "qui sont environ 1.500 en France", a estimé le ministre Jean Michel BLANQUER, lors de la conférence de presse du 27 août 2019, présentant le plan d'action contre la violence à l'école.

Le diagnostic du PTSM du Var souligne des disparités de repérage et de prise en charge sur le département. Il relève aussi une offre en pédopsychiatrie très insuffisante qui retarde les prises en charge et l'entrée dans le soin.

Enfin, les professionnels du champ socio-éducatif sont très souvent en difficulté pour orienter les jeunes présentant des comportements inappropriés.

Actuellement, l'équipe mobile enfants et adolescents du CH H. Guérin suit actuellement 58 situations dans l'intersecteur 83103.

D'après les constats du rapport d'enquête de l'INSERM sur la collaboration entre les CMP les CMPP et les établissements scolaires de 2004, « on peut estimer qu'entre 2% (soit 20 dans un établissement de 1000 élèves) et 5% (20 dans un établissement de 400 élèves) des élèves sont considérés comme ayant des troubles qui motivent la prise en charge par les CMP ». (Source : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-interministerielle-ndgssd6cdhoso2desco2005471-du-18-octobre-2005-relative-a-la-mise-en-oeuvre-dun-dispositif-de-partenariat-entre-equipes-educatives-et-de-sante-mental/>)

Selon la Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale du Var, au 15 janvier 2020, il existe une file active de 30 situations par an dans le 1er degré et dont 12 sont actuellement actives. Les élèves du 2nd degré sont ceux qui se trouvent intégrés dans les dispositifs relais du département (Source : Réunion ARS_DSDEN_ASE_EQUIPES_MOBILES_2020_01_15).

L'EMMIS intervient en réponse à une situation de crise par une réponse de niveau 3, à la demande de l'Inspecteur de l'Education Nationale sous couvert du Directeur



académique et dès lors que la situation perdure et a mis en échec des dispositifs de soutien de niveau 1 et 2 existants : équipe éducative, les membres du RASED, les psychologues scolaires, le service de santé scolaire.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Constituer une équipe pluridisciplinaire • Répondre à une situation de crise, sur sollicitation d'un inspecteur de l'éducation nationale • Proposer une réponse de niveau 3 pour trois mois : <ul style="list-style-type: none"> - Un soutien et accompagnement de l'équipe pédagogique - Un accueil, conseil et orientation des élèves et de leur famille - Une évaluation cognitive permettant de rechercher des troubles éventuels - Des consultations familiales - Une prise en charge avec des thérapies adaptées - Un accompagnement éducatif et social • Assurer un travail d'articulation et d'orientation vers les dispositifs de soins et d'accompagnement existants 	<ul style="list-style-type: none"> • Profils et fonctions des membres de l'équipe EMMIS ; • Date de création de l'équipe EMMIS • Qualité des intervenants et du partenariat (nombre de conventions) • Nombre de fiches de navette scolaire renseignées et envoyées au CMP • Nombre d'enfants accueillis à partir des établissements du périmètre d'intervention établi • Nombre d'enfants suivis qualifiés de : « hautement perturbateurs » et pris en charge • Réduction du délai entre la 1ère rencontre à l'école et la demande de RDV sur le lieu de soins • Taux de satisfaction des équipes pédagogiques et des parents • Taux de satisfaction des partenaires • Nombre et qualité des orientations en fin de prise en charge

Territoire de l'action : VAR

Bénéficiaires : Elèves scolarisés, âgés de 3 à 16 ans, développant un comportement perturbateur en manifestant des attitudes s'écartant de la norme socialement acceptable et qui occasionnent des difficultés d'adaptation à leur entourage et à eux-mêmes, orientés par l'Inspecteur de l'Education Nationale.

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Mise en place de l'équipe	A définir
2. Communication sur le dispositif au sein de l'éducation nationale	A définir
3. Début des prises en charge et des orientations	A définir
4. Evaluation du dispositif	En continu

Moyens nécessaires identifiés :

- Moyens humains : personnel médical et non médical spécialisé – temps de secrétariat et de coordination
- Moyens matériels : budget de personnel, de fonctionnement, de déplacement

Partenaires potentiels : l'Education nationale, les dispositifs de soins et d'accompagnement existants, les structures sanitaires spécialisées, la MDA 83, les services sociaux, ORION, les partenaires médico-sociaux

Axe I – Fiche I.1.4

Repérage et prise en charge psychiatrique des jeunes protégés

Type(s) de porteur(s) : Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse du Var

Objectif stratégique : Garantir la continuité du parcours de soin des jeunes sous protection de l'enfance, suivis dans le cadre pénal, en leur facilitant l'accès à une équipe pluridisciplinaire mobile spécialisée en santé mentale.

Axe 1 : « Organisation du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles »

Enjeux de l'action / contexte :

La Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse du Var prend en charge annuellement environ 1400 jeunes, âgés de 13 à 21 ans, dans le cadre d'alternatives aux poursuites, sur décision du Procureur de la République, il s'agit alors de Primo-délinquants ou dans le cadre de mesures pénales ordonnées par un Juge pour enfants.

La Direction Territoriale est composée de 3 services :

- 1 Centre Educatif Fermé, situé sur la commune de Brignoles (capacité 10 places),
- 1 Etablissement de Placement Educatif et d'Insertion divisé en 3 unités : Unité Educative d'Hébergement Collectif (capacité 12 places), Unité Educative d'Hébergement Diversifié Renforcé (capacité 5 places en résidence éducative et 15 places en hébergement diversifié) et Unité Educative d'Activité de Jour (capacité 25 jeunes)
- 1 Service Territorial Educatif de Milieu Ouvert, découpé en 4 unités : Unité Educative de Milieu Ouvert de Toulon Centre/Unité Educative de Milieu Ouvert de Toulon Ouest/Unité Educative de Draguignan /Unité Educative de Fréjus qui absorbent à elles quatre, le suivi approximatif de 1300 jeunes.
- Une moyenne de 100 jeunes étant accueillis sur les établissements de placement.

Le constat actuellement dressé par les professionnels de la PJJ du Var est le suivant :

- Accroissement des situations « complexes » c'est-à-dire, relevant à la fois du champ de l'aide sociale à l'enfance et/ou de la PJJ, du handicap et de la santé mentale,



ACTION EN COURS D'ELABORATION

AXE 1

- Délais d'attente élevés pour accéder à une consultation en CMP, une évaluation et une prise en charge pédopsychiatrique ou un accompagnement adapté dans le champ du médico-social et de la santé mentale,
- Un accès extrêmement limité voire inexistant des jeunes suivis par la PJJ, aux structures médico-sociales et/ou de soin en pédo psychiatrie.
- Des jeunes accueillis en unités éducatives d'hébergement collectif, diversifié ou fermé de la PJJ, alors qu'une notification MDPH préconise un accueil en IME ou ITEP, ou que des expertises psychiatriques formulent une prise en charge en unité de soin. Il s'agit alors d'orientation par défaut, qui est parfois délétère pour le développement et l'évolution psychique de l'adolescent en souffrance psychique,
- Le manque évident sur le territoire, de structures alliant éducatif, pédagogique et médical, donnant lieu à des orientations et prises en charge réduites à un seul champ.

Encore trop de jeunes qui relèvent d'une prise en charge globale, bénéficient d'orientations vers des structures uniquement éducatives, ciblées Protection de l'Enfance ou Protection Judiciaire de la Jeunesse, faute de places suffisantes en ESMS, type Internat Socio-Educatif Médicalisé pour Adolescents.

Aussi, la DT PJJ du Var souhaite renforcer l'accompagnement offert aux mineurs qu'elle prend en charge en incluant l'intervention d'une équipe mobile adolescent spécialisée en santé mentale. Cette équipe pluridisciplinaire en lien direct avec un médecin pédopsychiatre permettrait de consolider l'accompagnement en répondant à des besoins spécifiques axés sur le champ de la santé mentale, bénéficier d'un réseau partenarial ciblé et obtenir du crédit auprès des structures de soin en cas de sollicitations.

La stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022, prévoit de mieux sécuriser le parcours des enfants protégés afin de prévenir les ruptures notamment par la création de dispositifs d'intervention adaptés aux problématiques croisées de la protection de l'enfance (ASE/PJJ) et du handicap.

Il est d'ailleurs précisé en page 17, d'inscrire cette problématique dans les priorités d'action des PTSM et la PJJ apparaît comme un des acteurs concernés.

Aussi, il nous paraît opportun de formuler une demande officielle de création ou rattachement d'une équipe mobile psychiatrique au bénéfice du public PJJ.

Public dit « vulnérable », victime de représentations mais dont les profils les plus lourds cumulent plusieurs « handicaps sociaux » = inscription dans de longs parcours institutionnels, maillés de ruptures, évolution au sein d'un environnement familial et social préjudiciables, vécu de psycho traumatismes précoces, parcours scolaire discontinus voire chaotiques avec une prise en charge médicale minimaliste.

Les attendus des professionnels PJJ envers l'équipe mobile :

- Interventions à des fins d'expertise psychiatrique, pour réaliser un repérage « précoce » des troubles psychiques et cognitifs, poser un diagnostic et faire en sorte de proposer/apporter une/des réponse(s) co-construite(s) et concertée(s), adaptée(s) au profil et à la problématique de l'adolescent,
- Intervention sur sollicitation des équipes PJJ pour analyser de manière croisée la situation et explorer les différentes pistes possibles à la fois de prise en charge et/ou d'orientation,
- Interventions en cas de crise sur des structures d'hébergement ou à domicile,
- Soutien aux adolescents bénéficiant d'une notification MDPH non mise en œuvre.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Conduire des entretiens d'expertise psychologique ou psychiatrique, pouvant donner lieu, sur demande du Juge pour Enfants, à un compte rendu écrit ; • Evaluer la nécessité d'une prise d'un traitement et le prescrire le cas échéant ; • Co-élaborer des pistes de travail avec les professionnels de la PJJ pour répondre au plus près des besoins de l'adolescent ; • Participer à des temps de réunion, de synthèse ou de concertation pour apporter un regard complémentaire sur la situation ; • Intervenir rapidement en cas de crise ou être en capacité de donner des conseils/directives à distance pour mieux gérer une situation de crise (soutien médical). 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'entretiens menés et nombre de CR rédigés • Ratio du nombre de jeunes reçus et pour lesquels un traitement a été prescrit • Ratio du nombre de jeunes suivis et pour lesquels l'équipe mobile a été saisie pour une aide à l'orientation • Nombre d'instances tenues réclamant l'expertise de l'équipe mobile • Nombre d'appels nécessitant l'intervention urgente ou le soutien téléphonique de l'équipe mobile envers une structure PJJ

Territoire de l'action : L'ensemble des unités de la PJJ, milieux ouverts et établissements de placement situés sur le territoire du Var.

Bénéficiaires : Public PJJ à savoir mineurs et jeunes majeurs suivis dans le cadre pénal présentant des souffrances psychiques se manifestant par différents types de passages à l'acte tels que des crises clastiques, auto/hétéro agressions, conduites ordaliques.

Etapes de mise en œuvre

1. Rencontres et conventionnement avec structures et équipes mobiles spécialisées
2. Début selon conventions finalisées

Moyens nécessaires identifiés : Le personnel médical et non médical spécialisé sur la thématique de l'Adolescence

Partenaires potentiels : CH Henri Guérin ou CHITS

Axe I – Fiche I.3.I

Activités physiques adaptées au CHITS

Type(s) de porteur(s) : CHITS

Objectif stratégique : Mettre en place et développer les activités physiques adaptées (APA) pour les patients du pôle psychiatrie du CHITS.

Axe 3 : « L'accès aux soins somatiques adapté aux personnes présentant des troubles psychiques »

Enjeux de l'action / contexte :

L'activité physique est une donnée importante pour le mieux-être et la prise en compte de la santé somatique.

De nombreuses études et données probantes ont été publiées à cet égard :

Michel AUDIFFREN, Nathalie ANDRE, Cédric ALBINET : « Effets positifs de l'exercices physiques chronique sur les fonctions cognitives des seniors : bilans et perspectives » Revue de neuropsychologie 2011/4 (Volume 3) • Charles-Yannick GUEZENNEC « effets de l'exercice physique et de l'entraînement sur la neurochimie cérébrale : effet sur la performance et la Santé mentale » La chimie et le sport, EDP Sciences, 2011, • Mélanie Renaud, Louis Behrer « l'impact de la condition physique sur le vieillissement cognitif » Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal et Département de psychologie, Université du Québec, Montréal. Psychol NeuroPsychiatr Vieil 2005 • Syndrome métabolique et antipsychotique Atypiques : recommandation et prise en charge Alessandra Solida, Eva Choong, Catherine Leclair, Chin b.Eap, Philippe Conus) L'information psychiatrique 2011/9 (Volume 87) • Effet des troubles métaboliques sur la qualité de vie des personnes atteintes de problèmes de santé mentale (Annick Simard) diététiste, Institut universitaire en santé mentale de Québec. le partenaire, vol. 19, n°4, hiver 2011 • Paquito Bernard « bénéfiques de l'activités physiques adaptées dans la prise en charge de la schizophrénie » l'encéphale Laboratoire Epsilon EA 4556, dynamique des capacités humaines et des conduites de santé, université Montpellier-1, 4, boulevard Henri-IV, 34000 Montpellier, France 3 mai 2011 • « l'amélioration de la santé cardiovasculaire par l'exercice physique, chez les individus atteints de schizophrénie, passe aussi par la psychologie de la santé » Lavoisier SAS 2014 • « et si on prenait l'activité physique au sérieux en psychiatrie » L'Encéphale Volume 41, n° 2 pages 195-196 (avril 2015) • « élargir les soins somatiques en psychiatrie à la prévention » L'Encéphale Vol 43, Issue 3, May 2017, Pages 298-299 • « consultation et intervention pour l'exercice » 2012 : la réduction du tabagisme chez les patients atteints de schizophrénie : une étude de faisabilité Mathieu HAJBI, Siham TAHRISIHAM THARI ARS PACA- Annexe au dossier COSA de demande de subvention 12 • « Comorbidité-schizophrénie-tabagisme : caractéristique épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques » • OMS : o http://www.who.int/mental_health/publications/fr/, o



ACTION FINALISEE

AXE 1

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/> o
<http://www.santementale.fr/actualites/oms-plan-d-action-pour-la-sante-mentale-2013> • Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, ministère de l'emploi, du travail et de la santé : o
http://solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf o
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf o
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has • Projet régional de santé PACA , Plan « sport santé bien-être » o
<http://www.santementale.fr> OMS plan d'action Santé mentale 2013-2020 o
 INSERM activité physique contextes et effets sur la santé (chapitre IV santé mentale 2008) o
 INSERM « Activité physique Contextes et effets sur la santé 2008» • American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p. • Strakowski SM, Nelson E. Major depressive disorder. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2015. 104 p. (Oxford American psychiatry library). • Collins PY, Insel TR, Chockalingam A, Daar A, Maddox YT. Grand challenges in global mental health: integration in research, policy, and practice. PLoS Med. 2013;10(4):e1001434. • Kessler RC, Birnbaum H, Bromet E, Hwang I, Sampson N, Shahly V. Age differences in major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Psychol Med. févr 2010;40(2):225-37. • Kessler RC, Akiskal HS, Ames M, Birnbaum H, Greenberg P, Hirschfeld RMA, et al. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. Am J Psychiatry. sept 2006;163(9):1561 • National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition) [Internet]. Leicester (UK): British Psychological Society; 2010 [cité 27 janv 2019]. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63748/> • Kvam S, Kleppe CL, Nordhus IH, Hovland A. Exercise as a treatment for depression: A metaanalysis. J Affect Disord. 15 2016;202:67-86. • Van Randenborgh A, Hüffmeier J, Victor D, Klocke K, Borlinghaus J, Pawelzik M. Contrasting chronic with episodic depression: an analysis of distorted socio-emotional information processing in chronic depression. J Affect Disord. 10 déc 2012;141(2-3):177-84. • De Raedt R, Vanderhasselt M-A, Baeken C. Neurostimulation as an intervention for treatment ARS PACA- Annexe au dossier COSA de demande de subvention 13 resistant depression: From research on mechanisms towards targeted neurocognitive strategies. Clin Psychol Rev. nov 2015;41:61-9.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Etablir des partenariats avec des professionnels avec des structures d'APA • Mettre en œuvre des programmes d'activités physiques adaptées (dont les 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et type de partenariats formalisés (conventions) • Mise en œuvre effective des activités et inscription des patients (file active)

<p>bilans de santé) pour les patients souffrant de troubles psychiques permettant de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mieux prendre en compte la santé somatique de ces patients ; ○ Mieux prendre en compte leur bien-être physique, psychique et social, c'est-à-dire améliorer leur santé au sens de la définition de l'OMS ; ○ Améliorer leur estime d'eux-mêmes et favoriser les échanges. 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la santé physique des patients (tests cardio et locomoteurs avant/après tout au long des activités) • Taux de satisfaction des patients • Nombre d'inscriptions dans d'autres structures (clubs sportifs, GEM, ...)
--	---

Territoire de l'action : CHITS

Bénéficiaires : Les patients pris en charge dans les secteurs de psychiatrie adulte ou infanto-juvénile, hospitalisés ou suivis en externe au sein du CHITS

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Mise en place de programme d'activités physiques adaptées	2020
2. Evaluation du programme et adaptation pour les sessions suivantes	Chaque année

Moyens nécessaires identifiés :

- Médecin du sport
- Enseignant en activité physique adapté
- Mise à disposition salle de sport et salle d'activités du CHITS
- Partenariat avec des clubs sportifs
- Faciliter l'immersion des éducateurs sportifs d'une journée au sein des services de psychiatrie (comme prévu avec le CHITS sur La Seyne-sur-Mer avec le service municipal des Sports)

Partenaires pressentis : collectivités territoriales, service des sports de la ville de Toulon et de la Seyne-sur-Mer, TPM, rugby club toulonnais, CDOS, les 3 maisons sport santé

Axe I – Fiche I.3.2

Promotion des campagnes de dépistage

Type(s) de porteur(s) : CODES 83

Objectif stratégique : Développer les campagnes de dépistage des cancers en ESMS et en milieu carcéral.

Axe 3 : « L'accès aux soins somatiques adapté aux personnes présentant des troubles psychiques »

Enjeux de l'action / contexte

De nombreuses études cliniques et épidémiologiques ont porté sur l'association entre maladies somatiques et psychiques (comorbidité). Elles ont montré que la première cause de mortalité des personnes vivant avec des troubles psychiques est naturelle, loin devant les suicides, les accidents et les homicides. Ainsi, par rapport à la population générale, l'espérance de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques est écourtée de 10 à 20 ans et leur taux de mortalité est trois à cinq fois supérieur (OMS, 2015)

Les maladies cardiovasculaires et celles liées au tabac représentent les principales causes de décès des personnes atteintes de troubles psychiques, comme la schizophrénie ou la bipolarité. Ces troubles multiplient par 2 ou 3 le risque de mourir d'une maladie cardiovasculaire.

Les difficultés d'accès aux soins somatiques des personnes vivant avec des troubles psychiques, s'expliquent par de nombreux facteurs, liés aux troubles psychiques, aux soignants et à l'organisation du système de soins :

- Des troubles psychiques qui cachent les troubles somatiques
- Des préjugés persistants chez les soignants
- La stigmatisation des patients
- Un manque de formation des médecins
- Un manque d'information des proches
- Une coordination parfois difficile entre soins somatiques et psychiatriques
- Une prévention insuffisante. Les actes de prévention et de dépistage sont en général moins développés pour les personnes vivant avec des troubles psychiques (examen somatique, bilan sanguin, accès à la contraception, vaccinations, dépistage du VIH et du VHC, prévention des addictions, hygiène bucco-dentaire, etc.). Et ce, que ce soit en service de psychiatrie ou en médecine de ville. Certains troubles du comportement sont insuffisamment pris en compte (alimentation, sexualité, addictions, hygiène de vie). (Psycom)



ACTION FINALISEE

AXE 1

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Informer les ESMS, SAMSAH, programmes de réhabilitation psychosociale du département des campagnes de dépistage et des semaines thématiques de prévention • Proposer des actions spécifiques durant ces évènements • Adapter les outils de communication en FALC (facile à lire ou à comprendre) ou avec des pictos • Mettre en place des actions de dépistage dans les ESMS, pour le public suivi en SAMSAH et dans les programmes de réhabilitation psychosociales • Sensibiliser et former les personnels volontaires sur ces thématiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'établissements contactés • Nombre de personnes touchées • Nombre de dépistages réalisés • Nombre d'actions par des établissements ou des personnes concernées lors des semaines thématiques (Octobre rose – Moi(s) sans tabac...) • Qualité des outils de communication proposés • Nombre de sensibilisations et de formations proposées aux personnels • Nombre de personnes sensibilisées et formées

Territoire de l'action : VAR

Bénéficiaires : Personnes en ESMS, suivies par des SAMSAH, dans des programmes de réhabilitation psychosociale ou en milieu carcéral

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Contact avec les ESMS	01/2020
2. Contact avec les SAMSAH et les programmes de réhabilitation	A partir de 07/2020
3. Travailler des outils de communication adaptée	1 ^{er} sem 2021
4. Actions de prévention autour des campagnes de dépistage	Selon calendrier national
5. Actions autour des semaines thématiques de prévention	Selon calendrier national

6. Sensibilisation et formation des personnels	A définir
7. Evaluation des actions	Annuelle

Moyens nécessaires identifiés : Déplacement sur les établissements – outils de communication des différentes campagnes – kits de dépistage – pictogrammes

Partenaires pressentis : ESMS – SAMSAH – programmes de réhabilitation psychosociale CRCDC Antenne du Var

Axe I – Fiche I.4.1

Prévention du suicide et de la récurrence

Type(s) de porteur(s) : CODES 83 – À Définir par l'ARS PACA

Objectif stratégique : Prévenir le suicide et la récurrence en déployant le programme national sur le département- formations et sentinelles – Vigilant's

Axe 4 : « Organisation des conditions de prévention et de prise en charge des situations de crise et d'urgence »



ACTION FINALISEE

AXE 1

Enjeux de l'action / contexte :

En France, le taux de décès par suicide est de 13,7 pour 100 000 habitants, un des taux les plus élevés en Europe, la moyenne européenne se situant à 11,3 pour 100 000 habitants. Un suicide endeuille en moyenne 7 proches et impacte plus de 20 personnes. De plus, il est démontré que le risque de suicide augmente significativement dans l'entourage d'une personne suicidée (famille, camarades de classe, collègues de travail, etc.). ARS 2020

Le suicide est en grande partie évitable, ce qui en fait un enjeu majeur de santé publique. La prévention du suicide est donc une priorité qui doit être développée en intersectoriel et dans tous les lieux de vie. (Circulaire prévention suicide, sept 2019).

La crise sanitaire qui sévit depuis mars 2020 risque d'accentuer la souffrance psychique et le mal être des personnes vulnérables, nécessitant une vigilance particulière.

« Vigilant'S » est un service de veille et de re-contact des personnes ayant fait une tentative de suicide. En effet, l'épidémiologie montre qu'une première tentative de suicide augmente significativement les risques de récurrence, et que 75 % de ces récurrences ont lieu dans les 6 mois suivants. Le projet Vigilant's met en place une stratégie de maintien d'un contact avec ces personnes à risque de récurrence, à partir des services d'urgences hospitalières, est reconnue comme efficace par la littérature internationale. Le dispositif de recontact semble être d'autant plus efficace qu'il est actif, régulier, inscrit dans la durée et personnalisé. Ce projet initié en 2015 dans les Hauts de France s'est déployé en Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Martinique, Normandie et Occitanie.

Dans le Var, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est supérieur à la moyenne régionale. L'ARS PACA met en œuvre un dispositif Vigilant's sur les bouches du Rhône qui devrait être développé sur l'ensemble de la région.

Ce dispositif est un des 4 axes d'intervention prévue sur la prévention du suicide en PACA. Les quatre axes suivants sont :

- Le nouveau dispositif de formation avec les niveaux : sentinelles, évaluation et intervention.
- Une action visant à prévenir la contagion suicidaire
- Une action d'information du grand public
- Le repérage des hotspots suicidaires par département

Le dispositif de formation est mis en place sur la région PACA en lien avec le CRES et les CODES de la région.

Le nouveau système, inspiré du modèle québécois, prévoit trois modules de formation distincts adaptés à trois types de publics :

1. Le premier s'adresse aux citoyens ayant un souci spontané de l'autre et appelés à devenir des « sentinelles » pouvant repérer les signes et comportements évocateurs d'une crise suicidaire.
2. Les deuxièmes sont les professionnels de santé en mesure d'évaluer le niveau de crise comme par exemple une infirmière scolaire.
3. Enfin, les professionnels travaillant habituellement dans l'accueil des personnes en crise seront formés à l'intervention. Avec ce programme, chaque intervenant aura sa place dans le processus de prévention.

Ce nouveau modèle de formation suppose une mise en réseau des structures, professionnels et associations qui interviennent dans le champ de la prévention du suicide.

Pour prévenir la contagion médiatique, des actions de sensibilisation seront également menées dans les écoles de journalisme, au niveau national et régional.

Une cartographie des lieux « hot spots » suicidaires sera identifiée avec les préfetures et fournie à de nombreux acteurs du territoire (police, gendarmerie, service de transports) pour des actions de prévention et de vigilance.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Former des formateurs pour les trois niveaux de formation prévus dans le dispositif ; • Mettre en place chaque année des formations sur les trois niveaux prévus dans le dispositif ; • Mettre en place chaque année des rencontres d'analyse des pratiques pour les personnes formées ; • Créer un lien de réseau / partenariat avec les professionnels sentinelles ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de formateurs • Nombre de formations mises en place • Nombre de personnes formées sur les 3 niveaux • Nombre de personnes formées inscrites dans le réseau sentinelles • Nombre de personnes formées présentes sur les rencontres annuelles • Nombre de carte de visite avec le numéro d'aide distribuées

<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place le dispositif Vigilant's pour le département du Var ; • Communiquer autour du programme Vigilant's aux professionnels de santé du département ; • Organiser une cellule pour la gestion des appels des primo-suicidants ; • Proposer un système de recontacte et d'alerte basé sur des procédures innovantes et répliquables de prévention de la récurrence suicidaire ; • Coordonner l'action des différents partenaires de santé autour du patient (médecin généraliste, psychiatre, psychologue, autres soignants, entourage) ; • Mettre en place une commission ARS/préfecture sur les Hot spots suicidaires du département ; • Communiquer sur cette étude avec les professionnels concernés ; • Mettre en place des actions concertées sur ces lieux ; • Réaliser une évaluation qualitative et quantitative de l'action • Mise en place de la cellule sur les hotspots suicidaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de rappel téléphonique en prévention de récurrences suicidaires • Retour de la satisfaction des personnes contactées • Mise en place effective de la cellule et qualité du travail de repérage et de prévention sur les hotspots suicidaires • Qualité et efficacité des outils d'évaluation mis en place • Nombre de tentatives de suicide, de récurrences et de suicides avérés sur le département • Efficacité du document produit sur les hotspots
---	--

Territoire de l'action : Var

Bénéficiaires : Les personnes en souffrance psychique à risque suicidaire, les professionnels travaillant au contact du public

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Formation des formateurs	2019
2. Mise en place des premières formations sur les 3 niveaux	2020
3. Mise en place du réseau sentinelles	2020
4. Mise en place du dispositif Vigilant's sur le département	Selon calendrier régional
5. Mise en place du dispositif de repérage des hot-spots sur le département	Selon calendrier régional
6. Evaluation du dispositif	En continu à partir de 2020

Moyens nécessaires identifiés :

- Moyens matériels
 - Ordinateur / téléphones / imprimantes
 - Tableaux de bord
 - Cartes de recontact
 - Déplacements pour les formations
- Moyens Humains
 - Formateurs sur les 3 niveaux prévus du dispositif
 - Psychiatre
 - Infirmier.e
 - Psychologue clinicien
 - Secrétaire ou gestionnaire administratif
 - Coordination régionale
 - Coordination départementale sur les 4 axes

Partenaires potentiels : Tous les établissements sanitaires et médico-sociaux, les établissements scolaires, les associations

Axe I – Fiche I.4.2

Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM)

Type(s) de porteur(s) : FORMATEURS PSSM du département

Objectif stratégique : Développer les compétences des professionnels, usagers et citoyens du Var en développant l'offre de formation PSSM et lutter contre la stigmatisation.

Axe 6 : « Organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale »

Enjeux de l'action / contexte :

Le programme de Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM) a été conçu en 2000 en Australie par une éducatrice usagère en santé mentale et un chercheur en santé mentale. Ce programme vise à intégrer les troubles psychiques dans le principe de formation aux premiers secours, notamment dans les cas de crise ou d'aggravation de symptômes.

PSSM France a été fondé par trois porteurs : INFIPP, santé mentale France et l'UNAFAM. PSSM France a mis en place ce dispositif sur le même modèle que le MHFA (Mental Health First Aid Australia) en adaptant le contenu à la spécificité française.

Cette formation s'adresse à tous, comme la formation aux premiers secours. Elle peut concerner des professionnels, des usagers de la santé mentale, des citoyens intéressés.

Elle a un intérêt majeur dans la lutte contre la stigmatisation des usagers en santé mentale et peut aussi permettre à des professionnels d'acquérir des bases sur la santé mentale et la gestion de la crise psychique.

Cette formation est soutenue par l'ARS PACA qui a déjà proposé plusieurs formations sur la région. L'objectif est maintenant d'avoir des formateurs locaux, dont des usagers de la santé mentale afin de poursuivre le développement de ces formations auprès des professionnels non médicaux et du grand public. Elle permet d'acquérir les premiers repères en matière de gestion de la crise ou d'aggravation de symptômes, mais aussi de lutter contre la stigmatisation concernant les troubles psychiques et ainsi de mieux comprendre et maîtriser les peurs et les idées reçues auprès du grand public.



ACTION FINALISEE

AXE 1

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Former des usagers en santé mentale afin de leur permettre une meilleure gestion de leur trouble et de favoriser l'empowerment ; • Former des professionnels médico-socio-éducatifs, de secours, de police et des bénévoles afin de leur permettre une meilleure connaissance des troubles psychiques et de la gestion de crise. Leur permettre d'acquérir les comportements adaptés aux différentes situations de crise en attendant une éventuelle prise en charge médicale ; • Former les citoyens intéressés par la santé mentale pour leur permettre d'apporter un soutien à une personne développant un trouble psychique ou présentant des signes d'aggravation de son trouble ou un état de crise. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et qualité des formateurs varois • Nombre d'usagers, de professionnels et de citoyens formés dans le Var • Taux de satisfaction des stagiaires formés dans le Var (questionnaire écrit et évaluation par PSSM France) • Evaluation de la prise en charge des personnes en crise psychique (questionnaires sur les compétences acquises) • Evaluation de la déstigmatisation (questionnaire sur idées reçues pour les stagiaires en début et fin de formation)

Territoire de l'action : Var

Bénéficiaires : Tout public

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Proposition d'une première formation PSSM sur le département du VAR	01/2020
2. Formation de formateurs PSSM pour les formateurs pressentis	A définir
3. Définition du public prioritaire sur le département	A définir
4. Communication sur les formations auprès des professionnels et du public	A définir
5. Proposition des premières formations PSSM Var	A définir
6. Développement des formations PSSM A minima 5 formations/an sur le Var -	A définir

Moyens nécessaires identifiés :

- Formateurs PSSM – dont formateurs pairs
- Rencontres entre les formateurs et les structures concernées afin de mettre en place une stratégie de développement de ces formations
- Lieux adaptés pour la formation
- Outils de communication : internet – téléphone
- Outils informatiques pour la formation (ordinateur – vidéo projecteur – livrets PSSM)
- Informations adaptées pour la communication auprès des professionnels et du grand public sur l’offre de formation.
- Ces formations peuvent être payées directement par les stagiaires, mais il est à prévoir des budgets pour la formation des usagers et du public prioritaire notamment

Partenaires potentiels : UNAFAM, CODES 83, PJJ, GEM, ISATIS

Axe I – Fiche I.4.3

Accueil temporaire des 16/20 ans

Type(s) de porteur(s) : A définir

Objectif stratégique : Mieux repérer et accompagner les jeunes vulnérables pour éviter les crises

Axe 4 : « Organisation des conditions de prévention et de prise en charge des situations de crise et d'urgence »

Enjeux de l'action / contexte :

Le système de santé en France segmente l'accueil entre les services jeunes et adultes. Dans la plupart des cas, les services infanto-juvéniles reçoivent les enfants jusqu'à 16 ans. Ils sont ensuite pris en charge par les services adultes. Les maisons des adolescents permettent cependant un accueil des jeunes de 12 à 25 ans, permettant ainsi une passerelle et un lieu d'accueil et de soins adapté.

Concernant l'hébergement, les MECS reçoivent les jeunes jusqu'à 18 ans. Ils peuvent parfois faire ensuite l'objet de mesure d'accompagnement spécifique, communément appelée mesure jeune majeur.

Les enfants placés mais aussi les enfants en difficulté familiale, les enfants avec des troubles psychiques divers se retrouvent souvent en grande difficulté au moment de l'adolescence qui correspond à un moment où leur prise en charge devient elle aussi flottante : dépendent-ils du CMP enfant ? adulte ? comment leur permettre de souffler et de se mettre à l'abri en dehors d'une hospitalisation et donc au prix d'un passage à l'acte ?

Les rencontres dans le cadre du PTSM 83 ont permis de mettre à jour le manque d'une structure d'accueil de répit pour ces enfants en difficulté soit à leur domicile soit en MECS dans des moments de crise qui ne sont pas toujours des crises psychiatriques.

La MECS Déferlante sur le Var propose des séjours sur un an. La maison de répit Belle Etoile à Pierrefeu du Var offre également des séjours de répit pour des enfants autistes entre 6 et 20 ans.

Il manque cependant de lieux de répit et d'orientation pour des jeunes en rupture, fugueurs, en grande souffrance psychique et présentant des troubles du comportement variés.

A Marseille, l'Association SERENA propose ce type d'accueil qui pourrait être mis en place sur le département.

Ainsi, une collaboration entre le sanitaire et le social, une équipe pluridisciplinaire qui pourrait prendre en charge des adolescents entre 16 et 20 ans sur des séjours



de répit entre 3 et 6 mois permettrait un apaisement, un dépistage de troubles qui apparaissent souvent à cette période et une réinscription dans une trajectoire plus positive et plus apaisée.

Cette équipe pourrait être composée de soignants (psychiatre, psychologue, infirmier), mais également d'éducateurs et d'animateurs, autour d'un projet visant une meilleure prise en charge et l'inscription ensuite vers des services appropriés (logement – soins – formation – emploi...).

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Construire le partenariat avec les acteurs du territoire (MECS – PJJ – ASE – MDA...) ; • Accueillir des jeunes en rupture ou en crise psychique, psychiatrique ou sociale ; • Proposer un lieu de répit et de redynamisation ; • Permettre à des jeunes de trouver ou de retrouver des ressources et des compétences personnelles ; • Les inscrire dans un tissu social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Définition effective du porteur, du lieu, nombre de places, date ouverture • Formalisation de partenariats (conventions) • Nombre de jeunes accueillis • Taux de satisfaction des jeunes (questionnaire) • Taux de satisfaction des professionnels (questionnaires) • Evaluation des situations à l'entrée et à la sortie des jeunes • Suivi après la sortie afin d'évaluer l'impact du séjour

Territoire de l'action : VAR

Bénéficiaires : Les jeunes de 16 à 20 ans en MECS ou orientés par des services ASE, AEMO, pédopsychiatrie, MDA, PJJ

Etapes de mise en œuvre
1. Organiser des rencontres pluridisciplinaires sur le département afin de définir collégialement une organisation médico-sociale et un projet d'établissement autour du porteur de projet
2. Définir, trouver et organiser le lieu de vie
3. Formaliser un partenariat (ASE – AEMO – MDA – MECS - PJJ ...)
4. Recruter du personnel spécialisé
5. Accueil des premiers jeunes pour 3 mois
6. Mettre en place des formations spécifiques pour le personnel (PSSM – addictions – travail en réseau – les troubles psychiques)

Moyens nécessaires identifiés :

- Un lieu de vie adapté
- Implication de plusieurs partenaires
- Recrutement d'une équipe pluridisciplinaire renforcée
- Travail de réseau dynamique

Partenaires pressentis : ASE, AEMO, pédopsychiatrie, MDA, MECS

Axe I – Fiche I.4.4

Equipe mobile jeunes en situation complexe

Type(s) de porteur(s) : A définir - ESMS

Objectif stratégique : Mieux repérer et accompagner les jeunes vulnérables pour éviter les crises

Axe 4 : « Organisation des conditions de prévention et de prise en charge des situations de crise et d'urgence »

Enjeux de l'action / contexte :

Selon le rapport de 2015 du Défenseur des droits, **près d'un quart des enfants** en situation de handicap font l'objet d'une mesure de suivi de l'aide sociale à l'enfance. Par ailleurs ce constat met en relief une proportion importante de jeunes en situation de grande vulnérabilité et aux « difficultés multiples » nécessitant une attention particulière.

Ce contexte de situations singulières et complexes a favorisé le déploiement de la démarche accompagnée pour tous initiée en 2014 suite au rapport Piveteau « zéro sans solution » avec un axe fondateur autour de la synergie de coopérations visant à une meilleure réponse territorialisée.

Il est à noter que la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020- 2022 prévoit de mieux sécuriser le parcours des enfants protégés afin de prévenir les ruptures notamment par la création de dispositifs d'intervention adaptés aux problématiques croisées de la protection de l'enfance et du handicap. Sur le département du var, les constats établis par les partenaires institutionnels, les professionnels de la protection de l'enfance, du secteur médico-social et sanitaire ont mis en exergue des situations d'enfants et d'adolescents confrontés à d'importants troubles du comportement pouvant compromettre les conditions de leur prise en charge.

Ces situations à risque de rupture dans le parcours des enfants sont repérées notamment :

- Lorsque les troubles du comportement de l'enfant et les passages à l'acte augmentent en fréquence et que des difficultés surgissent pour les contenir
- Lors de la survenue de « crises majeures » sur les lieux d'accueil pouvant mettre en échec la qualité de la prise en charge
- Par le manque de coordination de l'accompagnement global pouvant représenter un risque de morcellement du parcours des enfants
- Par l'insuffisance des connaissances des spécificités du handicap et des modalités d'intervention spécifiques dans les pratiques professionnelles. Ainsi, une collaboration entre le sanitaire et le social, une équipe pluridisciplinaire qui pourrait prendre en charge des adolescents entre 16 et 20 ans sur des séjours de répit entre 3 et 6 mois permettrait un apaisement, un dépistage de troubles qui apparaissent souvent à cette période et une réinscription dans une trajectoire plus positive et plus apaisée.



Objectifs opérationnels	Indicateurs
<p>Création d'une équipe mobile pour intervenir dans les 72 h pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluer les situations à risques de ruptures ; • Mettre en place des actions d'intervention immédiates ; • Proposer son appui à l'élaboration d'un plan d'aide ; • Apporter son expertise dans l'analyse des situations complexes ; • Organiser des temps de guidance et de formation auprès des différents intervenants et sur les différents lieux de prise en charge de l'enfant ; • Accompagner la prise en charge de l'enfant ou du jeune (si nécessaire dans l'attente de la mise en œuvre d'une coordination avec les dispositifs existants en préservant la place des référents en charge de la continuité de l'accompagnement). 	<ul style="list-style-type: none"> • Délais effectifs d'intervention • Nombre de situations évaluées • Nombre de plan d'aide élaborés • Nombre de rencontres et de formations avec les professionnels • Nombre de jeunes accompagnés • Nombre et qualité des interventions proposées • Nombre d'orientations des jeunes

Territoire de l'action : Var

Bénéficiaires : Mineurs de 6 à 17 ans repérés ou suivis dans la cadre de mesures de prévention et de protection de l'enfance et bénéficiant d'une notification de la MDPH du Var ou ayant une reconnaissance en cours (enfants en attente d'une orientation ou autre dispositif de suivi).

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Réponse à l'appel à projet	Octobre 2020
2. Mise en place de l'équipe mobile	Après accord financeurs
3. Communication avec les partenaires	
4. Mise en place d'un comité de pilotage	
5. Premières prises en charge	

Moyens nécessaires identifiés :

- Recrutement d'une équipe pluridisciplinaire renforcée : psychiatre – psychologue – IDE – travailleur social
- Travail de réseau dynamique
- Déplacements
- Un lieu de répit adapté

Partenaires potentiels : ASE, PJJ, MECS, ESMS, IME, ITEP

Axe I – Fiche I.4.5

Développement Varois de la Maison Des Adolescents (MDA 83)

Type(s) de porteur(s) : MDA 83

Objectif stratégique : Etendre l'action de la MDA 83 sur l'ensemble du département en développant des actions avec des partenaires locaux

Axe 4 : « Organisation des conditions de prévention et de prise en charge des situations de crise et d'urgence »

Enjeux de l'action / contexte :

En activité depuis janvier 2017, la MDA 83 (Maison des Adolescents du Var), est une structure associative, qui propose un accueil et des prises en charge pluridisciplinaires aux adolescents et jeunes adultes âgés de 11 à 25 ans, ainsi qu'à leur entourage. C'est une structure à vocation départementale.

Le plan territorial de santé mentale du Var a relevé des inégalités territoriales d'accès aux soins et à la prévention sur le département, et notamment concernant les jeunes. Ainsi, sur l'ensemble du département à l'exception de TPM, on relève :

- Manque de structures spécialisées d'accueil, de prévention, d'accompagnement, de soins aux adolescents et jeunes adultes,
- Délais d'attente importants,
- Manque de praticiens libéraux en santé mentale,
- Difficulté de déplacement, notamment pour les jeunes du Nord du département, en raison d'une offre de transports publics peu pratique,
- Des contextes de fragilité socio-économique peuvent majorer les obstacles cités précédemment.

Ces situations sont à l'origine de défauts de prise en charge, ou bien de retards, ou de ruptures des parcours de soin.

Il existe par ailleurs des défauts de continuité des parcours particulièrement à risque lorsque les jeunes atteignent l'âge de 18 ans, et notamment pour les jeunes suivis dans le cadre de l'Aide Sociale à l'Enfance (dont Mineurs Non Accompagnés), ou de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, ou encore par les services de pédiatrie dans le cadre de maladies chroniques se poursuivant à l'âge adulte.

Pourtant, il existe de fait un maillage territorial de professionnels rencontrant les adolescents au quotidien (notamment dans les établissements scolaires, ou dans le cadre de la prévention spécialisée, ou les médecins généralistes), qui pourraient devenir des relais vers les professionnels plus spécialisés de la MDA (médecins, psychologues, addictologue, sophrologue, thérapeute familiale).

La MDA est située dans le centre-ville de Toulon. Elle accueille des publics de 11 à 25 ans mais cette spécificité n'est pas toujours connue des partenaires. Un certain nombre d'actions et de prise en charge supposent la présence physique des personnes (notamment les médiations groupales), mais la pratique pendant le confinement de 2020, et les usages des jeunes montrent que les nouvelles



technologies présentent une grande acceptabilité pour nos publics, et une bonne efficacité : présence sur les réseaux sociaux numériques, consultations par visio conférence ou téléphonie.

Le développement de la mobilité des équipes elles-mêmes, au contact des établissements scolaires ou des familles, semble également dans notre expérience une réponse plus appropriée car mieux ciblée et moins coûteuse que des permanences qui présentent nécessairement des horaires, et un établissement géographique très discontinus.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Informer l'ensemble des professionnels du territoire en contact avec des adolescents (11-18 ans), et des jeunes adultes (18-25 ans) de l'existence de la MDA83, de son champ d'action et de ses ressources ; • Informer l'ensemble des professionnels du territoire en contact avec des adolescents (11-18 ans), et des jeunes adultes (18-25 ans) de l'existence de la MDA83, de son champ d'action et de ses ressources ; • Etablir /renforcer les partenariats avec des équipes spécifiques (MNA, CJC, PJJ, urgences pédiatriques et pédiatrie Ste Musse) ; • Proposer des outils d'information et de prise de contact rapides et efficaces <ul style="list-style-type: none"> ➢ Pour les professionnels ➢ Pour les familles ➢ Pour les jeunes eux-mêmes • Développer la présence de la MDA sur les territoires en soutenant les équipes d'animation et les professionnels socio-éducatifs sur les territoires : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Par le développement d'actions d'information et de formation ➢ Par le développement des interventions en visio-conférence, 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration d'outils numériques adaptés aux différents publics visés, et maintien de ces outils vivants et réactifs (web et community managing) ; • Communication effective auprès des partenaires, en particulier de l'ensemble du réseau Education Nationale et enseignement supérieur et dans le Var avant fin 2021 ; • Communication effective auprès des autres partenaires, en particulier éducatifs, et mise à jour du réseau de partenaires ; • Objectifs de délai de prise en charge initiale (d'ici fin 2021) : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Proposer une réponse adaptée en contact avec un professionnel et/ou le jeune et/ou sa famille dans un délai inférieur à 5 jours (en présentiel ou distanciel) ➢ Délai d'accès à une consultation médicale spécialisée < 1 mois ; • Recensement des situations relevant d'un déplacement hors les murs de la MDA, et leur place dans le parcours de soins des adolescents suivis sur l'année 2021.

<p>➤ Par le développement de la mobilité des professionnels hors les murs (dans les établissements scolaires, sanitaires, foyers éducatifs... accompagnements).</p>	
---	--

Territoire de l'action : Var

Bénéficiaires : Les jeunes de 11 à 25 ans du département

<p style="text-align: center;">Etapas de mise en œuvre</p>
<p>1. Elaboration des outils d'information et de prise de contact</p>
<p>2. Renforcement des liens avec les partenaires existants et création de nouveaux partenariats avec des équipes spécifiques</p>
<p>3. Information des professionnels du territoire en contact avec un public d'adolescents et de jeunes adultes</p>
<p>4. Réflexion et coordination en interne pour la mise en place d'une plateforme de services numériques à destination des jeunes du département et des professionnels</p>
<p>5. Développement d'actions d'information et de formation</p>
<p>6. Développement des entretiens en visio conférence</p>
<p>7. Développement de la mobilité des professionnels hors les murs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 jour par semaine - 2 jours par semaine ou plus

Moyens nécessaires identifiés :

- Matériel – moyens techniques :
 - 1) 1 tablette avec clé 4G
 - 2) 1 véhicule (*étudier la possibilité d'une convention avec le CHITS ou la ville de Toulon pour la mise à disposition d'un véhicule un ou plusieurs jours par semaine. Autrement il faudra comparer les coûts entre une location au coup par coup ou bien une LOA avec l'assurance, l'entretien, le parking souterrain*)

- Moyens humains :
 - 1) Un binôme « tournant » de professionnels (ex : IDE – AS, IDE – Educ spé, IDE – psychologue, AS – pédopsychiatre, etc.) soit 0,4 ETP pour 1 jour / semaine
 - 2) 0,2 ETP de chargée d'accueil / assistante de direction pour la coordination de l'équipe (réponse aux appels, planning, préparation des dossiers, etc.)
 - 3) 0,1 ETP de supervision médicale
 - 4) 0,2 ETP de web & community manager pour la veille et la diffusion d'information sur les RSN
 - 5) 0,2 ETP de chargée d'accueil / direction pour l'information des professionnels du territoire et pour le maintien et le développement des liens avec les partenaires

Les points 1, 2 et 3 seront à doubler si on passe à 2 jours de déplacement par semaine

Partenaires potentiels : Les associations, BIJ, l'Education nationale, les collectivités locales

Axe I – Fiche I.6.I

Good Behavior Game (GBG)

Type(s) de porteur(s) : CODES 83 ou structure de prévention et de soutien à la parentalité

Objectif stratégique : Soutenir le développement des compétences individuelles permettant de protéger dès le plus jeune âge.

Axe 6 : « Organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale »

Enjeux de l'action / contexte :

Good Behavior Game (GBG) est un programme américain sur le développement des compétences psychosociales qui a vu le jour dans les années 70. Durant sa mise en place, plusieurs études longitudinales sont menées et ont conduit à mettre en exergue que les enfants ayant participé au programme montrent moins de conduite à risque à l'âge adulte (suicides, addictions, incarcérations...).

Le Groupe de Recherche de Vulnérabilité Sociale (GRVS), en 2015, a travaillé autour de l'adaptation de ce programme en France en réalisant une étude de faisabilité à la pratique du GBG en France. Les résultats de cette étude (essai-pilote du programme de prévention Good Behaviour Game, Rapport final, décembre 2017) a conduit à la mise en place du programme GBG premièrement dans les Alpes maritimes.

Depuis 2017, le GRVS tend à étendre GBG dans le Var puis sur le territoire national (Nice, Orléans, Normandie, région parisienne).

Fonctionnement :

Le GBG est une stratégie de gestion du comportement en classe. Il consiste à mettre en place des activités en groupe suivant certaines règles (jeux) durant le temps de classe. Ces activités sont pilotées par l'enseignant. Pour pratiquer le GBG, il est nécessaire d'être formé et d'accompagner durant une année scolaire.

Formation et accompagnement des enseignants :

Formation initiale de deux jours (fondement théorique du GBG, enseignements pratiques pour être en mesure de d'implanter le programme en classe).

Formation renforcée d'une journée en milieu d'année (échange de pratiques, retour d'expérience, et remobilisation).

Tous les enseignants engagés dans le projet sont accompagnés par un coach qui vient observer une activité GBG tous les 15 jours. L'objectif est de soutenir les enseignants à l'implantation du GBG dans leur classe. Le rôle du Coach est d'accompagner le professeur dans sa stratégie de travail pour l'aider à exercer une pédagogie explicite, et le suivi du protocole qui garantit les effets attendus du programme.

Formation des intervenants pendant 2 ans :



ACTION FINALISEE

AXE 1

Chaque coach bénéficie d'une formation et d'un suivi pendant 2 ans :

- La première année, le coach participe à la formation initiale des enseignants, animée par des formatrices GBG expertes. Le coach bénéficie ensuite d'une formation de trois jours pour acquérir les gestes professionnels relatifs à l'accompagnement des enseignants et est supervisé tout au long de l'année par une formatrice experte du GBG. Trois visites sur site sont organisées pour observer la qualité des gestes professionnels des coach ainsi qu'une supervision téléphonique tous les 15 jours.
- La deuxième année, les coach GBG sont formés pour l'animation de la formation initiale et renforcée GBG auprès des enseignants. Ils animent eux-mêmes les formations des enseignants sur supervision des formatrices expertes. Les supervisions téléphoniques sont maintenues tous les mois.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Former les autres CODES de la région Paca au GBG ; • Étendre le territoire d'action sur le Var. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'établissements participants • Nombre d'enseignants formés • Nombre d'enfants participants

Territoire de l'action : Ecoles élémentaires du Var

Bénéficiaires : Les élèves en primaire (du CP au CM2), les enseignants

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Démarchage des établissements scolaires	A partir de janvier chaque année
2. Inscription du programme GBG au plan académique de formation de l'Education Nationale	1 ^{er} trim. chaque année
3. Formation des enseignants	En début et milieu d'année scolaire
4. Accompagnement des enseignants	Tout au long d'une année scolaire
5. Autonomie des enseignants	Au terme d'une année

Moyens nécessaires identifiés :

- Matériel GBG dans les classes (affichage GBG, règles, niveau de voix, tableau des infractions, livrets GBG, affichette sur les tables des élèves)
- Les récompenses (jouets)

Partenaires pressentis : L'Education Nationale, le GRVS

Axe I – Fiche I.6.2

Actions en direction des familles et des aidants

Type(s) de porteur(s) : A définir - Associations – Centres de réhabilitation et de rétablissement

Objectif stratégique : Promouvoir et développer des actions en direction des familles et des aidants.

Axe 6 : « Organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale »

Enjeux de l'action / contexte :

Les parents sont souvent les premiers à constater les difficultés ou les troubles de leurs enfants. Il est souvent difficile, dans les premières années de discerner les troubles du comportement, les difficultés cognitives, les troubles du spectre autistique. Les parents sont alors démunis et confrontés à des difficultés pour adapter leur éducation, pour orienter leur enfant, pour l'accompagner au quotidien. La parentalité, l'exercice de cette fonction de parent, est mise à mal quand l'enfant est différent, en situation de handicap ou de vulnérabilité.

La famille et les autres aidants jouent souvent un rôle décisif dans la prise en charge et le rétablissement. Ils devraient être acceptés comme partenaires dans la mesure du possible. (Psycom)

L'aidant est la personne qui vient en aide, à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide peut être prodiguée de manière plus ou moins régulière, sur des périodes plus ou moins longues voire de façon permanente (CNSA 2011). Cette fonction est maintenant reconnue et peut être valorisée financièrement, notamment dans le cas d'enfant handicapé ou de parents vieillissants et malades.

Au-delà de cette reconnaissance, être parent ou proche d'une personne souffrant de trouble psychique ou mental, au-delà de l'autonomie qu'elle peut acquérir ou conserver reste très souvent une difficulté, quel que soit l'âge.

La CAF du Var, dans son schéma départemental de l'autonomie (2020/2024) a mis l'accent sur l'aide aux aidants et aux proches (fiche n° 6), en proposant notamment de développer les actions type « café des aidants ».

Des actions comme le dispositif SOFA de l'Adapei, les groupes de paroles de l'UNAFAM ou LADAPT, le programme PSFP développé par le CODES 83 sont mis en place pour les parents mais peuvent être coordonnés et développés.

Cette fiche propose donc différentes actions en direction des familles et des aidants.



Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une réflexion avec un groupe de travail sur la question des familles et des aidants • Favoriser le développement d'actions type « café des aidants » • Favoriser les actions en direction des familles type PSFP • Favoriser les rencontres entre parents dans des actions collectives • Organiser des temps de communication grand public sur le département autour de la place des familles et des questions de santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité du groupe de travail : nombre de rencontres, nombre de participants, profil des participants • Nombre de « cafés des aidants » sur le territoire et lieux • Nombre d'aidants concernés • Nombre d'actions de soutien à la parentalité proposées aux parents d'enfants en difficulté • Typologie des participants • Nombre de groupes de parents mis en place, nombre de rencontres, nombre de participants • Réalisation effective d'une action annuelle, nombre de participants, nombre et type de partenaires associés

Territoire de l'action : VAR

Bénéficiaires : Familles et proches aidants

Etapes de mise en œuvre
1. Mise en place du groupe de travail
2. Développement des cafés des aidants
3. Développement de programmes type PSFP
4. Développement de groupes de parents d'enfants en situation de handicap psychique, cognitifs ou TSA
5. Mise en place d'une journée sur la santé mentale pour les proches et les aidants
6. Mise en commun et évaluation des actions par le groupe de travail pour anticiper les actions par année

Moyens nécessaires identifiés :

Groupe de travail dédié – coordonnateur PTSM – outils d'évaluation – moyens dédiés (appels à projets fondations ou institutions)

Partenaires pressentis : CAF du Var, Associations, CAMSP, collectivités territoriales du département

Axe I – Fiche I.6.3

Santé mentale des élèves

Type(s) de porteur(s) : A définir – Associations avec un agrément Education Nationale

Objectif stratégique : Améliorer la santé mentale des élèves en déployant des actions de prévention et de promotion de la santé mentale pour les élèves du département type YAM (Youth Aware of Mental Health) ou UNPLUGGED (Fédération Addiction)

Axe 6 : « Organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale »

Enjeux de l'action / contexte :

SEYLE est une étude européenne qui a exploré la santé mentale et physique des lycéens de 11 pays et a évalué l'efficacité de 3 programmes de prévention du suicide. Les résultats ont produit des données scientifiquement validées et culturellement adaptées, qui contribuent à lutter contre le suicide.

Les interventions se sont déroulées dans les **11** pays participants (Allemagne, Autriche, Espagne, Estonie, France, Hongrie, Irlande, Israël, Italie, Roumanie, Slovaquie sous la coordination du Karolinska Institute de Stockholm, Suède) auprès de **12 395** élèves âgés de **14 à 16 ans**. C'est l'âge où l'identité se construit et où les influences des parents sur les comportements des adolescents diminuent. De plus, les études épidémiologiques ont montré que c'est la tranche d'âge où les comportements à risque augmentent.

En France, c'est le Pr Jean-Pierre Kahn et son équipe qui ont mis en place l'étude. Vingt lycées de Lorraine ont accepté d'y participer.

L'étude SEYLE a montré que près d'un tiers des adolescents européens a un fonctionnement impacté par une importante tristesse et a des idées suicidaires.

Près d'un sur dix est cliniquement déprimé. La consommation d'alcool est régulière pour environ 8% d'entre eux (2 fois par semaine ou plus). Ils sont 4,5% à consommer des drogues illégales et 10,7% à fumer 5 cigarettes par jour ou plus. Seuls un peu moins de 60% d'entre eux dorment suffisamment, ils sont même près de 15% à dormir moins de 6 heures. De même, seuls environ 14% ont un niveau d'activité physique suffisant (60 mn par jour). Une analyse alarmante a également montré que plus de 50% des élèves subissent un harcèlement verbal, physique et/ou relationnel de la part de leurs pairs.

En 2012, les pouvoirs publics (MILDECA et DGS) ont souhaité renforcer une stratégie d'intervention précoce auprès des adolescents et adolescentes. La Fédération Addiction a pris une part active dans cette remobilisation pour organiser sur les territoires une offre de service cohérente. Les objectifs principaux de ces actions sont la promotion d'un environnement favorable et la réduction du délai entre les premiers signes d'une possible pathologie et la mise en œuvre de réponses adaptées.

Les programmes de prévention s'avèrent être des leviers puissants pour repérer les fragilités psychologiques potentielles des adolescents. En 2014, l'expertise collective Inserm « Conduites addictives chez les adolescents, usage, prévention et accompagnement » recommandait déjà de s'appuyer sur les programmes évalués et considérés comme efficaces dans le champ de la prévention de l'usage des substances psychoactives chez les jeunes. Unplugged est un programme de prévention des conduites addictives en milieu scolaire, destiné aux adolescents de 12 à 14 ans. En France, depuis 3 ans, plusieurs structures adhérentes de Fédération Addiction (Apleat, Kairn 71, Centre Victor Segalen) déploient le programme. Ces structures ainsi que l'Observatoire territorial des conduites à risques de l'adolescent (Université de Grenoble) se sont réunies au sein de la Fédération Addiction pour consolider et optimiser leur travail, mutualiser les pratiques et formaliser un référentiel commun de qualité.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
Etudier les différents programmes et leur faisabilité sur le Var avec les partenaires	Nombre de programmes étudiés
Contacter les coordonnateurs de différents programmes sélectionnés	Nombre de contacts concernant les programmes
Former des équipes aux programmes sélectionnés	Nombre de professionnels formés
Se concerter avec l'Education Nationale sur la faisabilité les modalités de mise en œuvre	Nombre de programmes développés et évalués
Développer ces programmes de promotion de la santé mentale auprès des élèves	Nombre et profils des jeunes bénéficiaires de ces actions

Territoire de l'action : Var

Bénéficiaires : Les élèves de primaire et secondaire du département, ULIS, IME, lycées, lycées professionnels, CFA selon les programmes

Etapes de mise en œuvre
1. Etude et choix des programmes
2. Formation des professionnels si accord financement
3. Contacts avec les établissements scolaires
4. Mise en œuvre des premiers programmes
5. Evaluation des projets

Moyens nécessaires identifiés :

- Formations des animateurs porteurs de projet
- Acquisition d'outils spécifiques en fonction des projets retenus
- Financements pour la mise en œuvre

Partenaires potentiels : Structures proposant des programmes validés – Education Nationale

Axe I – Fiche I.6.4

Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU)

Type(s) de porteur(s) : UNIVERSITE DE TOULON (UTLN), Centre de Santé SUMPPS (CDS) étudiant

Objectif stratégique : Mieux prévenir la stigmatisation, la souffrance psychique et les crises à l'université et sur les campus.

Axe 6 : « Organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

Enjeux de l'action / contexte :

Les missions des Services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) ont fait l'objet d'un nouveau décret n°2019-112 du 18 février 2019, qui a modifié les articles D. 714-20 à 27 du Code de l'éducation. La circulaire n° 2019-029 parue au BO n°12 du 21 mars 2019 relative à la contribution à la vie étudiante et de campus précise en annexe les orientations prioritaires pour les années universitaires 2018-2019 et 20192020 : paragraphe I-A-2. La santé des étudiants y est actuellement le champ d'action prioritaire.

Le rôle des établissements de l'enseignement supérieur dans la prévention et l'accès aux soins des étudiants doit être renforcé et se traduire par une amélioration concrète de l'offre de soins dans différents domaines. Le conseil d'administration de l'Université de Toulon a approuvé la création du centre de santé SUMPPS par sa délibération en date du 15 décembre 2019, permettant de proposer une offre en médecine générale.

Il apparaît également nécessaire d'améliorer la réponse aux besoins des étudiants en santé mentale et de déployer une politique de prévention incluant le repérage et l'accompagnement des étudiants en souffrance psychique ou ayant des addictions, comme recommandé. Depuis plus de 15 ans, un psychiatre hospitalier intervient au SUMPPS de Toulon (UTLN) à raison de 2 ½ journées par semaine (537 consultations pour 156 étudiants suivis selon le Rapport activité SUMPPS 2018-2019). Depuis septembre 2019, une psychologue a été recrutée et propose 1 journée de consultation par semaine sur les sites de Toulon et de La Garde. Il semble que l'offre doit encore être renforcée pour répondre à la demande étudiante sous la coordination du médecin psychiatre.

Leur regroupement sous la dénomination de « BAPU » (Bureau d'Aide Psychologique Universitaire), comme dans d'autres universités, lui donne une visibilité au regard du public des usagers étudiants. Les usagers qui pourront y faire appel sont les étudiants de l'UTLN et les étudiants du bassin de formation régional dans le cadre d'un partenariat Université – CROUS – Région PACA SUD – ARS.



La création d'un BAPU permettra de développer une offre de soin et de prévention complémentaire en santé mentale pour une partie des 16-25 ans étudiants, en cofinancement sur fonds CVEC (UTLN/CROUS), Région PACA (Appel à projets Santé publique Sud) et Agence régionale de santé.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Elargir les plages de consultations par psychiatre et psychologue ; • Evaluer les outils de communication à distance possible (consultations par téléphone ou par webcam démarrés avec la crise sanitaire Covid) ; • Former les étudiants pairs au premier secours en santé mentale (sentinelles) ; • Intégrer aux cursus une formation à la gestion du stress ; • Former les personnels à recevoir un public difficile (certains handicaps psychiques) ; • Recruter des accompagnants pour les étudiants en situation de handicap, en particulier psychique, plus vulnérables ; • Mener une démarche qualité sur l'action ; • Etablir un protocole de recherche. 	<ul style="list-style-type: none"> • Profil des étudiant-e-s selon l'intervenant-e, type de consultation (en personne et à distance) et les plages horaires. • Taux de satisfaction des modalités de consultation proposées (type de consultation, type intervenant-e, horaires) à tout étudiant-e-s des différents campus (peu importe s'ils ont consulté ou non au BAPU) • Évaluation des besoins de la population étudiante • Nombre de modules de formations « gestion du stress » • Nombre d'étudiants touchés • Nombre de personnes formées : étudiants et personnels • Nombre et profils des accompagnants <p>Un rapport d'activité en « santé mentale » annuel pourra renseigner - entre autres points moins mesurables - les indicateurs suivants :</p> <p><u>En soin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • RAP (santé mentale) • Nombre des consultations (ratio homme/femme), par profil professionnel • Filière d'origine des étudiants (campus La Garde/campus Toulon/ campus Draguignan /autre école hors UTLN) • Nombre moyen de consultations par étudiant • Nombre des hospitalisations

	<p><u>En prévention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre et type des actions de prévention réalisées • Nombre des étudiants formés aux premiers secours en santé mentale • Taux de réussite/échec professionnel de ces étudiants des étudiants en situation de handicap, en particulier handicap psychique • Taux de satisfaction des usagers
--	--

Territoire de l'action : les universités et le campus universitaires du Var

Bénéficiaires : les étudiants des sites de Toulon et la Garde

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Objectifs 1,2,3,4,5 : fonds CVEC attribués UTLN/CROUS. Demande de subvention Région PACA Sud en cours	09/2020
2. Objectif 6 : sous réserve attribution de subvention suffisante	

Moyens nécessaires identifiés :

- Moyens humains essentiellement : aide au financement de la masse salariale liée au BAPU
- Moyens matériels : équipements de bureau, outils numériques de travail (ordinateur portable), possibilité de vidéo consultations (testées lors de la crise Covid19) permettant de répondre en particulier à la demande des étudiants des sites géographiquement plus éloignés (Draguignan)

Partenaires potentiels : CROUS



AXE 2

GARANTIR DES PARCOURS DE SOINS COORDONNES
ET SOUTENUS PAR UNE OFFRE EN PSYCHIATRIE ACCESSIBLE,
DIVERSIFIEE ET DE QUALITE.

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTIONS

Projet Territorial de Santé Mentale

Axe 2 – Fiche 2.1

Communication autour des dispositifs de soutien aux professionnels (PCPE – PTA – PCO)

Type(s) de porteur(s) : Coordonnateur PTSM, puis centre ressources

Objectif stratégique : Valoriser et optimiser les dispositifs existants par la communication aux professionnels

Axe 1 : « Organisation du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles »

Enjeux de l'action / contexte :

Les rencontres du PTSM ont mis à jour un premier constat : une méconnaissance importante des dispositifs d'appui et de soutien pour la prise en charge des cas complexes. Si les MAIA sont très bien repérées et investies par le public, des professionnels présents sur les rencontres ignoraient l'existence des deux plateformes territoriales d'appui (PTA), du pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE), de la plateforme de coordination et d'orientation du Var (PCO), mais aussi parfois d'équipes mobiles, voire de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Tous ces dispositifs proposés aux professionnels pour l'accompagnement et la prise en charge de cas particuliers ou complexes doivent être valorisés et portés à la connaissance de l'ensemble des professionnels.

Le centre ressources devrait à terme permettre cette mise à disposition de l'information. Cependant, en amont, il semble nécessaire de développer la communication et de l'adapter aux différents publics qui peuvent être concernés.

La dématérialisation de l'information peut être un outil très intéressant, mais il demande à être réfléchi, ciblé, de façon à être directement proposé et pas uniquement mis à disposition sur des sites pas toujours consultés dans les périodes de crise.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Créer un groupe dédié à la communication sur les dispositifs existants ; • Définir les cibles en fonction des dispositifs ; • Diffuser des communications adaptées sur les différents dispositifs ; • Favoriser des liens entre les dispositifs et les équipes concernées ; • Créer un répertoire des dispositifs existants et le diffuser ; • Proposer des temps de rencontres entre professionnels autour des différents dispositifs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Création effective du groupe et qualité des membres (feuilles émargements) • Nombre et qualité des cibles définies • Nombre et qualité des outils de communication diffusés • Nombre de rencontres entre professionnels autour des dispositifs existants • Qualité des professionnels présents (ouverture sur l'ensemble des professionnels concernés) • Qualité du répertoire produit • Diffusion du répertoire produit

Territoire de l'action : Var

Bénéficiaires : les professionnels du secteur sanitaire et médico-socio- éducatif – les familles de personnes souffrant de troubles psychiques ou cognitifs, les personnes concernées.

Etapes de mise en œuvre
1. Mise en place du groupe dédié
2. Rencontres avec les différents dispositifs
3. Mise en place des outils de communication (À partir de outils déjà créés par les différents dispositifs)
4. Création du répertoire
5. Réflexion sur les modes de diffusion
6. Diffusion ciblée de la communication
7. Mise en place des temps de rencontres
8. Evaluation de l'action

Moyens nécessaires identifiés :

- Groupe de travail dédié
- Coordonnateur de l'action
- Outils informatiques
- Mise à disposition de salles de réunions
- Temps de travail des structures concernées mis à disposition pour l'action

Partenaires potentiels : coordonnateur du PTSM, UGECAM PACA, CHITS, CSAPA, PTA, CAF du Var, ARS, MDPH, Conseil Départemental

Axe 2 – Fiche 2.2.1

Accompagnement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Type(s) de porteur(s) : A définir – à priori coordonnateur PTSM et groupe de travail dédié

Objectif stratégique : Promouvoir un axe santé mentale dans les projets d'actions des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) du Var

Axe 2 : « Organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale ».

Enjeux de l'action / contexte :

« Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes » (ARS, 2019). La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS) s'inscrit dans la continuité des politiques menées, depuis 2012, contre les déserts médicaux pour renforcer la couverture du territoire, particulièrement dans les zones sous-dotées. « Il est connu qu'un système de soins primaires efficace et bien coordonné est un des premiers leviers de l'amélioration de la santé de la population » (de Fontgalland Charlotte, Rouzaud-Cornabas Mylène, « De la territorialisation des pratiques de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé », Santé Publique, 2020/2 (Vol. 32), p. 239-246).

Des projets de CPTS sont en cours sur l'ensemble du département du Var. Au mois de mars 2020, le département regroupe 13 projets de CPTS : 4 intentions, 1 projet dont l'ajustement de la gouvernance est en cours, et 8 projets de santé en cours.

Lors de la constitution d'une CPTS, les professionnels de santé doivent construire un projet de santé afin de mettre en œuvre des axes stratégiques d'actions et de prise en charge en faveur d'une population. L'objectif est d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels en facilitant l'accès aux soins des patients en améliorant leur parcours de santé, mais aussi de renforcer la qualité des soins, développer la prévention, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique et, surtout, d'adapter l'offre de soins primaires (source : site internet du Ministère des Solidarités et de la Santé).

L'axe santé mentale semble un axe important dans la coordination des actions de santé et il ne peut être évité dans les actions de prévention, d'accès aux soins pour tous et de développement d'une offre de santé adaptée sur les territoires.



Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Encourager la mise en place d'un axe sur la santé mentale dans les projets de santé des CPTS ; • Soutenir les volets prévention et actions de santé publique, y compris en santé mentale, dans les projets de santé ; • Inclure et inciter les médecins psychiatres et les psychologues à adhérer aux CPTS ; • Mettre en place une commission de réflexion entre les CPTS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de psychiatres par CPTS • Nombre de psychologues par CPTS • Nombre et qualité des projets de santé varois qui offrent un axe sur la santé mentale • Nombre d'actions incluant un volet santé mentale

Territoire de l'action : Département du Var ; chacune des 13 CPTS

Bénéficiaires : Les professionnels de santé - La patientèle - Les personnes souffrant de troubles psychiques

Etapes de mise en œuvre
9. Mise en place d'une commission de réflexion et de soutien à la rédaction des projets de santé des CPTS
10. Rencontre avec les différentes CPTS du territoire
11. Echanges avec les professionnels de santé mentale du département afin de les sensibiliser à la mise en place des CPTS
12. Accompagnement à l'écriture des projets de santé des CPTS, incluant un axe santé mentale

Moyens nécessaires identifiés :

- Mise en place d'une commission de réflexion
- Soutien méthodologique à la rédaction des projets de santé des CPTS

Partenaires pressentis: les professionnels de santé, les CPTS

Axe 2 – Fiche 2.2.2

Soins non programmés en santé mentale

Type(s) de porteur(s) : Clinique Les 3 Solliès

Objectif stratégique : Proposer un outil de soutien logistique entre médecins généralistes et médecins spécialistes pour organiser des soins non programmés en santé mentale nécessitant une prise en charge dans les 48 heures.

Axe 2 : « Organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale »

Enjeux de l'action / contexte :

Les soins non programmés en santé mentale constituent une difficulté. Il s'agit d'un public qui nécessite une prise en charge parfois très rapide pour éviter la crise et le recours aux urgences.

D'autre part, les médecins traitants ne sont pas toujours en capacité de répondre à cette urgence et n'ont pas toujours la connaissance des interlocuteurs professionnels dans la spécialité. Ces médecins traitants « gate keepers » du système de santé ne se risqueront pas à prendre en charge les patients en crise si le réseau secondaire n'est pas organisé. Les patients, au centre du dispositif pour envisager des soins non programmés en santé mentale, seront alors déroutés vers les services d'urgences.

La région Auvergne-Rhône-Alpes teste actuellement un dispositif de ce type en médecine vasculaire.

Au sein de la Clinique Les 3 Solliès, 4 psychiatres et 4 cadres de santé participent au déploiement en interne et externe de ce dispositif.

Il s'agit de la réalisation d'un accueil téléphonique et d'une plateforme prototype simple hébergée sur des serveurs HDS permettant la mise en relation et le transfert d'informations patient d'un généraliste vers un psychiatre. Cette plateforme est opérationnelle depuis juin 2020, 50 médecins sont enregistrés à ce jour.

Une formation à l'outil pour les premiers utilisateurs en interne et les médecins externes volontaires est proposée.



Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Déployer un standard téléphonique • Former les volontaires à l’outil • Développer le programme avec les médecins généralistes • Permettre aux patients une prise en charge de soins non programmés sans recours aux urgences • Garantir une continuité des soins non programmés 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de médecins inscrits • Nombre de partenaires • Nombre de patients prise en charge • Délais des prises en charge • Nombre de professionnels formés à l’outil • Nombre de patients aux urgences sur le territoire

Territoire de l’action : Var

Bénéficiaires : Les patients en demande de soins non programmés

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Déploiement du standard téléphonique pour démocratiser l’outil, faciliter l’inscription, l’utilisation et la promotion de la solution	A partir d’octobre 2020
2. Communication externe pour proposer la solution aux médecins généralistes, psychiatres et établissements de santé sur le territoire	A définir
3. Elargissement de l’accès au dispositif aux IPA santé mentale et assistants médicaux	A définir
4. Recherche de partenaires	En continu
5. Evaluation – suivi par indicateur	En temps réel

Moyens nécessaires identifiés :

Plateforme web sécurisée (acquise)

Majorations officielles du tarif de la consultation du médecin demandeur et du médecin correspondant si le patient est pris en charge dans les 48h évitant ainsi le recours aux services d’urgences.

Partenaires potentiels : Etablissements privés et publics sur le territoire - association de psychiatres sur le territoire regroupant médecins hospitaliers et libéraux – médecins généralistes - SA Kobe - Groupe Kantys - SA Softskills - Guillaume Gros développeur - TVT Innovation - David Heraclide télésecrétariat médical.

Axe 2 – Fiche 2.2.3

Coordination des parcours des patients au sein du GCSMS

Type(s) de porteur(s) : GCSMS Passerelles 83

Objectif stratégique : Mieux prendre en compte les besoins globaux des patients suivis et fluidifier les parcours en coordonnant les dispositifs de prise en charge et de soins

Axe 2 : « Organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s’inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale »

Enjeux de l’action / contexte :

Le GCSMS Passerelles 83 a été créé en 2014 avec pour objectifs :

- Le développement des actions de coopération et de complémentarité entre ses membres
- Une réponse à apporter qualitativement aux besoins de la population par des synergies à développer et des stratégies communes.

Il regroupe plusieurs entités dont le Centre Hospitalier Henri Guérin, l’Adapei Var-Méditerranée, l’Avefeth-Espérance Var, l’IME du Haut Var, l’UGECAM PACAC, le Centre Hospitalier Intercommunal Toulon La Seyne-sur-Mer et l’association PHAR83.

Le groupement a mis en place en 2019 un plan d’action visant à fluidifier les parcours des personnes entre les différents acteurs en vue de favoriser l’inclusion dans la cité, grâce entre autres, à la mise en place d’outils et d’actions mutualisés et co-construits. Au regard du plan établi, un poste de chargé de projets coordinateur du GCSMS a été créé, pour piloter le dispositif et la mise en place des actions avec un rôle d’expertise, d’appui, d’interface auprès des ESMS, des centres hospitaliers, de la MDPH et des partenaires extérieurs

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Repérer les besoins et ressources des membres du GCSMS • Formaliser les échanges entre établissements autour des situations • Organiser des rencontres interinstitutionnelles et autres événements facilitant une meilleure connaissance des acteurs et le développement d’une culture commune 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de rencontres réalisées • Nombre et type de professionnels impliqués dans la démarche • Nombre de process et outils formalisés et mis en place • Nombre de rencontres interinstitutionnelles, taux de participation • Nombre de formations co-animées et nombre de participants ;

ACTION FINALISEE

AXE 2

<ul style="list-style-type: none"> • Coordonner les interventions des professionnels du secteur sanitaire et des ESMS pour assurer la continuité de parcours dans une visée inclusive • Permettre l'admission et le maintien des usagers en ESMS en facilitant une réponse souple et adaptée • Coordonner et suivre le parcours de vie des patients/résidents notamment les situations complexes • Développer des actions co-construites au profit des aidants • Définir les orientations stratégiques et opérationnelles du GCSMS 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de stages d'immersion réalisés et nombre et type de personnels bénéficiaires ; • Nombre de participations aux dispositifs de gestion des situations complexes et nombre de situations ayant bénéficié d'une réponse adaptée ; • Nombre d'interventions de l'équipe mobile réhabilitation en ESMS ; • Nombre de séjours d'évaluation réalisés ; • Nombre de patients accueillis en accueil séquentiel, en mini-stage au sein des ESMS ; • Nombre de patients admis en ESMS ; • Durée moyenne de séjour en hospitalisation ; • Nombre d'aidants ayant bénéficiés d'une activité spécifique <p><i>Outil d'évaluation : Elaboration et suivi d'un tableau de bord des actions</i></p>
---	---

Territoire de l'action : Territoire du GCSMS

Bénéficiaires : Les patients suivis par des structures adhérentes du GCSMS

Etapas de mise en œuvre
1. Recrutement d'un chargé de projet coordinateur GCSMS
2. Elaboration d'une cartographie de l'offre interne et d'un répertoire après désignation de référents GCSMS au sein de chaque institution membre
3. Recueil des besoins et attentes des membres du GCSMS et identification des situations critiques au sein des ESMS et des CH
4. Evaluation de l'articulation entre l'équipe mobile de réhabilitation du CHHG et les ESMS pour déterminer un process d'intervention notamment dans la gestion les situations difficiles et la préparation des admissions des patients/résidents en ESMS

5. Mise en place d'un groupe de travail avec les référents GCSMS pour co-construction des outils de communication, comme une fiche de liaison inter-établissement, mobilisables par tous pour faciliter la transmission d'informations dans les moments de transitions des patients/résidents entre deux établissements.
6. Mise en place d'un groupe de travail avec les référents médicaux notamment les psychiatres pour développer des outils notamment de prévention de crise et formaliser une collaboration efficiente (diagnostic, adaptation des traitements, suivi des personnes en situation complexe)
7. Création d'un espace de régulation, tel un comité de suivi des parcours, avec les référents de chaque institution pour études et analyses de situations puis proposition et suivi d'actions co-construites
8. Organisation de modules de formation co financés par les organisations suite au recueil et à l'analyse des besoins partagés
9. Organisation de rencontres interinstitutionnelles combinant des retours d'expérience et des ateliers thématiques
10. Organisation de stages croisés à destination des personnels pour permettre une connaissance réciproque et le renforcement des coopérations
11. Organisation d'un colloque
12. Animation de groupe de projets pour co-concevoir des formes d'interventions nouvelles et complémentaires favorisant la mixité des publics
13. Développer des actions co-construites au profit des aidants

Moyens nécessaires identifiés :

- Un ETP de coordination et un 0.40 ETP de secrétariat
- Un véhicule
- Equipement informatique, téléphonie et matériel logistique
- Locaux (mis à disposition)

Partenaires pressentis : les ESMS – les membres du GCSMS

Axe 2 – Fiche 2.3.1

Dispositif AVISO – HANDICONSULT 83

Type(s) de porteur(s) : CHITS

Objectif stratégique : Favoriser l'accès aux soins aux personnes en situation de handicap en assurant une continuité, coordination et accompagnement des soins ambulatoires et lors des hospitalisations

Axe 3 : « L'accès aux soins somatiques adapté aux personnes présentant des troubles psychiques »



ACTION FINALISEE

AXE 2

Enjeux de l'action / contexte :

Les personnes en situation de handicap possèdent en France une espérance de vie moins élevée que la moyenne nationale. Ce phénomène multifactoriel s'explique en partie par leur difficulté d'accès aux soins et par une prise en charge inadaptée à leurs besoins, sur le plan matériel et organisationnel.

Le projet AVISO-HANDICONSULT 83 (financé par l'ARS PACA), né d'un partenariat entre le Centre Hospitalier Intercommunal / La Seyne-sur-Mer, l'association AIDERA Var et le CODES 83 en octobre 2019, vise à compenser l'inégalité d'accès aux soins.

Il dispose sur le CHITS de deux lignes téléphoniques et de deux lieux d'accueil dédiés. Des infirmières formées au sein d'AIDERA Var à l'accompagnement et aux soins de la personne en situation de handicap, ont pour mission d'assurer un accueil adapté et de coordonner le parcours de soin. AVISO-HANDICONSULT 83 a aussi pour vocation d'aider les proches et les aidants à trouver des ressources adaptées.

L'entretien d'accueil est un temps clé qui permet de repérer les besoins de la personne en situation de handicap ainsi que les demandes des aidants. Une fois les besoins identifiés, des outils sont mis en place (consultation blanche, familiarisation avec le matériel, communication alternative) afin de faciliter l'accès aux soins et amener vers plus d'autonomie. Un accompagnement peut être proposé tout au long du parcours de soin. L'équipe AVISO-HANDICONSULT 83 accompagne le parcours de la personne à travers un réseau de professionnels sensibilisés. Le dispositif est également un centre ressources et d'appui pour l'ensemble des acteurs concernés.

Ce dispositif s'adresse à toute personne en situation de handicap ; les personnes ayant des troubles psychiques ou psychiatriques peuvent donc avoir recours aux soins via le dispositif AVISO-HANDICONSULT 83.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Assurer un accueil téléphonique • Réaliser des entretiens d'accueil des patients • Accompagner les patients dans leur parcours de soins • Conventionner avec les partenaires • Animer des temps d'information/sensibilisation et d'échanges de pratiques avec les professionnels sanitaires et médico-sociaux • Favoriser la continuité et la coordination des soins ambulatoires de médecine générale, de spécialités médicales et chirurgicales, de soins infirmiers • Organiser l'accompagnement/coordination des soins ambulatoires dans les spécialités • Mettre en place une activité de télémedecine pour le public géographiquement éloigné du territoire toulonnais et pour les personnes avec TSA ayant le plus de difficulté au changement (troubles du comportement) • Développer le travail en réseau de soignants hospitaliers, libéraux et ceux œuvrant au cœur des ESMS • Développer les connaissances et compétences des professionnels des secteurs sanitaires et médico-social 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients pris en charge par le dispositif AVISO par an (file active) • Types/nombre d'actes réalisés, nombre d'actes de télémedecine • Partenariats intra/extra CHITS mis en place : services ou structures concernés et parties prenantes, nombre de conventions partenariales signées • Nombre/dates des sensibilisations et des temps d'échanges de pratiques, nombre et profil des participants, thématiques abordées • Centres experts sollicités /mobilisés

Territoire de l'action : VAR

Bénéficiaires : Patients en situation de handicap

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Mise en place du dispositif AVISO	Oct 2019
2. Sensibilisation des professionnels de l'hôpital	2020
3. Communication externe sur le département du Var	2020
4. Présentation du dispositif au GTD	2020
5. Temps de sensibilisation des professionnels sanitaires, médicosociaux et des libéraux	A définir
6. Temps d'échanges de pratiques sur l'accès aux soins	A définir
7. Développement des actes de télémédecine	A définir
8. Formation des équipes d'AVISO	A définir
9. Pérennisation et montée en charge du dispositif	A définir

Moyens nécessaires identifiés :

- Humains : Equipe pluridisciplinaire d'AVISO-HANDICONSULT 83, équipes d'AIDERA VAR et du CODES 83
- Matériels : Locaux du CHITS, matériel médical, outils spécifiques pour la communication alternative

Partenaires pressentis : AIDERA VAR, CODES 83

Axe 2 – Fiche 2.3.2

Infirmiers en Pratique Avancée (IPA)

Type(s) de porteur(s) : ESMS, CHITS, CMP, C.H. Henri Guérin

Objectif stratégique : Développer la présence de 50 IPA dans les établissements sanitaires et médicaux sociaux du département d'ici la fin du PTSM

Axe 3 : « L'accès aux soins somatiques adapté aux personnes présentant des troubles psychiques »

Enjeux de l'action / contexte :

La loi de modernisation de notre système de santé pose le cadre juridique de « la pratique avancée » pour les auxiliaires médicaux. Cet exercice en santé existe déjà dans de nombreux pays. La pratique avancée vise un double objectif : améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées.

Les IPA pourront exercer en ambulatoire, ou en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en établissement de santé, en établissement médico-social ou dans un hôpital des armées, au sein d'une équipe de soins coordonnée par un médecin.

Les premières promotions d'infirmiers en pratique avancée sont entrées en formation en 2018. L'objectif du Ministère de la Santé table sur la formation de plus d'un millier d'infirmiers en pratique avancée d'ici 2021. Depuis septembre 2019, la filière d'IPA en psychiatrie a été créée.

Dans le Var, la formation n'est pas encore dispensée, mais des étudiants IPA formés à Nice sont actuellement stagiaires au CHITS. Le manque de psychiatres, les difficultés à coordonner les différentes prises en charge pourraient être en partie compensés par la présence d'IPA. D'autre part, le développement des prises en charge en ambulatoire justifient totalement ces nouvelles pratiques.

Lors d'une rencontre du PTSM, les membres ont évalué le nombre d'IPA en psychiatrie à mettre en œuvre sur le département d'ici la fin du plan territorial. Tout d'abord dans les équipes mobiles où ils peuvent faire le lien entre différents services et assister le médecin psychiatre. Il y a 15 équipes mobiles recensées dans le Var actuellement. Les délais de prise en charge sont trop longs dans les CMP ; la présence d'un infirmier IPA pourrait réduire ces temps de prise en charge et permettre de mieux accompagner les patients, en travaillant davantage notamment avec le réseau médical qui les entoure. Cela pourrait être étendu aux CSAPA, même si les délais sont actuellement corrects.



Enfin, la présence de médecins somatiques est insuffisante dans les MAS et les FAM : la présence d'un IPA, en lien avec un médecin pourrait permettre une meilleure prise en charge des troubles somatiques du public concerné.

Nous avons souligné le lien nécessaire entre IPA et le coordonnateur de parcours sur le terrain, l'un étant le référent soins alors que l'autre aurait une vision plus globale de la personne.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Inciter des professionnels infirmiers à la formation IPA (Aix-Marseille et Nice) – proposer ces formations sur les plans de formation des établissements concernés, et notamment les centres hospitaliers du département ; • Développer les lieux de stage sur le Var pour les IPA ; • Proposer des rencontres des IPA sur le département afin de coordonner les pratiques ; • Mailler les pratiques entre IPA et coordonnateurs de parcours ; • Prendre en charge la santé somatique des patients souffrant de troubles psychiques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'inscriptions aux formations • Nombre de formations prises en charge par les établissements sanitaires repérés comme prioritaires • Nombre de lieux de stage • Nombre d'IPA annuellement • Comptes-rendus des rencontres entre IPA • Nombre de rencontres • Nombre d'IPA concernés • Effectivité des liens sur le terrain entre IPA et coordonnateurs de parcours • Taux de satisfaction des structures ayant recours aux IPA • Nombre de bilan somatiques, de recours aux soins somatiques, d'actes de dépistage pour les patients souffrant de troubles psychiques suite aux orientations par les IPA

Territoire de l'action : VAR

Bénéficiaires : Le public des CMP et des équipes mobiles du département

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Inciter les professionnels	En cours
2. Premiers IPA formés pour le Var	En cours
3. Prises de fonctions des IPA sur le Var – Définition de leurs missions dans chaque lieu concerné	A partir de 2021
4. Premières rencontres entre IPA	A partir de 2021
5. Evaluation du développement du dispositif	2021/2024

Moyens nécessaires identifiés :

- Lieux de stage
- Prises en charge des formations sur les plans de formation internes aux établissements
- Prise en charge du surcoût IPA à prévoir
- Coordonnateur PTSM

Partenaires potentiels : les CMP, les équipes mobiles du département

Axe 2 – Fiche 2.4

Expérimentation d'une Equipe Mobile de crise en psychiatrie d'adultes

Type(s) de porteur(s) : CHITS

Pour la présentation ci-dessous : secteurs 83G04-G05 Dr REINE médecin chef de service

Objectif stratégique : Evaluer et prévenir la crise en psychiatrie d'adulte en intervenant au domicile

Axe 4 : « Organisation des conditions de prévention et de prise en charge des situations de crise et d'urgence »

Enjeux de l'action / contexte :

Le secteur de psychiatrie s'est développé dans l'idée de rapprocher les soins du lieu de vie, de les inscrire dans la ville, et de considérer les personnes atteintes de troubles psychiques comme des citoyens ayant une place d'acteurs dans la société. Le développement de « l'aller-vers » est l'un des éléments fondateurs du secteur.

Les secteurs de psychiatrie de l'hôpital de La Seyne assurent d'ores et déjà des prises en charge au domicile, pour 500 patients (6000 visites à domicile en 2019), essentiellement atteints de trouble schizophrénique ou bipolaire. Les interventions d'évaluation à domicile sont fréquentes pour l'équipe du CMP, sur demande d'un médecin, de la cellule écoute et vigilance du Conseil Départemental, après une consultation de famille. Lors d'une visite d'évaluation, l'équipe infirmière peut proposer une consultation au CMP, ou un accompagnement aux urgences. Dans certains cas, la visite peut se poursuivre par une seconde intervention destinée à mettre en œuvre une hospitalisation sans consentement.

Le service a développé une équipe de suivi intensif communautaire sur le mode ACT (Assertive community treatment), qui s'adresse à des patients déjà connus, ayant un besoin de soin élevé et des hospitalisations fréquentes. Il dispose également d'une petite équipe Mobile Psychiatrie et Précarité, intervenant au sein de CHRS et dans les accueils de jour. Il peut enfin travailler en aval d'une intervention de l'Equipe Mobile de Psychiatrie du Sujet Agé, qui propose des évaluations et des suivis de courte durée.

Dans le cadre du développement des soins ambulatoires, un élément fait défaut : la capacité de proposer une prise en charge intensive au domicile sur une durée courte, dès le début d'une crise, avec intervention d'un psychiatre et d'un psychologue aux cotés de l'équipe infirmière, afin de limiter le recours à l'hospitalisation.



C'est dans ce cadre que le service propose d'expérimenter la mise en place d'une petite Equipe Mobile de Crise (EMC), selon le modèle CRT (Crisis Resolution Team). Nous proposons de suivre le modèle de l'équipe mobile de crise de Bruxelles, qui est de taille réduite et adossée à une unité d'hospitalisation de crise servant de support à l'EMC.

Les interventions sont pluridisciplinaires, et ont lieu au domicile du patient ou au sein d'un établissement social ou médico-social. Elles ont lieu après une demande formalisée émanant d'un psychiatre, d'un médecin, d'un organisme tutélaire, d'un établissement, d'un service social, d'une famille. Des consultations à la demande de l'entourage sont explicitement proposées dans ce cadre.

Si le patient bénéficie déjà d'un suivi, l'intervention de l'EMC a lieu en complément et non pas en substitution de la prise en charge en cours. Elles peuvent se faire conjointement avec l'équipe de CMP déjà impliquée dans la prise en charge.

Elles sont de courte durée (6 semaines maximum dans le modèle bruxellois).

La zone géographique desservie proposée pour l'expérimentation est la zone géographique des secteurs 83G04-G05 regroupant la ville de La Seyne-sur-Mer et 13 communes. La montée en charge proposée est progressive, avec une première phase centrée sur la ville de La Seyne-sur-Mer, avec laquelle le service est associé dans le cadre du Conseil Local de Santé Mentale et d'un GEM.

Le modèle bruxellois adosse l'EMC sur une unité d'hospitalisation de crise. Le CHITS dispose d'un CAP 48 au sein de l'hôpital Sainte Musse, mais le service de psychiatrie de l'hôpital de La Seyne peut mobiliser, dans le cadre de la refonte architecturale conduite de 2020 à 2022, l'identification de lits dédiés à la crise. Le projet architectural crée en effet trois unités : une unité fermée de soins sans consentement de 10 lits, une unité de psychiatrie générale de 26 lits et une unité de 16 lits qui peut comporter des lits de crise. L'adoption d'un tel mode de fonctionnement nécessite une gestion dynamique des lits et une permanence médicale un peu élargie.

Une évaluation doit être effectuée au bout d'un an de mise en place sur la commune de La Seyne. En cas de succès, une extension peut être prévue pour les autres communes de l'ouest toulonnais. L'évaluation permettra également de déterminer les conditions requises pour le développement d'équipes comparables sur d'autres zones géographiques de l'agglomération.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Créer une équipe expérimentale sur la zone géographique des secteurs 83G04-G05 ; <ul style="list-style-type: none"> - Equipe mobile intervenant à domicile soit en complément d'un dispositif déjà impliqué dans la prise en charge (CMP, psychiatre libéral), soit en évaluation en amont d'une prise en charge ; - Equipe pluridisciplinaire (psychiatre, infirmier, psychologue) ; • Analyse de la demande préalable et contractualisation avec le demandeur (médecin généraliste, psychiatre, cpn famille) ; <ul style="list-style-type: none"> - Durée maximale d'intervention à 6 semaines ; - Ratio usager par Equivalent Temps Plein correspondant aux indications du modèle CRT (Crisis Resolution Team) : 2 à 3 usagers par ETP ; • Appuyer l'équipe sur une unité d'hospitalisation capable d'accueillir un patient en crise. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de demandes de prise en charge • Nombre de patients pris en charge • Taux de réorientation des demandes sans prise en charge et motifs • Durée de la prise en charge • Orientation en fin de prise en charge • Taux de satisfaction des demandeurs • Taux de satisfaction des usagers

Territoire de l'action : secteur Var ouest (83G04-G05) : 175000 habitants ;

Dans la phase initiale : commune de La Seyne sur Mer : 66000 habitants

Bénéficiaires : les personnes de 18 à 65 ans, domiciliées sur les secteurs 83G04-G05, présentant des troubles psychiques déjà connus ou non connus présentant une situation de crise, ayant besoin d'une évaluation à domicile, ou d'une prise en charge à domicile permettant de limiter le recours à l'hospitalisation.

Etapes de mise en œuvre
1. Rédaction du projet, rédaction des protocoles d'intervention
2. Identification de lits de crise, dans le cadre du projet de restructuration du service de psychiatrie de La Seyne
3. Recrutement de l'équipe pour la phase initiale et achat de matériel
4. Démarrage de l'action sur la commune de La Seyne en 4 phases avec une montée en charge progressive par semestre entre fin 2021 et 2023
5. Phase 1 : public suivi par le CMP
6. Phase 2 : extension aux personnes signalées par la cellule écoute et vigilance ou les établissements sociaux et médicosociaux sur la commune de La Seyne
7. Phase 3 : extension aux patients suivis par des médecins généralistes
8. Phase 4 : extension aux patients adressés par des psychiatres libéraux
9. Extension aux autres communes des deux secteurs, complément d'équipe et de matériel

Moyens nécessaires identifiés :

Moyens humains

- Psychiatre
- Infirmières
- Psychologue

Moyens matériels

- Véhicules
- Téléphones portables (connectés à un dossier partagé)
- Bureau au sein de l'hôpital

Partenaires pressentis : CMP de la Seyne-sur-Mer, l'unité d'hospitalisation court séjour de La Seyne-sur-Mer, la CAP 48 du CHIT

Axe 2 – Fiche 2.6.1

Développement des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)

Type(s) de porteur(s) : Les collectivités territoriales

Objectif stratégique : Sensibiliser les élus et la population à la santé mentale, promouvoir l'accès des usagers en santé mentale à la citoyenneté, au logement, à l'amélioration de la continuité des soins, aux loisirs et à la culture et lutter contre la stigmatisation.

Axe 6 : « Organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale »

Enjeux de l'action / contexte :

Le développement des CLSM s'inscrit pleinement dans le cadre des politiques de santé publique et de politique de la ville, notamment dans la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, qui définit leur rôle dans la mise en place des PTSM.

Les CLSM sont des lieux de concertation très riches, de rencontre des différents intervenants qui travaillent autour de l'utilisateur (professionnels, élus, citoyens).

Ils ont une pédagogie à propos de la discrimination, du logement, participent aux SISM.

Il est donc important de définir une stratégie au niveau départemental, qui soutiendra les acteurs locaux pour créer des CLSM sur leur territoire (commune, communauté de communes).

Les CLSM peuvent être le relais privilégié entre les services locaux (bailleurs, police, SAMU, etc.) et les usagers afin de stabiliser leur parcours de soins.

Dans une analyse nationale du déploiement des CLSM en 2018, il a été noté la difficulté d'assurer la participation des représentants d'utilisateurs dans le CLSM ainsi que pour la pédo psychiatrie (repérage précoce et développement des compétences psychosociales). Il faudrait donc réfléchir à une stratégie pour inclure formellement les représentants d'utilisateurs dans la stratégie départementale (cartographie des GEM, etc.) ainsi qu'identifier les stratégies possibles pour réussir à impliquer dès le début d'une démarche de création de CLSM les pédopsychiatres.



Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Inciter les représentants d’usagers à participer aux CLSM ; • Sensibiliser les élus à l’importance de la santé et de la santé mentale en particulier comme élément essentiel de la qualité de vie de leurs concitoyens ; • Identifier les territoires qui pourraient bénéficier d’un CLSM (communes, communautés de communes comme l’arrière-pays varois, ville comme la métropole toulonnaise, etc.) ; • Créer une plateforme de concertation et de coordination des CLSM d’un même territoire ; • Mettre en place un référent santé mentale par territoire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquence et assiduité de représentants d’usagers impliqués dans les CLSM • Nombre d’élus sensibilisés à l’impact de la santé mentale sur le territoire • Pourcentage du territoire varois couvert par un CLSM • Nombre de rencontres des CLSM • Taux de référents de territoires impliqués dans les CLSM • Mise en place effective de la plateforme de concertation

Territoire de l’action : VAR

Bénéficiaires : L’ensemble des associations qui ont des projets en lien avec la santé mentale, les agents des collectivités, les aidants, les usagers, les GEM

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Création de la commission de personnes volontaires	2021
2. Incitation auprès des élus à rédiger un projet de CLSM	Toute la durée du PTSM
3. Mise en place de CLSM ou de CISM	
4. Identification de l’ensemble des partis prenantes	
5. Planification de réunions de rencontres	

Moyens nécessaires identifiés :

- Création d’une commission de personnes volontaires (GEM - Professionnels de secteur sanitaire ou médico-social), désignation d’un responsable de commission (qui pourrait être le coordonnateur du PTSM ou des GEM)
- Mise à disposition de salle de réunion
- Implication d’un coordonnateur de CLSM par CLSM

Partenaires potentiels : les collectivités territoriales, les GEM

Axe 2 – Fiche 2.6.2

Développement des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM)

Type(s) de porteur(s) : Association ou structure hors GEM et ESMS

Objectif stratégique : Soutenir et renforcer la place des GEM et des usagers dans les instances départementales et favoriser la communication auprès du public sur leurs actions.

Axe 6 : Organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

Enjeux de l'action / contexte :

Il existe actuellement 10 GEM sur le département : trois à Toulon, deux à La Seyne-sur-Mer, un à Draguignan, un à Brignoles, un à Hyères-les-Palmiers, un à Ollioules, un à la Londe-les-Maures spécialisé pour les traumatisés crâniens et le dernier né, itinérant, en Provence Verte. Ils ont chacun leur culture, leur histoire, leur parrain et en commun des missions et la volonté de lutter contre les difficultés liées au handicap, à l'isolement, à la stigmatisation des personnes différentes. Ils favorisent l'autonomie et le retour à la citoyenneté. L'UNAFAM est parrain de quatre GEM du département.

Afin de développer leur rayonnement, leurs moyens d'action et d'empowerment sur le Var pour leurs usagers, il est nécessaire qu'ils puissent communiquer davantage, en respectant l'identité de chaque lieu. Il est aussi nécessaire de s'inscrire davantage dans la vie de la cité, de devenir force de proposition comme tout groupe de personnes peut être amené à le faire dans le domaine qui l'occupe.

Les GEM sont les associations qui mettent en place des actions de soutien et de rétablissement entre pairs. Il est nécessaire de faire connaître davantage les GEM auprès des personnes qui peuvent être confrontées à des situations d'isolement, de souffrance ou de trouble psychique.

Les conseils d'administration des GEM sont constitués majoritairement de pairs qui sont également la plupart du temps des usagers. Ils ont la capacité de représenter ce public dans les instances locales et d'être force de proposition d'actions innovantes en faveur de ce public.

Pour cela, ils doivent communiquer, se retrouver et mutualiser leurs moyens (hors financiers) et leurs potentiels, pouvoir également bénéficier des apports des uns et des autres au sein de leur propre GEM. Il n'existe à ce jour aucune animation départementale des GEM. Ils sont parrainés par une association ou une fédération œuvrant dans le champ du handicap et parfois accompagnés par une association gestionnaire mais ont des difficultés à développer une identité GEM départementale.

Les GEM sont encore trop souvent ignorés ou inconnus des services médico sociaux et de l'offre de soins en ville qui ne pensent pas à orienter les personnes qui pourraient ainsi bénéficier de leurs services et mieux lutter contre l'isolement, la stigmatisation et les difficultés liées aux troubles psychiques.

Pour leur permettre une communication plus facile et départementale, pour susciter des demandes et pour être force de proposition sur les questions de rétablissement des

personnes souffrant de troubles psychiques notamment, l'idée d'une animation départementale semble pertinente.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Créer une animation départementale de soutien aux GEM, à leur service pour participer à leur autonomie, à leur diffusion auprès des professionnels et du public et à leur développement ; • Être présent dans les instances de décision départementales : CLSM – instances du Conseil Départemental, de la CAF, de la MDPH, du PTSM ; • Développer des partenariats avec des structures culturelles et sportives, des professionnels du logement et de l'emploi, en milieu ordinaire ou protégé ; • Assurer une bonne connaissance de leur réseau auprès des professionnels du champ médico-social (travailleurs sociaux, éducateurs, psychologues, médecins, etc.) ; • Initier et participer à la création d'un centre de formation au rétablissement (type COFOR à Marseille). 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de GEM sur le territoire varois • Nombre et diversité des activités collectives proposées par les GEM • Nombre de rencontres inter GEM • Nombre de GEM présents dans les instances départementales • Nombre de partenariats formalisés pour l'ensemble des GEM • Nombre et qualité des outils de présentation des GEM à destination des professionnels du champ médico-social

Territoire de l'action : VAR - Cette action pourrait de plus soutenir les GEM plus isolés ou émergents et peut-être mettre en lumière de nouveaux besoins sur le territoire (Fréjus-St Raphaël ?).

Bénéficiaires : Les GEM du département, leurs membres et au-delà l'ensemble des personnes souffrant de troubles psychiques et de troubles neurologiques graves qui pourraient être mieux pris en compte collectivement, moins stigmatisées et mieux orientées.

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Définition de la structure porteuse de l'animation départementale	Dès proposition d'une structure
2. Rencontre entre tous les GEM - Définition des besoins pour la coordination - Réflexion sur un centre de formation au rétablissement	A définir
3. Recrutement de l'animateur	Dès accord financier
4. Mise en place effective de l'animation départementale	
5. Participation des GEM dans les instances de réflexion	En continu

Moyens nécessaires identifiés :

- Un animateur qui serait basé sur une structure volontaire et neutre (ni un GEM ni un parrain ni une structure spécialisée handicap ou soins psychiatrique). A terme cela pourrait être le centre de rétablissement du centre ressources handicap
- Matériel informatique – téléphone
- Prévoir les déplacements pour les rencontres entre usagers (tournant entre les différents GEM ?)

Partenaires potentiels : Les collectivités territoriales, GEM



AXE 3

AMELIORER LES CONDITIONS DE VIE ET D'INCLUSION SOCIALE
ET LA CITOYENNETE DES PERSONNES EN SITUATION
DE HANDICAP PSYCHIQUE.

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTION

Axe 3 – Fiche 3.1

Repérage et prise en charge des publics spécifiques

Migrants – Mineurs Non Accompagnés – Psycho-traumatisés

Type(s) de porteur(s) : Coordonnateur PTSM - Groupe de travail dédié

Objectif stratégique : Développer le repérage et la prise en charge psychologique et psychiatrique des publics vulnérables : précaires, migrants et MNA (mineurs non accompagnés) sur l'ensemble du territoire.

Axe 1 : « Organisation du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles »

Enjeux de l'action / contexte :

Dans le département du Var, la DDCS indique que la région PACA est la troisième région d'accueil en France avec des arrivées en constante augmentation.

Le repérage de psycho-traumatismes et de troubles psychiques sont compliqués par les barrières culturelles, linguistiques, et le manque de formation spécifique des professionnels de santé.

Le parcours migrants et MNA sont scindés ; les personnes précaires, public hétérogène, nécessitent des prises en charge difficiles à appréhender globalement ; la coordination entre les différents secteurs : jeunes, précarité, psychiatrie et pédopsychiatrie doit être développée et formalisée pour éviter les ruptures.

Concernant les mineurs non accompagnés, ils sont pris en charge par le service d'Aide Sociale à l'Enfance du Conseil Départemental qui a conventionné avec plusieurs associations pour leur prise en charge effective. A partir de leur majorité, après une éventuelle inscription dans un dispositif jeune majeur, ils sont peu repérés et pris en charge dans les dispositifs de soins psychiatriques et se retrouvent parfois dans des parcours d'errance.

Les migrants qui arrivent à Toulon bénéficient d'une visite médicale complète à l'hôpital de Toulon La Seyne (CHITS). Ce n'est pas le cas sur le reste du département.

Les MNA sont pris en charge par la direction de l'enfance du département du Var. Ce dernier a délégué la mission évaluation et accompagnement à des prestataires dont l'ADSEAAV qui mène une évaluation de l'isolement et de la minorité. Un examen médical est aussi effectué par le médecin départemental. Du fait de leur exposition à de nombreux risques, avant leur départ, durant la migration et à leur arrivée, les mineurs non accompagnés sont très vulnérables et susceptibles de développer un problème de santé mentale. Le stress traumatique peut parfois se réactiver à tout moment de l'accompagnement et s'amplifier à l'arrivée de la majorité.

Le repérage et l'accompagnement de ces publics vulnérables fait l'objet du chantier prioritaire n° 8 de la feuille de route santé mentale et psychiatrie 2020 du ministère des



Solidarités et de la Santé : « Chantier prioritaire 8 : mieux repérer et accompagner les publics vulnérables (Précaires, détenus, migrants, enfants de l’ASE...). La prise en charge des publics en situation de précarité présentant des troubles en santé mentale est en effet très complexe, tant pour les professionnels des structures sociales, que celles relevant du soin. La précarité ne désigne pas un public particulier, avec des besoins spécifiques, mais plutôt des moments ou des lieux où les personnes atteintes de troubles psychiques sont plus vulnérables et où les personnes en situation de précarité sont plus exposées aux troubles mentaux. Ces populations sont particulièrement vulnérables à la segmentation des dispositifs, et plus généralement des politiques publiques, parce qu’elles cumulent les problématiques sociales, administratives et de santé. De ce fait, il importe moins de proposer des dispositifs spécifiques, mais plutôt d’inciter les professionnels du sanitaire et du social (formation initiale, continue, croisée, groupe de travail...) à coopérer, pour rendre effectif l’accès de ces publics aux dispositifs de droit commun, en fonction de leur besoins spécifiques (prise en charge psycho-trauma et sociale pour les migrants, addictologie et psychiatrie pour les PPMJ et les personnes à la rue). »

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un groupe de travail dédié sur le repérage et la prise en charge des troubles psychiques pour les personnes particulièrement vulnérables ; • Généraliser sur le territoire le dispositif d’accueil et de prise en charge de Toulon qui inclut une visite médicale à l’hôpital pour les migrants ; • Former des professionnels médicaux volontaires à une approche trans-culturelle ; • Mettre en place et animer les échanges entre professionnels psychiatriques et médico-sociaux du territoire autour de ces publics ; • Développer des conventions pour des recours à un service de psychiatrie avant la crise. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place effective et qualité du groupe de travail • Mise en place d’un dispositif sur le département (équipe mobile dédiée ou conventions avec les hôpitaux de secteur) • Nombre et qualité des formations proposées aux professionnels médicaux (taux de participation et taux de satisfaction) • Nombre et qualité des professionnels volontaires • Nombre et qualité des professionnels impliqués dans des dispositifs de repérage et de prise en charge à la suite de ces formations • Nombre de rencontres interprofessionnelles et solutions apportées (comptes-rendus des réunions) • Nombre de prises en charge effectives psychologiques ou psychiatriques de personnes migrantes et MNA sur le Var corrélé au nombre de consultations demandées par les établissements sociaux • Taux de recours aux urgences psychiatriques pour ces personnes sur le Var (file active)

	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de recours à des traducteurs pendant les consultations psychologiques ou psychiatriques • Création d'un réseau pluriprofessionnel
--	---

Territoire de l'action : Var

Bénéficiaires : Les publics vulnérables du département : personnes précaires, personnes migrantes et MNA

Etapas de mise en œuvre
1. Définition du pilote
2. Mise en place du groupe de travail dédié
3. Mise en place dispositif visite médicale (hôpital – CPTS)
4. Mise en place programme de formations pour les professionnels
5. Recueil des données sur les passages aux urgences et analyses
6. Evaluation annuelle du groupe de travail

Moyens nécessaires identifiés :

- Groupe de travail dédié
- Formations spécifiques sur les plans de formation des structures
- Un pilote de cette action (qui peut être le coordonnateur PTSM)

Partenaires potentiels : Les établissements médico-sociaux accueillant les publics spécifiques, les établissements de soins psychiatriques, les CMP, la DDCS, le Conseil Départemental

Axe 3 – Fiche 3.2.1

Développement des SAMSAH

Type(s) de porteur(s) : Opérateurs actuels (Isatis – Présence – Adapei Var Méditerranée – Ladapt – APF)

Objectif stratégique : Pouvoir vivre le handicap en milieu ordinaire

Axe 1 : « Organisation du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles »



Enjeux de l'action / contexte :

Les SAMSAH (Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) permettent à des personnes en situation de handicap de vivre en milieu ordinaire.

Le décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale mentionne « art. R 3224-1 : le projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L.3221-2 : 1° Favorise la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social. »

Ainsi, en ce qui concerne les soins et la prise en charge, c'est l'ambulatoire qui doit être privilégié et développé.

Le diagnostic varois montre une inégalité de territoire pour la prise en charge en psychiatrie, un taux d'hospitalisation en psychiatrie supérieur à la moyenne nationale et un taux de prise en charge en ambulatoire inférieur aux moyennes régionale et nationale (tableau 15 du diagnostic). Ce diagnostic met également en évidence que près de la moitié des notifications de la MDPH pour l'accès à un SAMSAH ne peuvent être pourvues (tableau 37). Il semble donc essentiel de développer des SAMSAH afin de mettre en œuvre le PTSM varois et de permettre aux personnes en situation de handicap d'avoir cette compensation leur permettant de vivre en milieu ordinaire. De même, il est important de permettre un déploiement sur l'ensemble du Var.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Construire une offre de SAMSAH sur l'ensemble du département ; • Proposer des prises en charge SAMSAH pour l'ensemble des personnes notifiées par la MDPH ; • Développer des prises en charge en ambulatoire et prévoir un déploiement sur l'ensemble du département sur 5 ans. 	<ul style="list-style-type: none"> • Répartition géographique des SAMSAH sur le département ; • Pourcentage de notifications prises en charge dans un délai inférieur à un mois (objectif : 100% d'ici fin 2022) • Part des d'hospitalisations à temps plein vs hospitalisation en ambulatoire (objectif : égal à la moyenne nationale d'ici fin 2022) <p style="text-align: center;"><i>Ces indicateurs seront évalués annuellement</i></p>

Territoire de l'action : Var

Bénéficiaires : Les personnes en situation de handicap nécessitant une prise en charge en ambulatoire

Etapas de mise en œuvre
1. Rencontres entre la MDPH, l'ARS, la CPAM, les différents opérateurs et le coordonnateur PTSM pour constitution d'un comité de pilotage
2. Définition d'un plan de développement
3. Mise en œuvre de l'augmentation des prises en charges SAMSAH
4. Evaluation de la première année de mise en œuvre et plan d'action pour l'année suivante par le comité de pilotage

Moyens nécessaires identifiés :

- Augmentation des moyens pour les prises en charge par le département

Partenaires pressentis : S'appuyer sur les opérateurs actuels ou sur d'autres associations (Isatis - Présence – Adapei Var Méditerranée – Ladapt – APF)

Axe 3 – Fiche 3.2.2

Coordonnateur de parcours

Type(s) de porteur(s) : ESMS – CHITS – CH H. Guérin - Clinique Val du Fenouillet

Objectif stratégique : Favoriser le pouvoir d’agir des personnes par une approche globale et coordonnée

Axe 1 : « Organisation du repérage précoce des troubles psychiques, de l’élaboration d’un diagnostic et de l’accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles »

Enjeux de l’action / contexte :

La notion de référent de parcours est issue du secteur social. Dans le secteur médico-social, on trouve également des coordonnateurs de parcours ou des case-manager.

« Les orientations inclusives qui s’affirment tentent d’assurer la cohérence et la continuité des diverses interventions nécessitées par les situations de handicap des personnes concernées. Cette nouvelle approche conduit à repenser la notion historique d’établissement, voire à l’abandonner progressivement, pour opérer davantage en réseau, en partenariat avec de multiples acteurs, chaque fois que possible appartenant au droit commun.

*Cela pose par là même la nécessité d’une coordination de parcours. Le **coordonnateur de parcours** assure l’ajustement entre le projet de vie et les besoins de la personne bénéficiaire et les services qui sont proposés, ainsi que la liaison opérante entre les différents services.*

*Il s’agit bien là d’une nouvelle expertise qui émerge fortement et ne peut se dissoudre dans le rôle d’éducateur ou d’assistant de service social référent, même si elle s’inspire de ces rôles. Cette fonction implique un profond changement de posture et s’inspire des objectifs du **case management**.*

Il s’agit alors d’élever le niveau de qualité de service rendu aux destinataires, de favoriser leur autodétermination en réduisant les risques de soumission de leur part, d’obtenir une collaboration plus efficiente. » ASH n°3105 – avril 2019

« Le case management répond à la nécessité d’une approche globale de la personne soignée. Il lui permet le maintien à domicile et soutient son adaptation en répondant aux besoins de la vie quotidienne dans laquelle s’intègre le traitement psychiatrique. Il garantit la flexibilité et la variabilité de l’intensité des interventions. » Vie sociale n° 1 – 2010

Nous nous sommes également appuyés sur l’expérimentation de référent de parcours menée dans 4 départements volontaires par la Direction de la Cohésion Sociale. En effet, les objectifs poursuivis nous semblent répondre également aux besoins repérés durant le diagnostic :

« La démarche du référent de parcours est destinée à proposer un accompagnement renforcé aux personnes en grande difficulté sociale et vise pour ce faire à améliorer la coopération entre les professionnels en charge du suivi d’une même personne, en associant activement cette dernière à la prise de décision...



Le référent de parcours est un professionnel disposant d'une vision globale des interventions sociales qu'il coordonne en accord avec la personne et en lien avec l'ensemble des intervenants. Le référent de parcours est impliqué directement dans l'accompagnement de la personne et est choisi autant que faire se peut par la personne accompagnée, parmi un de ses intervenants. Le référent de parcours n'est pas un nouveau métier mais une démarche réalisée par des professionnels du travail social dans un cadre défini, pour une situation particulière. Il n'a pas de lien hiérarchique avec les autres intervenants, son rôle prenant place dans un cadre de coopération et de co-construction. Les enjeux de cette démarche sont :

- *La place centrale de la personne accompagnée ;*
- *La valorisation des potentiels de la personne accompagnée et la valorisation de ses savoirs ;*
- *Le travail en réseau entre les différentes institutions ;*
- *La cohérence et l'efficacité des actions menées afin d'assurer la continuité du parcours de la personne.*

Les grands principes de cette démarche sont :

- *La participation active de la personne accompagnée ;*
 - *La coordination entre professionnels ;*
 - *La collégialité des décisions prises ;*
 - *Le référent de parcours assure le rôle d'interlocuteur privilégié ;*
 - *La démarche ne modifie pas l'accompagnement réalisé par chaque professionnel.*
- »

Ainsi, pour ces 3 dispositifs, il s'agit à la fois d'une coordination des différents professionnels autour d'une personne, mais aussi de prendre davantage en compte les besoins de cette personne et au-delà de favoriser son pouvoir d'agir et de décider pour elle-même, tout en facilitant les différentes démarches.

Il semble important que cet axe du Plan Territorial de Santé Mentale soit développé afin d'initier et de développer de nouvelles pratiques collaboratives autour des personnes concernées et de développer leur pouvoir d'agir et leur émancipation.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Développer des Coordonnateurs de Parcours (CdP) ; • Initier la démarche sur le département avec les instances concernées ; • Créer un comité de pilotage ; • Définir les missions et les caractéristiques des CdP ; • Sensibiliser l'ensemble des professionnels et les associer à la démarche ; • Informer les personnes concernées et leur proposer la démarche ; • Evaluer l'évolution de la situation des personnes concernées ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et qualité de rencontres et mise en place effective d'un cahier des charges • Nombre et type de professionnels impliqués dans la démarche • Nombre et type de personnes concernées des personnes concernées dans la démarche • Nombre de coordonnateurs et de coordinations mises en place • Taux de satisfaction des personnes concernées • Evaluation de l'observance des traitements • Démarches réalisées contribuant au mieux-être des personnes

<ul style="list-style-type: none"> • Valider les CdP (de préférence choisis par les personnes concernées) ; • Organiser une instance de suivi et d'évaluation ; • Proposer des temps d'analyse des pratiques pour les CdP ; • Evaluer les éléments de satisfaction pour les personnes concernées. 	<p>accompagnées (évaluation annuelle)</p>
---	---

Territoire de l'action : Var

Bénéficiaires : Les personnes souffrants de troubles cognitifs, psychiques ou psychiatriques prises en charge

Etapes de mise en œuvre
1. Première rencontre sur le territoire – mise en place du comité de pilotage
2. Définition du cahier des charges et communication aux établissements et professionnels concernés – mise en place des outils de communication
3. Information des personnes concernées et proposition de la démarche par les GEM, les ESMS, les établissements de soins.
4. Identification des premiers coordonnateurs
5. Mise en place d'une première rencontre des CdP identifiés
6. Mise en place des CdP et expérimentation
7. Rencontres et évaluation de suivi du comité de pilotage
8. Mise en place de sessions d'analyse des pratiques professionnelles pour les CdP
9. Compte-rendu des premiers éléments d'évaluation du terrain
10. Formation des CdP (Formations spécifiques ou formations type PSSM ou entretien motivationnel)

Moyens nécessaires identifiés :

- Un coordonnateur de l'action (qui pourrait être le coordonnateur PTSM ou un coordonnateur ARS ou CD) ;
- Une volonté départementale et une implication dans le comité de pilotage
- Des moyens d'action pour ce coordonnateur (mail - bureau) ;
- Des temps de formation et d'analyse de pratiques pour les CdP.

Partenaires potentiels : CODES 83, l'UNAFAM, le CHITS, le CH H. Guérin

Axe 3 – Fiche 3.2.3

Logement collectif alternatif Var

Type(s) de porteur(s) : A définir entre BAILLEUR SOCIAL et ASSOCIATION

Objectif stratégique : Travailler l'estime de soi, la coopération et l'insertion par le logement, par la création d'un lieu de vie, avec et pour des personnes en situation de handicap psychique

Axe 2 : « Organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale »



Enjeux de l'action / contexte :

La problématique du logement peut être très difficile à gérer pour des personnes souffrant de troubles psychiques qui ne relèvent pas d'une structure adaptée, qui ne souhaitent ou ne peuvent pas rester en famille et souffrent de l'isolement.

Différentes études montrent que 30% des personnes sans domicile ont des pathologies psychiatriques sévères. Pour les 70 % restant, les souffrances et les troubles psychiques sont présents. D'autre part, ces mêmes études montrent que l'accès aux soins et l'observance des traitements sont très difficiles sans logement (Samenta, *Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France*, Observatoire du Samu social de Paris, Inserm, 2010. – programme « un chez soi d'abord »).

La question du logement est cruciale car il est impossible de développer des ressources propres si l'on n'a pas un toit et un lieu qui nous protège. Ces personnes ont besoin de lieux adaptés qui leur permettent de se loger dans de bonnes conditions avec des exigences bas seuil et des possibilités d'aides sociales et médicales. Ce sont souvent des personnes qui ont de grandes difficultés à initier le changement et ont besoin de soutien. Pour autant, ces personnes ont la capacité de s'approprier des lieux, et de développer des actions collectives avec un encadrement adapté.

Dans le Var, les compagnons bâtisseurs proposent à des familles précaires de les aider à la rénovation, la mise en conformité et l'aménagement de leur habitat.

Il pourrait être intéressant, dans un projet innovant et participatif de proposer ainsi à des personnes en situation de handicap psychique avec des profils inadaptés aux modes de vie classiques et souffrant de l'isolement, d'investir un lieu de vie nouveau, avec l'appui de professionnels pour la rénovation, d'une part, et ensuite, du personnel médico-social éducatif pour la vie courante. Si l'autogestion totale reste difficile à envisager dès le début du projet, c'est ce qui pourrait être l'objectif final, avec le soutien des aides légales du droit commun (auxiliaire de vie) ou d'un SAMSAH.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Permettre à des personnes malades psychiques et à des opérateurs de différents secteurs (sanitaire, social, logement) de réfléchir ensemble et de proposer un cadre et une organisation satisfaisants pour un lieu de vie concernant une quinzaine de personnes ; • Réinvestir un lieu pour y créer un lieu de vie avec des personnes en situation de handicap psychique ; • Permettre à ces personnes de travailler à la réhabilitation du lieu avec des professionnels et en même temps à leur propre rétablissement ; • Permettre à des personnes malades psychiques d’imaginer et de réaliser un lieu de vie et une organisation communautaire ; • Permettre à ces personnes de mettre leurs compétences au service d’autres projets. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et qualité des partenaires • Nombre et qualité des usagers mobilisés • Capacité à la mise en œuvre des travaux • Réalisation dans les temps • Qualité des échanges, des outils produits pendant les réunions de préparation • Nombre de contrats signés • Respect des obligations liées au chantier • Capacité du groupe à élaborer un protocole d’action • Observance des traitements et des suivis pendant la mise en œuvre du chantier et après l’entrée effective dans le logement • Duplication du projet, et implication des premiers bénéficiaires à développer le projet

Territoire de l’action : A définir selon partenariat pour le foncier

Bénéficiaires : Patient ne présentant pas de trouble du comportement pouvant mettre en péril sa santé ou la vie de l’établissement.

Etapes de mise en œuvre
1. Mise en place d'un comité de pilotage incluant des usagers pour réfléchir à la faisabilité du projet
2. Définition d'un porteur de projet
3. Recherche d'un lieu et validation par le comité de pilotage
4. Signature de conventions entre les différents partenaires
5. Recherche de partenariats pour les différents travaux
6. Communication sur le dispositif auprès de futurs résidents
7. Signature d'engagement mutuel avec les futurs résidents
8. Début des travaux

Moyens nécessaires identifiés :

- Trouver un lieu à réhabiliter ;
- Un service coordinateur du projet (association type API Provence ou ADAPEI, AVEFETH...) ;
- Conventions et partenariats forts entre services logement – réhabilitation logement – service médico-social ;
- Budget pour la réhabilitation et la mise aux normes du lieu et l'aménagement ;
- Rencontres régulières avec les premiers résidents qui travailleraient à la réhabilitation et à l'organisation de vie ;
- Envisager l'emploi d'une maitresse de maison et le service d'un SAMSAH ;
- Les locataires du logement pourraient ensuite payer un loyer adapté à leurs moyens avec les aides légales (CAF) mobilisées.

Partenaires pressentis : Bailleur social, associations

Axe 3 – Fiche 3.2.4

Résidence accueil CHITS

Type(s) de porteur(s) : CHITS

Objectif stratégique : Développer une modalité de logement adaptée et innovante inspirée du fonctionnement des maisons relais

Axe 2 : « Organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s’inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale »

Enjeux de l’action / contexte :

Une résidence accueil propose une modalité de logement adapté, inspiré du fonctionnement des maisons relais répondant aux besoins spécifiques des personnes ayant un handicap psychique. C’est un lieu où peuvent s’installer sans limitation de durée des personnes souffrant d’isolement et rencontrant des difficultés pour vivre dans un logement traditionnel. Elles y disposent d’un « chez soi », dans un environnement chaleureux et convivial, à taille humaine, intégré dans un environnement urbain, offrant un logement privatif équipé et confortable, ainsi que des espaces communs conçus pour une vie agréable et favorisant le lien social. Le concept de résidence accueil, qui associe Maison relais et service d’accompagnement, a été créé pour adapter les pensions de famille aux spécificités des personnes en situation de handicap psychique. L’obligation de "diversité de population", applicable aux résidents des Maisons relais, n’est plus applicable dans le cas des résidences accueil qui sont des structures spécialisées handicap psychique, et n’accueillent que des personnes en situation de handicap psychique. Les résidences accueil s’adressent à des personnes dont la fragilité rend nécessaires une présence qui, sans être continue, apporte sécurité et convivialité, ainsi qu’un accompagnement social. La réhabilitation sociale est privilégiée. La création d’une équipe de soutien psychiatrique de prise en charge de patients à handicap psychique permettra le maintien de ces patients dans ce type de structure.

Les structures médico-sociales (FAM, MAS) sont saturées dans le département et il y a peu de solutions de sortie en milieu ordinaire pour des personnes ne relevant pas de structures médico-sociales.

De plus, ce public est généralement mal accueilli dans les structures de droit commun par manque de coordination avec les services de soins et les représentations négatives de ces patients.

En 2016, une étude a été réalisée à partir d’un échantillon de 39 patients suivis par les secteurs de psychiatrie adulte du CHITS (G01 ; G02 ; G03 ; G04 ; G05). Il a été demandé à chaque assistante sociale, en lien avec les psychiatres, de recenser les patients dont le profil correspond au cahier des charges d’une Résidence accueil.



39 patients ont été retenus. L'âge moyen des patients est de 41.79 ans. Le patient le plus jeune a 21 ans, le plus âgé 59 ans. Cinq patients ont au moins 55 ans. Il s'agit majoritairement d'hommes (62 %).

Plus de 69% des patients sont dans une situation précaire concernant le logement. 23% n'en ont pas. En raison de leurs difficultés médico-sociales, pour 28% (locataires et propriétaires) le maintien à domicile est compromis, avec des mesures d'expulsion qui sont parfois prononcées.

La majorité des patients perçoit les minima sociaux. 76.92 % perçoivent l'AAH.

Sur 39 patients étudiés, 30 sont suivis par les secteurs de psychiatrie adulte toulonnais (G01 ; G02 et G03). Quatre personnes ont plus de 55 ans, dont trois des secteurs de Toulon. Le critère d'âge est à prendre en compte. En effet, la limite d'admission dans une Résidence Accueil est de 60 ans. La majorité des patients fréquente régulièrement les unités d'hospitalisation. En raison de l'absence de structures adaptées, quatre personnes sont hospitalisées toute l'année. On observe une importante précarité concernant le logement et la situation socioéconomique. Cette instabilité compromet la prise en charge médicale et sociale (risque de ré-hospitalisation important). La création d'une résidence accueil sur la commune de Toulon correspond donc à un besoin. Au regard de cette étude, une unité de 18 à 25 logements individuels semble réaliste.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Mener une étude sur les besoins de logement adapté sur le territoire du CHITS ; • Formaliser des partenariats ; • Développer une résidence accueil sur le territoire du CHITS ; • Mettre en place une équipe de soutien psychiatrique de prise en charge de patients à handicap psychique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation de l'étude de besoins et analyse • Partenariats développés (nombre de conventions) • Développement de l'opération immobilière et mise en œuvre effective d'une résidence accueil de 18 logements minimum • Entrée effective dans la résidence accueil des premiers résidents • Taux de satisfaction des résidents

Territoire de l'action : secteur du CHITS

Bénéficiaires : Patients âgés de 18 à moins de 60 ans suivis par un secteur de psychiatrie, stabilisés, capables de vivre en collectivité, présentant des critères définis d'isolement et de précarité.

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Contact CHITS DDCS pour évaluer la faisabilité et le budget disponible	2016
2. Réalisation d'une étude quantitative sur le nombre de patients concernés	2016
3. Recherche d'un terrain disponible	2017/18
4. Rencontre du SIAO du Var pour partenariat	2019
5. Rencontre de la mairie de Toulon pour bâtiment disponible	2020
6. Lancement de l'opération immobilière	A venir
7. Fin de la mise en conformité	
8. Sélections des patients	
9. Mise en place de l'équipe de soins référente	
10. Accueil des premiers occupants	
11. Evaluation à 6 mois de la prise en charge (Observance des traitements, qualité de vie, insertion sociale)	
12. Phase de développement	

Moyens nécessaires identifiés :

- Terrain ou bâtiment à acquérir
- Conventonnement pour APL
- Equipe de soutien psychiatrique du CHITS
- Hôte professionnel, salarié de la structure
- Veilleur de nuit 7/7
- Accompagnement sanitaire et social

Partenaires pressentis : DDCS – SIAO – GEM – CAF – AVEFETH ESPERANCE VAR

Axe 3 – Fiche 3.2.5

Logement en habitat varié pour accompagner le vieillissement des personnes en situation de handicap

Type(s) de porteur(s) : ADAPEI Var Méditerranée - ESMS

Objectif stratégique : Proposer des solutions d'habitat varié favorisant la mixité sociale pour accompagner le vieillissement des personnes handicapées.

Axe 2 : « Organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques grave et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale ».

Enjeux de l'action / contexte :

Le vieillissement de la population des personnes handicapées suit le

Le vieillissement de la population de personnes en situation de handicap psychique ou mental suit en général celui de la population générale. L'espérance de vie a considérablement augmenté depuis le siècle dernier, grâce à l'amélioration des conditions de vie et de prises en charge et aux progrès de la médecine. Ce vieillissement n'est pas linéaire ni égal d'une personne à l'autre, y compris parmi la population handicapée.

C'est pourquoi, il est essentiel que son projet de vie soit évolutif.

Peu de publications de la communauté scientifique française sont disponibles.

Pour exemple, on peut cependant noter le groupe de personnes porteuses de trisomie 21 qui a été davantage évalué :

Espérance de vie à la naissance :	En 1929	9 ans
	En 1990	55 ans (CNSA octobre 2010)

En France, selon l'INSEE, le nombre de seniors va fortement augmenter d'ici 2050 du fait de l'arrivée aux grands âges de la génération issue du baby-boom.

D'après les prévisions démographiques, la région PACA compterait 1,6 millions d'habitants de 65 ans ou plus en 2050, soit 600000 de plus qu'actuellement. Au total, 3 personnes sur 10 seront potentiellement âgées de 65 ans ou plus en 2050.

En particulier, sur le territoire du Var, la population varoise est plus âgée que la moyenne nationale (le phénomène n'est pas nouveau mais s'accroît ces dernières années). Actuellement, chez les plus de 65 ans, 1/3 des personnes sont limitées dans les activités quotidiennes.

Pour les travailleurs d'ESAT, le passage en retraite s'accompagne nécessairement d'une sortie du foyer d'hébergement que le travailleur occupait.



Dans les foyers de travailleurs en ESAT, le moment de la retraite est souvent difficile et le manque de places ne permet pas de leur proposer des solutions adaptées à leur nouveau statut, bloquant en même des places en foyer pour de nouveaux travailleurs.

Il s'agit donc de proposer des solutions d'habitat pour ces travailleurs à la retraite ou pour des personnes en situation de handicap psychique ou mental vieillissantes et qui ne peuvent plus rester dans leur lieu de vie.

Accompagner le vieillissement de personnes vieillissantes vulnérables, compte tenu de l'hétérogénéité de ce public et de ses difficultés nécessite de proposer des solutions variées, favorisant la mixité sociale et l'ouverture pour un public d'anciens travailleurs qui se retrouve isolé en fin de carrière.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Créer des formes d'habitats diversifiées pour les personnes vivant avec un handicap vieillissant : <ul style="list-style-type: none"> ○ Places en résidence autonomie ○ Accueil en EHPAD pour les plus dépendants ○ Créations d'habitats partagés, regroupés, inclusif et de colocations (usagers de foyers de vie) • Organiser des rencontres et des espaces pour le maintien des liens familiaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de places créées pour des personnes vivant avec un handicap vieillissant ; • Nombre de personnes handicapées vieillissantes ayant bénéficié de ces places ; • Nombre de rencontres familiales et qualité de l'aménagement des lieux de rencontre proposés ; • Nombre et qualité des actions en partenariat avec les établissements de proximité.

Territoire de l'action : Var

Bénéficiaires : Personnes âgées ayant des troubles psychiques ou mentaux

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
Pour le projet de places en résidence autonomie	
1. Dépôt du projet	Septembre 2020
2. Mise en conformité des locaux	Dès accord financier
3. Mise en place d'un projet d'établissement et de prise en charge collective	A définir
4. Mise en place d'une commission d'attribution des places	A définir
5. Recrutement et mise à disposition du personnel	A définir
6. Ouverture de l'ensemble des places	A définir
Pour les autres formes d'habitat	
Places en EHPAD	Déjà déployé
Habitats partagé, regroupés, inclusifs	A définir

Moyens nécessaires identifiés :

Réponse favorable à l'appel à projet déposé en septembre 2020 pour les places de résidence autonomie

Locaux déjà à disposition ou perspectives immobilières

Obtention financement habitat inclusif

Partenaires potentiels :

Acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité

Associations locales, commerçants, etc.

Promoteurs immobiliers

Axe 3 – Fiche 3.2.6

Développement des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)

Type(s) de porteur(s) : Association OLBIA VAR APPARTEMENTS (OVA) - ESMS

Objectif stratégique : Améliorer l'accès et le maintien des personnes dans un logement autonome et accompagné.

Axe 2 : « Organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques grave et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale ».

Enjeux de l'action / contexte :

Les personnes en souffrance psychique requièrent un mode de logement parfois spécifique. Entre vie autonome et besoin de sécurisation, l'accueil dans des petites unités de vie fait les preuves de son efficacité. Un des indicateurs les plus quantifiables figure dans les retours vers l'hospitalisation qui sont nettement réduits.

La période de confinement a mis en évidence le besoin d'étayage. L'accueil dans des lieux de vie, où l'espace personnel est respecté tout en combinant la présence d'autrui, s'est avéré positif.

L'association OVA gère sur l'aire toulonnaise 4 petites unités d'accueil (5-7 personnes) dont une maison sur Toulon Ouest pour 5 personnes qui a ouvert ses portes en janvier 2019 dans le cadre d'une résidence accueil avec un financement DDCCS.

En complément de son activité actuelle, elle souhaite mettre à disposition cette unité d'accueil pour des personnes relevant de pathologies chroniques de type trouble psychique.

La nouveauté de ce dispositif serait de proposer l'accueil de personnes en souffrance psychique modérée avec un co-financement DDCCS-ARS. Le co-financement permettrait le renforcement de l'équipe avec du personnel de santé au quotidien pour l'accueil, dans cette unité, de personnes en souffrance psychique modérée.



ACTION EN COURS D'ELABORATION

AXE 3

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer le parcours de soins de résidents accueillis en logements adaptés par la présence quotidienne de personnel de santé • Coordonner les interventions des équipes médicales • Accompagner les personnes pour aller vers les lieux de soins • Promouvoir l'accompagnement à la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes accueillies • Durée de séjour • Type de sorties • Taux d'hospitalisation et situation de crise • Réduction des conduites à risques

Territoire de l'action : TPM

Bénéficiaires : Personnes relevant de pathologies chroniques de type trouble psychique

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Validation du projet par l'ARS, diffusion aux partenaires	A définir
2. Mise en œuvre des ACT – recrutement du personnel spécialisé et finalisation du projet d'accueil et d'accompagnement	Selon accord de financement
3. Commission d'orientation, accueil du public	
4. Suivi du projet	
5. Évaluation	

Moyens nécessaires identifiés :

- Recherche d'un co-financement DDCS/ARS
- Recrutement de personnel

Partenaires potentiels : Cliniques de soins spécialisés, réseau de bailleurs

Axe 3 – Fiche 3.2.7

Familles gouvernantes

Type(s) de porteur(s) : UDAF

Objectif stratégique : Etendre une offre de logement adaptée « Famille Gouvernante » pour répondre aux besoins repérés sur le territoire

Axe 2 : « Organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale »

Enjeux de l'action / contexte :

L'UDAF du Var a développé un dispositif « Famille Gouvernante » depuis plus de 9 ans. Ce dispositif est une des réponses aux difficultés d'accès et de maintien au logement des patients présentant des troubles psychiatriques, dépendants, souvent en situation d'exclusion, dont l'état psychique permet la cohabitation et faisant l'objet d'une mesure de protection juridique. L'accès et le maintien dans un logement conditionnent et permettent l'accès et la continuité des soins des patients psychiatriques. Par ailleurs, l'insertion sociale assurée par le dispositif améliore l'état de santé du patient en rompant son isolement. Le dispositif « Famille Gouvernante » consiste à réunir dans un même appartement (pris à bail par l'UDAF et mis à la disposition des bénéficiaires) des personnes qui ne peuvent vivre de manière autonome mais dont la stabilisation de l'état de santé ne justifie plus le maintien en hôpital psychiatrique, et qui, par ailleurs, ne relèvent pas d'un mode d'hébergement institutionnel. Le regroupement dans un même appartement permet à ces personnes d'accéder collectivement à la prestation d'une tierce personne dite « gouvernante » dont la fonction sera de favoriser des liens de vie communautaire de type familial propices à l'insertion sociale. Le premier module d'habitation a vu le jour en octobre 2010 dans la commune du Val. Le dispositif s'est ensuite étendu en 2015 avec la création d'un module d'habitation à Saint-Maximin. Le taux d'occupation moyen est de 92% depuis l'ouverture et entre 5 et 8% de journées d'hospitalisation. Au 31/12/2017, la durée moyenne de séjour des habitants du Val était de 2 ans et 2 mois, et de 1 an et 2 mois pour les habitants de Saint Maximin. L'UDAF souhaite étendre son dispositif sur les communes de Fréjus et Toulon, où les besoins recensés sont les plus importants.

Les expériences de mixité dans les logements se sont révélées positives. Au-delà du problème psychique, la santé des habitants à leur arrivée est globalement très dégradée : problèmes cardiaques, pulmonaires, diabète, aucun suivi sur le plan dentaire, ORL et de la vue. La plupart souffrent d'addictions plus ou moins stabilisées : le tabac, l'alcool, les toxiques, les médicaments, et de problèmes de comportements liés à la nourriture. C'est pourquoi la prise en charge globale de la santé de chaque habitant est la préoccupation majeure des intervenants et s'effectue notamment par l'accompagnement vers les différents spécialistes. Aussi, un partenariat étroit et efficient s'est développé entre les gouvernantes, le coordinateur du dispositif et l'ensemble des acteurs médicaux et médico-sociaux.



ACTION FINALISEE

AXE 3

L'analyse des besoins en termes d'hébergement et d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique montre sans équivoque que le département du Var est largement déficitaire quant à l'offre d'établissements médico-sociaux dédiés à ces personnes. Les structures porteuses du projet souhaitent ainsi étendre le dispositif existant aux secteurs de :

- Fréjus-Saint Raphaël pour une capacité d'accueil de 5 ou 6 personnes. Un logement en construction a été proposé par un bailleur social à Fréjus mais nous n'a pu être accepté pour l'instant faute de financement. Le CHI de Fréjus Saint-Raphaël ne dispose que de 34 lits d'hospitalisation en psychiatrie. La Direction fait part de difficultés grandissantes pour fluidifier les sorties de patients vers des structures à même de les accueillir et de les accompagner.
- Toulon pour une capacité de 5 ou 6 personnes. Le CHITS (Ste Musse) souhaite libérer des lits occupés sur une longue durée par des personnes stabilisées mais sans solution de logement adapté à leur état.

L'objectif est également de ne pas déraciner des personnes fragiles qui ont déjà leurs repères et leur réseau sur le plan médical, social et éventuellement des liens affectifs et donc de les reloger à proximité de l'hôpital et du CMP où elles sont soignées habituellement. Les nouveaux logements reprendront le même fonctionnement que les deux logements « Familles Gouvernantes » existant (au Val et Saint Maximin).

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Etendre l'offre de famille gouvernante sur Toulon et Fréjus ; • Proposer ces logements à des patients volontaires stabilisés ; • Développer les partenariats sanitaires et médico-sociaux autour des résidents ; • Améliorer la prise en compte de la santé somatique ; • Améliorer les interactions sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place effective du dispositif • Nombre de personnes prises en charge dans le dispositif • Nombre de conventions entre professionnels • Amélioration de la qualité de vie des personnes (questionnaire) • Observance des traitements (questionnaire) • Nombre de partenaires identifiés et mobilisés

Territoire de l'action : Secteur de psychiatrie Toulon La Seyne et de Fréjus

Bénéficiaires : Patient adulte volontaire présentant des troubles psychiatriques chroniques suffisamment stabilisé et informé de sa pathologie sur dossier de candidature rempli par le médecin psychiatre. L'entrée dans le dispositif est décidée par une commission d'accueil composée de : un médecin psychiatre du Centre Hospitalier, un cadre de santé du Centre Hospitalier, un cadre socio-éducatif de ce même hôpital, un coordinateur du dispositif, un membre de la direction de l'UDAF du Var.

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Recherche de lieux adaptés à proximité des centres hospitaliers concernés	En cours
2. Mise en conformité du lieu	A venir, selon la date d'obtention du lieu
3. Recrutement gouvernant(e)	
4. Mise en place commission d'admission	
5. Signature premiers contrats	

Moyens nécessaires identifiés

- Lieu de vie – mises à disposition ou partenariat avec des bailleurs ou des municipalités
- Commission d'admission
- Recrutement d'un(e) gouvernant(e)
- Partenariat

Partenaires pressentis : UNAFAM – Association des Familles de traumatisés crâniens (AFTC) CH H. Guérin – CHITS – Hôpital de Fréjus – Aide aux Mères et aux Familles à domicile du Var – CMP – CSAPA – cabinets d'infirmiers libéraux – médecins libéraux – GEM – ISATIS

Axe 3 – Fiche 3.5.1

Centre de ressources handicap – Information - Formation

Type(s) de porteur(s) : A définir – implication des institutions parties prenantes dans la gouvernance

Objectif stratégique : Développer un lieu d'accueil, d'information, d'accompagnement et de formation sur le handicap sur le département du Var, pouvant également permettre l'émergence de patients pairs

Axe 5 : « Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles »

Enjeux de l'action / contexte :

La première difficulté qui est apparue lors de l'élaboration du diagnostic du PTSM concerne l'information des professionnels et des usagers au sujet des dispositifs existants. De même, la question de la formation également pour les professionnels et les usagers a été largement abordée.

La CAF du Var a la volonté d'accompagner la mise en place d'un pôle ressources sur le handicap qui pourrait regrouper l'ensemble des acteurs qui interviennent dans le champ du handicap et de l'inclusion de façon exhaustive, en faciliter la coordination, et développer l'accessibilité et la promotion des services inclusifs. Il s'agit bien d'une porte d'entrée unique à la fois pour les familles et les différents professionnels. Ce projet va au-delà de la santé mentale, puisqu'il s'agira d'un guichet unique à la fois pour les professionnels, les usagers et les familles sur l'ensemble des situations de handicap. Ce projet a fait l'objet d'une fiche action spécifique dans le cadre du Schéma Départemental de Services aux Familles du Var 2020-2023 (SDSF), qui sera pilotée par la CAF, l'ARS, la MDPH, tous signataires du SDSF.

L'entrée « santé mentale » semble essentielle et pourrait être renforcée par le PTSM tout en s'appuyant sur le dispositif prévu par la CAF, les objectifs, le public, la temporalité, étant les mêmes.

La partie « formation » que souhaite développer la CAF du Var pour les professionnels pourrait également être renforcée par la création d'un pôle « rétablissement » à destination des personnes concernées en s'appuyant sur le dispositif. L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé fait évoluer la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie en reconnaissant le caractère transversal de la santé mentale. (INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale)

Depuis les années 90, la notion de rétablissement est prépondérante dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques. Le rétablissement est la possibilité d'avoir une vie satisfaisante et de développer au mieux ses compétences. Il ne s'agit pas de guérison. Le soutien par les pairs, les rencontres sont essentielles dans ces projets de rétablissement. Ils permettent de donner du sens à l'existence, aux expériences vécues, de les partager. Les lieux de rétablissement, au-delà de la réhabilitation sociale permettent d'acquérir de nouvelles stratégies face à la maladie psychique, de retrouver un meilleur équilibre social, et de vivre plus heureux. Ils

peuvent également aider à développer sa créativité et lutter ainsi contre une estime de soi toujours abimée par les troubles psychiques, les rechutes, l'isolement, la perte de contrôle.

Différents aspects peuvent être ainsi pris en compte et traités dans un centre de rétablissement : le bien-être – la vie affective – les droits – la gestion de la maladie, des médicaments – la prévention.

Développer un centre de rétablissement au sein d'un pôle ressources handicap serait un projet innovant permettant de décroiser à la fois entre différents types de handicap et différents publics (professionnels – usagers – familles) et pourrait permettre des initiatives inclusives pour les stagiaires. Ce centre devrait également permettre l'émergence de patients pairs qui pourraient avoir des actions envers d'autres personnes en situation de handicap. Enfin, l'émergence d'un lieu unique apporterait d'une part une sécurisation de celui-ci, et d'autre part une meilleure visibilité auprès des publics concernés.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'accès à l'information sur les droits et les services proposés sur le département pour les personnes en situation de handicap (adultes et enfants), leurs familles et les professionnels ; • Simplifier les démarches des personnes en situation de handicap en les appréhendant en logique de parcours et en créant des passerelles entre les différents services dont ils ont besoin (financements, accès aux droits, assistance médicale, inscriptions, etc.) ; • Concevoir et promouvoir des outils de communication adaptés ; • Orienter les familles pour le dépistage précoce de troubles, la prise en charge ; • Orienter les personnes concernées pour l'ensemble des thématiques nécessitant un appui : accès aux droits, logement, emploi, culture, sport ; • Favoriser le rétablissement des personnes par des modules adaptés et favoriser l'émergence de patients pairs ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et mobilisation des acteurs autour du projet (à travers les feuilles d'émargement et les CR de réunions) • Nombre et qualité des outils de communication proposés • Nombre de demandes adressées au pôle ressources • Nombre d'orientations vers des partenaires • Nombre et qualité des formations mises en place en direction des professionnels et des personnes concernées • Nombre de partenariats formalisés à travers des conventions ou des écrits • Nombre de personnes formées : personnes concernées, professionnels, tout public • Taux de satisfaction des participants aux formations à travers des évaluations écrites • Taux de satisfaction de l'ensemble des usagers du pôle ressources à travers des enquêtes. • Nombre de personnes en situation de handicap accueillies dans les différents services publics (écoles, crèches, lieux d'accueils enfants/parents, centres de loisirs...)

<ul style="list-style-type: none"> • Développer une offre de formation multi-partenariale et accessible des professionnels des champs médicaux, sociaux et éducatifs mais aussi de familles ; • Proposer un accès dématérialisé aux informations afin de pouvoir répondre aux demandes de l'ensemble du département ; • Proposer une délocalisation de formations sur le département en partenariat avec le Conseil Départemental pour mailler le territoire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients-pairs formés
--	---

Territoire de l'action : TPM

Bénéficiaires : Les personnes en situation de handicap, leurs familles, les professionnels du département

Etapes de mise en œuvre
1. Création d'un comité de pilotage départemental
2. Rencontre avec des structures régionales type COFOR ou mission handicap 13
3. Elaboration d'un projet partenarial incluant des professionnels, des personnes concernées et des aidants
4. Définition d'un porteur de projet (existant, collaboratif : type GIP, création : type association)
5. Elaboration d'un cahier de charges et formalisation du partenariat institutionnel, financier et associatif
6. Définition d'un lieu d'exercice et mise en place du pôle ressources
7. Création et formalisation des outils de communication
8. Mise en place d'un programme de formation en partenariat
9. Communication autour du centre de rétablissement
10. Premiers groupes de stagiaires
11. Evaluation des premiers groupes et de la mise en place

Moyens nécessaires identifiés :

- Lieu d'accueil pour le pôle ressources
- Matériel informatique – téléphone
- Prévoir frais de personnels, frais de structures, frais de communication
- Un groupe de volontaires pour faciliter l'émergence et la connaissance du lieu (adhérents de GEM, pairs aidants, adhérents d'associations type APF ou UNAFAM, professionnels d'ESMS)

Partenaires pressentis : CAF DU VAR – ARS PACA - MDPH - CODES 83 – UNAFAM – CONSEIL DEPARTEMENTAL

Axe 3 – Fiche 3.5.2

Département de réhabilitation psychosociale au CH Henri Guérin

Type(s) de porteur(s) : CH H. Guérin

Objectif stratégique : Permettre aux patients avec des troubles psychiatriques sévères d'entamer un processus de réhabilitation psychosociale en lien avec le projet médical partagé du GHT Var et le projet de l'établissement 2020/2025 pour en faire un axe structurant

Axe 5 : « Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles »

Enjeux de l'action / contexte :

La réhabilitation psychosociale, le rétablissement et l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques sont aujourd'hui considérés comme des priorités de santé. La loi du 26 janvier 2016 et son décret d'application du 27 juillet 2017 visent expressément l'accès aux soins de réhabilitation psychosociale en en faisant notamment un axe stratégique du Projet territorial de santé mentale.

La réhabilitation psychosociale repose sur une nouvelle philosophie du soin en santé mentale : *« elle a pour enjeu de favoriser le rétablissement personnel et l'inclusion sociale de ces personnes en tenant compte de la nature et de la complexité de leurs difficultés et de leurs besoins, en s'appuyant sur leurs capacités préservées et en respectant leurs choix »*.

Les soins de réhabilitation psychosociale s'adressent aux personnes présentant des troubles mentaux sévères. Elle comporte quatre dimensions :

- Une dimension **soignante** impliquant une meilleure prise en charge soignante afin d'éviter les rechutes ;
- Une dimension **sociale** visant à améliorer la situation des personnes sur le plan du logement, de la gestion de leur budget ou de la reprise d'un emploi ;
- Une dimension **fonctionnelle** qui concerne les capacités des personnes (habiletés sociales) ;
- Une dimension **personnelle** (satisfaction, acceptation et intégration dans son environnement).

Le processus de réhabilitation psychosociale doit être capable de proposer un entraînement aux habiletés sociales et des mises en situation (vie quotidienne et relationnelle, participation sociale et vie professionnelle).

L'accès aux soins de réhabilitation psychosociale doit être organisé en proximité, dans le cadre des parcours de vie des personnes. Il s'inscrit autant que possible dans les offres de soins existantes, en favorisant les coopérations et les partenariats dans le cadre du projet territorial de santé mentale.



ACTION FINALISEE

AXE 3

Le dispositif de réhabilitation psychosociale se doit d'être intersectoriel et à vocation départementale. La filière de réhabilitation psychosociale disposera d'une palette diversifiée et coordonnée d'offre de soins.

La réhabilitation psychosociale est un enjeu majeur de santé pour lutter contre la chronicisation, les rechutes et les réhospitalisations des patients avec des troubles psychiatriques sévères. Ces projets permettent de réduire les durées d'hospitalisation et de prévenir les risques de récurrence en leur assurant un suivi personnalisé sur l'extérieur.

Le CH H. Guérin crée un département de réhabilitation sociale comprenant une unité temps plein de 20 lits + 5 lits dédiés aux séjours d'évaluation :

- en fusionnant les deux unités de soins Préfam et psychiatrie communautaire ;
- en augmentant les capacités en Accueil Familial Thérapeutique (AFT) et en hébergement en appartements communautaires ;
- en déployant une équipe mobile de réhabilitation destinée à coordonner toutes les actions permettant l'orientation ou le maintien en lieu de vie ;
- en animant un réseau de partenaires médico-sociaux.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Créer une unité d'évaluation et de réhabilitation pour diversifier l'offre de soins proposée au sein du CH H. Guérin en fusionnant les deux unités de soins actuelles ; • Mettre en place des formations pour les professionnels sur la réhabilitation ; • Créer et mettre en place une équipe mobile de réhabilitation psychosociale ; • Créer une salle d'accueil pour les familles ; • Développer le réseau de partenaires afin de développer les orientations des patients à leur sortie d'hospitalisation ; • Accueillir des patients orientés par les partenaires ; • Mettre en place et animer un programme Profamille. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de lits d'évaluation • Nombre de nouveaux professionnels formés participant aux soins de réhabilitation • Nombre et qualité des actions de formation relatives à la prise en charge spécifique des patients • Nombre et nature des différents types de soins proposés • Baisse de la durée d'hospitalisation à trois mois (actuellement 144 et 197 jours dans les 2 unités) • Nombre, qualité et origine des acteurs ayant orienté des patients pour une prise en charge en réhabilitation psychosociale • Nombre et qualité des orientations à la sortie d'hospitalisation (évaluations régulières du maintien et de l'évolution des patients dans le dispositif ou à domicile, notamment via le suivi des fiches d'évènements indésirables et la Commission de Retours d'EXpériences (CREX)) • Taux de satisfaction des patients (questionnaires) • Nombre d'entrées dans l'unité de réhabilitation

	<ul style="list-style-type: none"> • Création et mise en place effective d'une équipe mobile • File active et activité de l'équipe mobile • Création effective d'une salle d'accueil des familles et nombre de familles accueillies • Nombre de programmes Profamille mis en place et nombre de participants à ce programme
--	---

Territoire de l'action : Pierrefeu (pour des patients du département)

Bénéficiaires : L'unité de réhabilitation s'adresse aux personnes présentant un trouble psychique sévère, potentiellement source du handicap psychique : pathologies du spectre de la schizophrénie, des troubles délirants, des troubles bipolaires ou dépressifs récurrents, des troubles graves de la personnalité.

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Développement équipe mobile	A définir
2. Fermeture Préfam	A partir de juin 2021
3. Développement de l'AFT (Accueil Familial Thérapeutique) et des appartements communautaires	A partir de 11/2019
4. Redéploiement des unités Préfam et appartements communautaires	A partir de juin 2021
5. Formation des agents	A partir de 2020

Moyens nécessaires identifiés :

- Moyens financiers dans le cadre du CPOM pour le personnel et la mise en conformité des locaux
- Formations des agents
- Développement de partenariats extérieurs
- Véhicules

Partenaires pressentis : GCSMS Passerelle – Var Habitat – UGECAM – ADAPEI - AVEFETH ESPERANCE VAR – PRESENCE – AIDERA Var – ASPI – Missions locales

Axe 3 – Fiche 3.5.3

Centre de réhabilitation psychosociale au CHITS

Type(s) de porteur(s) : CHITS – AVEFETH ESPERANCE VAR

Objectif stratégique : Proposer un accompagnement visant au rétablissement et devenir un centre de proximité de référence en soins de réhabilitation psychosociale

Axe 2 : « Organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s’inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale »



ACTION EN COURS D'ELABORATION

AXE 3

Enjeux de l’action / contexte :

La réhabilitation psychosociale est centrée sur les ressources de la personne (on parle d’empowerment, pouvoir d’agir). La réhabilitation prend en charge ce que l’approche médicale centrée sur la maladie tend à laisser de côté : le bien-être, le devenir de la personne. Deux processus principaux sous-tendent le rétablissement : la connaissance du diagnostic et la reprise du pouvoir sur sa propre vie. Le rétablissement est un processus qui prend en compte tous les aspects de vie de la personne concernée. A ce titre, de nombreux partenaires peuvent être impliqués dans tous les aspects de la vie : vie sociale – emploi. Il s’agit de passer du parcours de soins au parcours de vie.

Ce projet s’articule donc avec les dispositifs existants dans les offres de soins sur le CHITS associé au travail en réseau avec d’autres structures du territoire.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Réduire le taux de réhospitalisation des patients ; • Redonner une place aux familles dans l’accompagnement, en les aidant à soutenir le rétablissement de leurs proches ; • Améliorer la santé physique et psychologique des patients ; • Intégrer les dispositifs de logement existants et développer cette offre ; • Articuler le projet autour des dispositifs déjà existants ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et nature des types de soins proposés • Nombre des professionnels ayant orientés les patients • Nombre de coopérations formalisées avec des partenaires sociaux et associatifs • Nombre de nouveaux patients bénéficiant d’un parcours de réhabilitation psychosociale • Nombre de patients ayant bénéficié :

<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la participation des patients aux processus de décision et leur faciliter l'accès aux loisirs, à la culture, à la vie sociale ; • Favoriser dès que possible la reprise d'une activité professionnelle ; • Former les professionnels. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ D'un programme de remédiation cognitive ○ D'un programme d'éducation thérapeutique ○ D'un programme d'entraînement des compétences et des habiletés sociales ○ De psychothérapies cognitivo-comportementales • Nombre de familles ayant bénéficié d'un programme de soutien • Diminution effective du taux de réhospitalisation sur les 5 ans du PTSM (file active et suivi des réhospitalisations par patient) • Nombre de médecins référents choisis • Nombre de personnes concernées ayant retrouvé un emploi (questionnaire de suivi) • Nombre de patients impliqués dans des programmes sociaux – GEM – CLSM – Réseau des Entendeurs de Voix... (questionnaire de suivi) • Nombre de patients pris en charge dans des logements adaptés (file active) • Nombre de professionnels formés • Qualité des formations dispensées (questionnaire qualitatif rempli par les personnes)
---	---

Territoire de l'action : celui du CHITS

Bénéficiaires :

- Les patients stabilisés suivis par des médecins publics ou libéraux
- Personnes ayant un suivi psychiatrique
- Patients jeunes pour lesquels se joue l'enjeu du maintien de la scolarité et de l'insertion sociale
- Personnes suivies en addictologie
- Personnes présentant certains troubles du spectre autistique

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Création de l'Equipe Mobile en Rétablissement de l'Avefeth Espérance Var Fiche 3.5.4	2020
2. Mise en place des programmes de réhabilitation	A définir
3. Ouverture d'un dispositif type « Familles Gouvernantes » à Toulon en partenariat avec l'UDAF et UISAR Unité Intersectorielle des Soins de Réhabilitation du CHITS Fiche 3.2.7	A définir

Moyens nécessaires identifiés :

- Augmentation des moyens attribués au rétablissement aux secteurs G04-G05 de la Seyne/mer
- Partenariats formalisés
- Développement de l'offre de soins

Partenaires pressentis : AVEFETH ESPERANCE VAR – UISAR – UDAF

Axe 3 – Fiche 3.5.4

Équipe mobile de réhabilitation psychosociale au CHITS

Type(s) de porteur(s) : CHITS

Objectif stratégique : Proposer un accompagnement visant au rétablissement

Axe 2 : « Organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale »

Enjeux de l'action / contexte :

Au niveau mondial, l'OMS considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au XXIème siècle concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs.

Les troubles psychiatriques sont généralement associés à une forte mortalité. Ils sont responsables de la majeure partie de la mortalité par suicide (10 500 morts en France par an en 2006), de handicaps et d'incapacités lourdes ainsi que d'une qualité de vie détériorée pour les personnes atteintes et leurs proches.

Les troubles mentaux génèrent de l'exclusion. Un tiers des personnes sans abri souffre de troubles psychiques graves (Enquête Samenta, Observatoire du Samu Social, 2011).

Les troubles mentaux génèrent des coûts économiques importants, en raison par exemple d'une moindre productivité des entreprises, d'une participation à l'emploi plus faible et des coûts supportés par les individus, les familles et les communautés qui y sont confrontés. (Conseil sur le Pacte Européen pour la Santé Mentale, 2011). Les coûts collatéraux liés à la perte de production et la perte de qualité de vie atteindraient près de 80 milliards d'euros (Enquête URCECO Ile de France, CREDES pour la fondation FondaMental). Ces pathologies sont l'une des premières causes d'invalidité et d'arrêts maladie de longue durée.

Les données collectées sur l'atlas de la santé mentale nous apportent des éléments complémentaires. Une augmentation significative des hospitalisations sous contrainte dans le département du Var. 7,5 personnes pour 1 000 habitants sont pris en charge pour des troubles psychotiques sur le département. Le taux de recours ambulatoire en établissement de santé pour troubles bipolaires, psychotiques ou dépression sévère est de 6,4 patients pour 1000 habitants. Enfin, les données indiquent que 21 % des personnes qui sont sorties pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépression sévère sont sans suivi spécialisé un an après leur sortie.

L'instruction DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires est une déclinaison de la loi santé qui pose le principe d'une collaboration sanitaire et médico-sociale sur le territoire. Il



est mentionné spécifiquement le travail de réseau à mettre en œuvre entre plusieurs acteurs pour améliorer les parcours.

Le CHITS dispose d'une convention cadre avec l'AVEFETH ESPERANCE VAR.

A ce titre, il propose aux patients, dont l'état de santé le nécessite, suivis par les CMP, un accompagnement qui tend vers le rétablissement et l'inclusion sociale afin de lutter contre les rechutes et éviter l'hospitalisation. **Fiche 3.5.3**

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Créer une équipe mobile en rétablissement ; • L'articuler avec les dispositifs existants ; • Mettre en place des projets d'éducation thérapeutique ; • Construire des projets personnalisés ; • Mettre en œuvre des projets de réhabilitation psycho sociale ; • Fluidifier les parcours de vie ; • Coordonner les acteurs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquence et nombre de contacts entre le CHITS et l'équipe mobile • Nombre de situations prises en charge par l'équipe mobile • Nombre de partenariats effectifs (conventions) • Nombre de projets personnalisés formalisés • Nombre de projets thérapeutiques mis en place • Nombre de rencontres entre les partenaires • Taux de satisfaction des patients pris en charge (questionnaires)

Territoire de l'action : TPM

Bénéficiaires : Patients souffrant de troubles psychiques dans les moments charnières de post-crise ou de post hospitalisation

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Présentation du projet au CHITS	4 ^{ème} trimestre 2019
2. Présentation du projet au CMP	4 ^{ème} trimestre 2019
3. Engagement dans la création des procédures et outils de la coopération équipe mobile/CHITS	1 ^{er} semestre 2020
4. Création des outils interne de l'équipe mobile	1 ^{er} semestre 2020
5. Proposer les premiers accompagnements	2 ^{ème} semestre 2020
6. Formation des professionnels en éducation thérapeutique	A définir
7. Formation des professionnels en remédiation cognitive	A définir
8. Formation des professionnels en EHS (Entraînement aux Habiletés Sociales)	A définir
9. Evaluation des premiers accompagnements	A définir
10. Formation continue des professionnels (entretien motivationnel)	En continu

Moyens nécessaires identifiés :

- Local en zone péri urbaine
- Conventions avec des professionnels para médicaux (neuropsychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes)
- Financements dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018
- Programmes de prise en charge spécifiques
- Coordonnateur de parcours (case manager ?)
- Collaboration étroite CHITS/AVEFETH ESPERANCE VAR/CMP
- Studio de répit

Partenaire pressenti : AVEFETH ESPERANCE VAR

Axe 3 – Fiche 3.5.5

Réhabilitation psychosociale au Val du Fenouillet

Type(s) de porteur(s) : Clinique KORIAN Val du Fenouillet

Objectif stratégique : Proposer un accompagnement visant au rétablissement pour le retour à l'emploi et au logement ainsi qu'un accompagnement pour le maintien de l'emploi.

Axe 5 : « Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles »

Enjeux de l'action / contexte :

La réhabilitation psychosociale basée sur les ressources de la personne (empowerment) oriente vers l'idée que toute personne peut évoluer vers un projet de vie choisi. Elle concerne :

- la santé et la stabilisation clinique (psychoéducation, traitement, santé somatique),
- l'axe fonctionnel (autonomie, capacités cognitives et cognition sociale),
- l'axe social (logement, gestion du budget, retour à l'emploi).

La mise en place d'un projet d'autonomisation associant le logement et le retour à l'emploi représente un projet fréquent de nos patients sous des formes individualisées. Nous sommes alors au sein de la clinique KORIAN Val du Fenouillet partenaire dans ces démarches sur le plan « médical » (psychoéducation, TCC, remédiation cognitive, gestion des émotions, autonomisation, entraînement cognitif et cognition sociale), social (orientation, stages professionnels, formation) et médicosocial (maillage avec job coaches, Mission locale, ESAT, EA, Cap emploi, Pôle emploi). Le projet est centré sur le retour au logement et à l'emploi ainsi que le maintien de l'emploi pour les patients en situation de handicap psychique.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Consolider la stabilisation clinique • Evaluer les ressources et axes d'amélioration pour une autonomisation et un retour au logement • Evaluer les ressources pour une définition des objectifs primaires pour un retour à l'emploi • Accompagner vers un retour à l'emploi 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et nature des types de soins proposés • Nombre de professionnels ayant orienté les patients • Nombre de coopérations formalisées avec des partenaires sociaux et associatifs • Nombre de nouveaux patients bénéficiant d'un parcours de réhabilitation psychosociale • Nombre de patients ayant bénéficié :



ACTION FINALISEE

AXE 3

<ul style="list-style-type: none"> • Permettre la réalisation de stages et de formations pour un retour à l'emploi • Accompagner pour un maintien de l'emploi par la mise en place d'intervention psychosociale destiné aux travailleurs en situation de handicap psychique • Accompagner des familles de personnes en situation de handicap psychique bénéficiant d'un retour à l'emploi • Former les professionnels • Réaliser des synthèses communes destinées aux structures médicosociales et médicoprofessionnelles permettant le retour au logement et à l'emploi pour les personnes en situation de handicap psychique. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ D'un programme de remédiation cognitive ○ D'un programme d'éducation thérapeutique ○ D'un programme d'entraînement des compétences et des habiletés sociales ○ De psychothérapies cognitivo-comportementales ○ D'ateliers d'autonomisation • Nombre de familles ayant bénéficié d'un programme de soutien • Nombre de personnes concernées ayant retrouvé un emploi (questionnaire de suivi) • Nombre de personnes maintenant un emploi à 6 mois et un an (sans rechute) • Nombre de patients pris en charge dans des logements adaptés (file active) • Nombre de patients pris en charge sur les sessions d'hôpital de jour (HDJ) à l'intention des travailleurs en situation de handicap psychique • Qualité des formations dispensées (questionnaire qualitatif rempli par les personnes)
--	--

Territoire de l'action : Hyères – La Crau – La Farlède – Solliès – La Garde – Toulon

Bénéficiaires :

- Les patients pris en charge en hospitalisation complète ou de nuit à la clinique KORIAN Val du Fenouillet
- Personnes ayant un suivi psychiatrique
- Patients avec projet d'autonomisation et de retour à l'emploi
- Personnes en situation de handicap psychique avec retour à l'emploi notamment en ESAT

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Convention avec les ESAT Cat-vert et Les Palmiers	2020
2. Lien avec Job coaches	2019
3. Convention avec appartements thérapeutiques (dont OVA)	2019

4. Journée à l'intention des travailleurs d'ESAT sur l'HDJ de la clinique KORIAN Val du Fenouillet	A définir
--	-----------

Moyens nécessaires identifiés :

- Développement de l'Hôpital de Jour de la clinique KORIAN Val du Fenouillet dans le champ de la réhabilitation psychosociale
- Partenariats formalisés
- Développement de l'offre de soins

Partenaires pressentis : Appartements thérapeutiques – Foyers - ESAT Les Palmiers
- ESAT Cat Vert - Entreprise adaptée – Job coach – Mission locale

Axe 3 – Fiche 3.5.6

Speed Dating pour et par des personnes souffrant de troubles psychiques

Type(s) de porteur(s) : AVEFETH ESPERANCE VAR (et multi partenaires)

Objectif stratégique : Favoriser les rencontres et le lien affectif et social des personnes en situation de handicap psychique

Axe 5 : « Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d’agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles »

Enjeux de l’action / contexte :

La vie affective et sexuelle est un vecteur de bien-être, indispensable à la santé mentale de la plupart des humains. L’isolement est un facteur marquant pour les personnes en situation de handicap mental ou psychique, en foyer, en famille ou en autonomie. La plupart des PH soulignent leur difficulté à faire des rencontres.

L’idée d’organiser des rencontres entre les différents résidents de foyers différents semblait évidente mais il manquait une volonté commune et une méthodologie.

La rencontre entre une coordinatrice du foyer Gafodio (Avefeth Espérance Var) et une chargée de projet sur la vie affective et sexuelle en institution, très sensibilisées à ces questions, a permis l’émergence de ce projet. Très vite, d’autres lieux ont manifesté leur volonté de participer.

Avefeth Espérance Var ne souhaitait pas porter cette action seul mais permettre aux résidents de s’approprier cette opportunité et favoriser une réflexion pluri partenariale qui inclue à la fois des résidents et des professionnels de foyers différents.

Pour des raisons pratiques, le choix a été fait de proposer cette action à des foyers recevant des travailleurs en ESAT. La participation des GEM a ensuite été évoquée car leurs adhérents ont les mêmes profils, les mêmes besoins et souvent les mêmes difficultés.

Il s’agit donc d’organiser un « speed dating » pour des personnes en situation de handicap psychique.

Cette action se déroulera sur une journée et est co-organisée par les membres salariés professionnels et les usagers, de foyers et de GEM de différentes associations du département. A ce jour, 7 structures différentes sont impliquées dans l’organisation.

Au fil des 3 premières réunions, des modalités d’actions se sont dégagées. Les résidents sont systématiquement présents et des autorisations d’absence sont donc nécessaires quand ils travaillent, ce qui implique également les ESAT. Les foyers ont également dégagé du temps pour les salariés impliqués dans la démarche.



ACTION FINALISEE

AXE 3

L'organisation de la journée se dessine progressivement, sous l'impulsion majeure des usagers qui ont pour fonction de recueillir les besoins de leurs pairs, et de préparer l'aspect pratique de cette journée. Les professionnels réfléchissent sur la faisabilité et sont davantage concentrés sur les aspects administratifs, techniques et comptables.

Ainsi, il a été décidé d'organiser une journée complète qui permettrait le matin de faire des rencontres entre les professionnels et les résidents en leur proposant des sketches, des témoignages de couple et permettrait ainsi une première rencontre entre les différents lieux de vie autour d'animations spectacle.

Le speed-dating aura lieu dans l'après-midi et devrait être ouvert à 140 personnes. Pour cela, il est nécessaire au préalable de recueillir des inscriptions et aussi de pouvoir repérer les demandes. Un questionnaire est en cours de finalisation. Il a été élaboré par un groupe de professionnels et de résidents et permet mieux d'avoir un profil des demandeurs (vous souhaitez rencontrer un homme, une femme, indifférent – l'âge – le degré d'autonomie...).

Ce speed-dating se terminera par une soirée dansante organisée totalement par des résidents. Cette soirée pourra également être ouverte à d'autres résidents, déjà en couple par exemple qui pourront ainsi rejoindre la fête.

Le lieu a été validé dans une salle de spectacle mais la date initialement prévue a dû être reportée au mois de mars 2021.

A ce jour : plusieurs partenaires ont rejoint l'organisation initiale avec l'AVEFETH ESPERANCE VAR et ALEAS : l'ADAPEI VAR MEDITERRANEE – Les HAUTS de l'ARC – l'AVATH – le GEM Le club du lien – ESSOR 83.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> Créer le premier speed-dating varois pour et avec des personnes en situation de handicap psychique/mental. 	<ul style="list-style-type: none"> Réalisation du speed-dating Nombre de participants Taux de satisfaction par questionnaire Nombre et type de partenaires mobilisés pour l'évènement (professionnels et personnes concernées) Nombre de contacts stables à 6 mois par questionnaire écrit

Territoire de l'action : Var

Bénéficiaires : Travailleurs ESAT et adhérents de GEM

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Première réunion inter structure	16/07/19
2. Réunion partenaires	21/10/19
3. Réunion partenaires	27/11/19
4. Réunion partenaires – choix du lieu	15/01/20
5. Réunion partenaires	15/02/20
6. Une réunion partenaire/mois et de nombreux échanges et rencontres au sein des foyers avec les résidents mobilisés	A partir du 15/05/20
7. Formalisation des conventions avec les prestataires (repas- boisson- matériel)	A définir
8. Envoi des propositions d’inscriptions	A définir
9. Recueil des inscriptions et confirmations	A définir
10. Plan média du speed-dating – invitations à préparer pour le matin	A définir
11. Réunion de préparation supplémentaire	A définir
12. ORGANISATION DU SPEED DATING	A définir
13. Recueil et dépouillement des évaluations écrites	A définir
14. Réunion de bilan et d’évaluation	A définir
15. Rédaction bilan et évaluation écrite – rencontre pour évaluer la reproduction de l’action	A définir

Moyens nécessaires identifiés :

- Participation active de résidents, usagers de la santé mentale
- Participation active de professionnels volontaires
- Salle pouvant accueillir la manifestation (Espace des Arts, Le Pradet)
- Mécénat

Partenaires pressentis : ALEAS – ADAPEI VAR MEDITERRANEE – Les HAUTS de l’ARC – AVATH – GEM Le club du lien – ESSOR 83

Axe 3 – Fiche 3.5.7

Perspective Emploi

Type(s) de porteur(s) : LADAPT

Objectif stratégique : Proposer un module spécifique global d'employabilité pour les personnes atteintes de troubles psychiques

Axe 5 : « Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles »

Enjeux de l'action / contexte :

Le rapport « *L'emploi : un droit à faire vivre pour tous* » a été remis en janvier 2010 à Mr Xavier DARCOS, Ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, et à Mme Nadine MORANO, secrétaire d'état chargée de la famille et de la solidarité. Ce rapport avait pour objectif d'évaluer la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi et de prévenir la désinsertion socio-professionnelle. Il a ainsi été constaté que le taux de chômage des personnes handicapées est plus de deux fois supérieur à la moyenne nationale, que le niveau scolaire des bénéficiaires d'une reconnaissance administrative du handicap est souvent peu élevé (niveau 5), que seulement 8% des bénéficiaires de l'AAH sont en situation d'emploi en milieu ordinaire (peu d'entreprises répondent à l'OETH instaurée en 1987) et que beaucoup de ces derniers sont en fait en échec dans un parcours d'insertion professionnelle, souvent par manque d'accompagnement à l'emploi systématique.

De plus, les dispositifs de formation ont pour contraintes d'être inégalement répartis sur le territoire et de se dérouler le plus souvent à temps complet. Ils ne prennent donc pas en compte les personnes dont la santé, le programme de rééducation ou le retentissement du handicap ne permettent pas de suivre des séquences d'apprentissage sur une journée complète.

Ce rapport préconise de mettre en place un dispositif expérimental permettant d'évaluer de manière réaliste l'aptitude et la distance à l'emploi de la personne handicapée, soit en d'autres termes, l'employabilité de celle-ci. Il souhaite ainsi pouvoir proposer, grâce à cette évaluation, des stratégies et actions visant à faire du droit au travail des personnes handicapées une réalité. La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie a alors effectué une démarche expérimentale d'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées, avec l'aide de la MDPH, dont le rapport final a été rendu en juin 2013. 10 ans plus tard, la situation n'a guère évolué, le nombre de chômeurs en situation de handicap est toujours 2 fois supérieur, des mesures en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés se succèdent, de nouvelles normes législatives encadrent l'obligation d'emploi des entreprises de plus de 20 salariés, en novembre 2017, Mme Penicaud, ministre du travail indiquait « *le code du travail, en simplifiant l'accès aux règles, contribuera donc aussi directement à l'objectif global de faciliter l'entrée sur le marché du travail des personnes en situation de handicap* ».



ACTION FINALISEE

AXE 3

Dans le rapport « *L'emploi : un droit à faire vivre pour tous* », l'employabilité est définie comme une notion multifactorielle adaptable à toute personne, qu'elle soit handicapée ou non : « *L'employabilité est la probabilité d'accéder ou de se maintenir dans l'emploi. Elle est conditionnée par des facteurs personnels objectifs et subjectifs (capacités fonctionnelles, aptitudes comportementales et relationnelles, compétences...) et/ou des facteurs situationnels (marché de l'emploi, accessibilités aux lieux et modalités de travail, adaptabilité des postes et des organisations, contraintes professionnelles...), elle est susceptible d'évoluer dans le temps et d'être améliorée par la mise en œuvre de moyens d'orientation, de formation, d'adaptation ou de compensation* ».

De nombreux facteurs sont susceptibles d'interférer avec le niveau d'employabilité d'une personne, comme la formation, l'expérience, la durée de l'éloignement de l'emploi, les capacités fonctionnelles, la motivation, l'environnement familial et social, l'adaptabilité de la personne et celle de l'environnement. Ceci révèle donc la nécessité d'une approche pluridisciplinaire tant à l'occasion de l'évaluation de l'employabilité que de l'accompagnement des personnes dans un parcours vers l'emploi car l'employabilité vise un double objectif : celui d'être en emploi et aussi de s'y maintenir.

Toutefois, le terme d'activité professionnelle est privilégié au terme d'emploi, considérant qu'au sens juridique, les personnes travaillant en ESAT ne sont pas considérées comme étant en emploi car elles ne relèvent pas du code du travail et ne bénéficient pas de la législation du travail, alors même qu'elles exercent une activité professionnelle et qu'elles disposent d'une capacité de travail, même réduite. Aussi, en considérant les constats ci-dessus, l'hypothèse peut être dressée que si le taux de chômage des personnes handicapées est élevé et qu'elles sont nombreuses à être en échec dans leur parcours d'insertion professionnelle, cela peut provenir non seulement :

- De leur petit niveau scolaire, pour lequel le CRP de LADAPT Var propose différentes solutions de formations (remise à niveau, remobilisation socio-professionnelle, élaboration de projet professionnel, acquisition des fondamentaux bureautiques et numériques, formations qualifiantes) ;
- Du manque d'investissement des entreprises dans l'OETH, du fait des préjugés attachés au public handicapé, comme celui d'être peu « employable ». LADAPT se bat pour changer ces préjugés, à travers des actions de sensibilisation au sein des entreprises et du grand public ;
- De contraintes médicales mais aussi psycho-sociales ne leur permettant pas de s'insérer ou de suivre une formation à temps complet. Ces personnes préfèrent alors ne pas travailler, bénéficiant « d'un certain nombre de dispositifs, notamment fiscaux, attachés à l'AAH, qui sont eux aussi éventuellement dissuasifs quant à l'exercice d'une activité professionnelle. »

Fort de ces constats et de notre expérience, LADAPT Var propose de considérer et d'évaluer différents critères dans la capacité à exercer une activité professionnelle, autrement dit à être « employable », tel que défini dans le rapport cité ci-dessus. En effet, nous considérons qu'il est important de tenir compte du profil global de la personne dans l'évaluation de sa capacité à travailler, que ce soit en milieu ordinaire

ou protégé. Ce profil global tient compte des critères d'employabilité et des facteurs susceptibles d'interférer définis ci-dessus, des contraintes médico-psycho-sociales, mais aussi du besoin qu'a la personne d'être accompagnée en activité professionnelle.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des modules spécifiques d'évaluation de l'employabilité pour les personnes souffrant de troubles psychiques ; <ul style="list-style-type: none"> ○ Évaluer les critères d'employabilité au regard des pré-requis d'une entreprise en milieu ordinaire ; ○ Mettre en place des outils de mesure pour chaque critère prévu <p><i>Ces modules ont pour objectif de :</i></p> <p><i>1/ identifier les besoins des personnes évaluées pour aller vers l'emploi : besoins en formation, accompagnement, mise en place d'aides techniques ou outils de compensation. 2/Préconiser les solutions possibles ou envisageables pour répondre aux besoins</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Permettre aux MDPH et Services Publics de l'Emploi de s'appuyer sur ce dispositif pour notifier une décision d'orientation ; • Permettre aux entreprises de mieux accompagner un reclassement en lien avec la médecine du travail, dans le cadre de leur accord cadre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place effective de ces modules • Nombre d'orientations sur ces modules • Efficience des outils de mesure mis en place par des échanges et des évaluations de professionnels partenaires et d'utilisateurs • Taux de satisfaction des personnes concernées • Utilisation effective des évaluations par : <ul style="list-style-type: none"> Les personnes concernées La MDPH Les services publics Les entreprises • Nombre de modules réalisés • Nombre de personnes évaluées • Nombre de personnes en emploi ordinaire à un an • Nombre de personnes en activité professionnelle en milieu protégé à un an (ESAT) • Nombre de personnes prises en charge par une structure médico-sociale (SAVS – SAMSAH) • Nombre de rencontres avec les professionnels et les partenaires

Territoire de l'action : Toulon pour les locaux – Public du Var, sur orientation MDPH, CARSAT, CAP EMPLOI – Pôle Emploi – Missions locales – CEDIS

Bénéficiaires : Le dispositif d'évaluation d'employabilité s'adresse à des personnes en situation de handicap à priori loin de l'emploi, quel que soit leur âge, et que les contraintes et les situations ont mis en situation d'exclusion socio-professionnelle.

Etapas de mise en œuvre	Calendrier
1. Première expérimentation du module	2018
2. Deuxième expérimentation du module – 4 sessions	2019
3. Extension du module – 7 sessions	2020
4. 7 sessions dont 3 spécifiques pour le handicap psychique	A définir

Moyens nécessaires identifiés :

- Une salle de 40 m² minimum, équipée d'une table centrale de regroupement et 8 postes informatiques
- Un bureau adjacent pour entretien et simulation
- Une table centrale de réunion pour 10-12 personnes, 8 bureaux + chaises
- 1 bureau pour le formateur/éducateur équipé d'un poste informatique
- Une tablette géante interactive ou un vidéo projecteur avec écran
- L'équipement en ordinateurs dotés de logiciels informatiques (Windows, suite office, un logiciel DAO pédagogique)
- 2 téléphones

Partenaires pressentis : MDPH – CARSAT – Pôle Emploi – Missions Locales – CAP EMPLOI – CHITS – CEDIS

Axe 3 – 3.5.8

Job Coaching

Type(s) de porteur(s) : ISATIS

Objectif stratégique : Favoriser l'inclusion par l'emploi en déployant le projet « Job Coaching »

Axe 5 : « Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles »

Enjeux de l'action / contexte :

Le job coaching repose sur l'accompagnement individualisé par un job coach ou conseiller emploi, et doit sa notoriété et son développement dans de nombreux pays, à son efficacité en termes d'insertion professionnelle. La méthode IPS (*Individual Placement and Support* ou soutien à l'emploi) place la personne en tant que responsable de son avenir professionnel.

Au-delà de l'insertion directe en milieu ordinaire, il s'agit d'accompagner la personne dans son cheminement pour qu'elle reprenne confiance en elle et en ses capacités. La méthode a pour objectif d'offrir aux demandeurs d'emplois en situation de handicap psychique un accompagnement adapté et personnalisé dans l'emploi. Elle implique des outils utilisés dans une démarche séquencée. La méthodologie privilégie la mise en contact entre demandeurs d'emploi et employeurs du secteur local : TPE et PME qui embauchent, ouvertes aux recrutements de personnes disposant de la RQTH.

Le service développe des partenariats avec ces entreprises afin de les accompagner également dans l'intégration des personnes en situation de handicap recrutées. Idéalement, le job coach est en lien étroit avec l'employeur, le service RH ou le manager direct avec l'accord de la personne. Des échanges et points d'étape sont organisés et visent à rassurer la personne, à effectuer les réajustements nécessaires, mais aussi à apporter des éclairages sur le handicap psychique à l'employeur.

La mise en œuvre du dispositif de job coaching a été expérimentée à Toulon à partir de septembre 2017 au sein du service Prestations d'Appuis Spécifiques ISATIS de Toulon. Au terme de ces six mois, en mars 2018, aux vues des premiers résultats, l'association a décidé de pérenniser cette expérimentation sur un financement interne.



ACTION FINALISEE

AXE 3

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Consolider et entretenir le réseau d'employeurs ; • Assurer le suivi des bénéficiaires de l'action ; • Favoriser la proposition d'emplois à temps partiel chez les recruteurs ; • Déployer le dispositif sur le département ; • Former des conseillers d'insertion IPS sur le département. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes bénéficiaires de l'action • Nombre d'emplois à temps partiel proposés • Nombre d'accompagnements réalisés (total, TPM, hors TPM) • Nombre d'employeurs faisant partie du réseau • Nombre de personnes sorties du dispositif avec un emploi (CDD, CDI) • Nombre de conseillers d'insertion IPS formés sur le département

Territoire de l'action : Var

Bénéficiaires : Personnes en situation de handicap psychique en recherche d'emploi

Etapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Maintien de l'action sur l'aire toulonnaise par l'association ISATIS	2020
2. Ouverture de l'action sur le département	A définir
3. Formation de conseillers d'insertion IPS sur le département	A définir
4. Développement du réseau d'employeurs sur le département	A définir
5. Développement du projet effectif sur le département	A définir

Moyens nécessaires identifiés :

- Formations de job coach – partenariat avec des TPE PME du département
- Budget spécifique de suivi

Partenaires pressentis : Centres de réhabilitation du département, hôpitaux de jour -SAVS - CMP - agences Pôle Emploi - réseaux employeurs

Axe 3 – Fiche 3.5.9

Mise en place de programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) sur les troubles psychiatriques et sur les troubles du spectre autistique (TSA)

Type(s) de porteur(s) : A définir - Centres de réhabilitation psychosociale ou de rétablissement - ESMS

Objectif stratégique : Acquisition et maintien de compétences d'autosoins par des patients souffrant de troubles psychiatriques, et de troubles du spectre autistique par la mise en œuvre de programmes d'Education Thérapeutique du Patient

Axe 5 : « Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles »

Enjeux de l'action / contexte :

L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) est un processus continu. Les finalités de l'ETP sont : l'acquisition et le maintien de compétences d'autosoins et la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation en s'appuyant sur le vécu et l'expérience antérieure du patient.

Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Il s'agit donc d'un programme qui s'intègre totalement dans les programmes de rétablissement ou de réhabilitation.

Toute personne ayant une maladie chronique, enfant, adolescent ou adulte, quels que soient le type, le stade et l'évolution de la maladie, peut bénéficier d'une offre d'ETP. Cette offre concerne également l'entourage s'il le souhaite et si le patient souhaite l'impliquer dans la gestion de sa maladie.

Différents types d'offres d'ETP peuvent être proposés au patient pour l'accompagner tout au long de la prise en charge. Pour chaque offre d'ETP, la durée et les moyens nécessaires à mettre en œuvre dépendent des besoins éducatifs du patient. L'ETP est une démarche continue qui nécessite des adaptations permanentes liées à l'évolution de la maladie et à l'expérience de sa gestion par le patient lui-même.

En psychiatrie, les programmes d'ETP accompagnent la personne dans la compréhension de ses troubles psychiques (autoanalyse et diagnostic), dans l'acquisition d'outils utiles et de compétences d'autosoins pour gérer ses troubles au quotidien (affirmation de soi, techniques de communication, relaxation, méditation). Les programmes participent à l'amélioration de la qualité de vie de la personne, en favorisant la reprise de pouvoir sur sa santé et sa vie (empowerment), et en contribuant à son rétablissement.

Depuis 2009, l'ETP doit obligatoirement être intégrée dans le parcours de soins (ambulatoire ou hospitalier) des patients. De plus, l'ETP a été érigée en priorité nationale pour répondre à un besoin de santé publique et ainsi inciter les professionnels à proposer un programme d'ETP aux personnes souffrant de maladies au long cours.



ACTION FINALISEE

AXE 3

Les programmes d’ETP sont conformes à des objectifs nationaux, dont les moyens, les méthodes, et les contenus sont définis par arrêté du Ministre de la Santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local par les professionnels de santé, après autorisation des Agences Régionales de Santé (ARS). Ces programmes, évalués par la Haute Autorité de Santé (HAS), sont proposés aux patients sur prescription médicale et donnent lieu à l’élaboration d’un programme personnalisé.

Pour animer ces programmes les professionnels doivent être formés au minimum 40h à l’éducation thérapeutique afin d’acquérir les compétences requises en lien avec le référentiel de compétences pour dispenser l’ETP.

Dans le Var, un seul programme d’ETP en psychiatrie est référencé ; il s’agit du programme Schiz’Autonomie développé par le CHITS.

Un autre programme en addictologie est déployé par la clinique « Les Collines du Revest » sur la prévention de la rechute pour des patients alcoolodépendants.

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Former des équipes volontaires à l’ETP ; • Développer des programmes d’ETP pour des personnes souffrant de TSA ou des malades psychiatriques engagés dans des démarches de réhabilitation ou de rétablissement ; • Sélectionner les personnes concernées et leur proposer le programme ETP ; • Animer les programmes d’ETP validés par l’ARS PACA ; • Evaluer les programmes et les maintenir ou les développer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et qualité des professionnels formés • Nombre, titre et territoire des nouveaux programmes ETP développés et autorisés par l’ARS PACA • Nombre et diversité des professionnels impliqués dans les programmes ETP • Nombre et qualité des personnes concernées volontaires pour participer au programme d’ETP • Durée du programme et observance du programme par les personnes • Nombre de personnes concernées dans le dispositif à un an • Taux de satisfaction des personnes concernées • Taux de ré-hospitalisation de ces personnes • Taux de satisfaction de leur entourage

Territoire de l'action : Var

Bénéficiaires : Patients souffrant de troubles psychiatriques ou de troubles du spectre autistique stabilisés

Etapas de mise en œuvre
1. Formation des équipes volontaires
2. Ecriture du projet d'ETP
3. Validation par l'ARS PACA
4. Proposition du programme d'ETP pour des personnes souffrant de TSA ou de maladies psychiatriques
5. Mise en place de programmes d'ETP auprès des personnes concernées
6. Evaluation du programme

Moyens nécessaires identifiés :

- Humains : formateurs du CRES PACA, chargés de projets du CODES 83, intervenants des structures partenaires pour la mobilisation des patients (GEM, UNAFAM), professionnels de l'équipe pluridisciplinaire en ETP.
- Matériels : Lieux mis à disposition pour les temps d'ETP, locaux mis à disposition ou locaux du CRES PACA pour les formations en ETP, matériel et outils pédagogiques nécessaires à l'animation des programmes d'ETP.

Partenaires potentiels : GEM, UNAFAM, centres de réhabilitation psychosociale ou de rétablissement et ESMS pour la mobilisation des personnes - CODES 83 pour l'accompagnement méthodologique pour le montage des projets en ETP - CRES PACA pour la formation des professionnels en ETP

Axe 3 – Fiche 3.6.1

Commission sur l'accessibilité des transports et de l'espace urbain pour les personnes en situation de handicap psychique ou mental

Type(s) de porteur(s) : Coordonnateur PTSM

Objectif stratégique : Permettre aux personnes souffrant de troubles psychiques ou cognitifs de mieux se situer et se déplacer dans l'espace urbain et les transports en améliorant l'accessibilité des transports en commun et de l'aménagement urbain

Axe 6 : « Organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale »

Enjeux de l'action / contexte :

La loi du 11 février 2005 sur le handicap pour l'égalité des droits et des chances a posé un certain nombre de règles concernant l'urbanisme et les transports pour l'accessibilité des personnes en situation de handicap.

15 ans plus tard, cette accessibilité n'est toujours pas la règle et bon nombre de personnes à mobilité réduite en font les frais.

Par mobilité réduite, on a souvent pensé les restrictions en termes de handicap moteur ou sensoriel. Or, des personnes en situation de handicap psychique ou mental sont également souvent pénalisées et empêchées de se déplacer d'une façon autonome.

Dans le Var, cette thématique n'est pas concertée. Ainsi, si un bus relie directement le centre-ville de Toulon au nouveau centre commercial « Avenue 83 », il n'en est pas de même pour l'hôpital Ste Musse. De même, relier le centre hospitalier H. Guérin de Pierrefeu du Var d'un autre point du département relève de l'exploit... sans handicap ! D'autre part, les transports, les espaces publics sont parfois difficilement compréhensibles pour les personnes déficientes ou souffrant de troubles cognitifs ou psychiques.

Construire des outils de communication adaptés, avec des pictogrammes par exemple, adapter des offres de transports pour les personnes en situation de handicap, rendre plus accessible les accès aux différents services publics, sociaux, culturels pourrait permettre une meilleure autonomie et une meilleure inclusion des personnes dans le département.



Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> Animer un collectif d'acteurs locaux, incluant des personnes concernées, autour de l'accessibilité des transports et des espaces publics ; Développer des outils de communication adaptés aux personnes souffrant de handicap psychique ou mental ; Développer une offre de transport adaptée des principales villes du Var vers les lieux de soins en santé mentale. 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre et type d'acteurs locaux impliqués dans le collectif (feuilles d'émargement, comptes-rendus des rencontres) Nombre, date, ordre du jour des réunions Outils de communication créés (au moins 2 outils d'ici fin 2022) Adaptation de l'offre de transport réalisée

Territoire de l'action : Var

Bénéficiaires : Les personnes en situation de handicap du département

Etapas de mise en œuvre
1. Prise de contact avec les acteurs locaux
2. Mise en place d'une première rencontre – définition des missions
3. Elaboration d'outils de communication adaptés et réflexion sur les transports
4. Mise en place des outils de communication – étude de faisabilité des transports vers les lieux de prise en charge en santé mentale
5. Expérimentation d'un moyen de transport adapté vers les lieux de prise en charge et de soins en santé mentale

Moyens nécessaires identifiés :

- Groupe de travail dédié et coordination par le PTSM (ou centre ressources)
- Professionnels de la communication pour la création d'outils spécifiques
- Implication des professionnels concernés (transports, services publics, lieux culturels)

Partenaires potentiels : MDPH – UNAFAM – GEM – Compagnies de transports – Services publics – Lieux culturels – Collectivités territoriales

Axe 3 – Fiche 3.6.2

Prescription de consultations psychologiques

Type(s) de porteur(s) : Psychologues libéraux volontaires

Objectif stratégique : Expérimenter la prise en charge financière d'entretiens psychologique en libéral pour des patients souffrants de troubles psychiques

Axe 6 : « Organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale »

Enjeux de l'action / contexte :

Le prix des consultations psychologiques freine l'accès à la prise en charge en ambulatoire par des psychologues libéraux. Parallèlement, le CMP, qui prennent en charge gratuitement des patients ont des délais d'attente très longs dans le Var qui freinent l'accès à un thérapeute.

Le ministère de la santé teste actuellement le remboursement de séances de psychothérapies dans 4 départements : Haute Garonne, Morbihan, Landes et Bouches-du-Rhône.

La région PACA est donc déjà concernée par cette expérimentation. D'autre part, le PASS Santé Jeunes envisage également la possibilité de consultations prises en charge pour des jeunes de moins de 26 ans inscrits dans un lycée, un CFA (centre de formation des apprentis), dans un établissement de formation sanitaire et sociale, dans un établissement d'enseignement supérieur, dans une mission locale, à Pôle Emploi, ou bien en stage de formation professionnelle, en contrat de professionnalisation, en contrat Emploi d'avenir, ou encore en volontariat de service civique en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Lors des rencontres du PTSM, cette question a été largement évoquée et a fait l'objet d'une demande d'expérimentation par plusieurs structures, notamment les associations non médicalisées qui suivent des personnes ayant des troubles psychiques, mais également par des professionnels de santé.



ACTION EN COURS D'ELABORATION

AXE 3

Objectifs opérationnels	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Créer et animer un groupe de travail comprenant des psychologues, des usagers, le Conseil Départemental, la Région, la CPAM, la CAF sur la question de la prise en charge de consultations psychologiques sur le Var • Expérimenter des consultations psychologiques prises en charge sur le Var en veillant à l'étendre sur le territoire • Promouvoir le PASS Santé Jeunes auprès du public concerné • Développer des outils de communication autour de ces dispositifs • Evaluer le dispositif à N+1 et N+2 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et qualité des personnes impliquées dans le groupe de travail • Qualité de l'expérimentation proposée (nombre de séances – public concerné – étendue sur le territoire – nombre de psychologues engagés – diversité des psychothérapies proposées) • Qualité des outils de communication proposés • Nombre d'expérimentation sur le Var <ul style="list-style-type: none"> - Par le PASS Santé Jeunes - Par l'expérimentation pour les adultes • Choix des critères d'évaluation qualitatifs et quantitatifs par le groupe de travail dédié

Territoire de l'action : Var

Bénéficiaires : Les personnes en souffrance psychique ou souffrant de troubles psychiques, cognitifs ou mentaux du département, non pris en charge par des structures publiques (CMP)

Etapes de mise en œuvre
1. Création du groupe de travail
2. Elaboration d'une expérimentation par ce groupe
3. Promotion du PASS Santé Jeunes
4. Elaboration d'outils de communication
5. Expérimentation de consultations psychologiques gratuites sur le Var (expérimentation spécifique ou promotion PASS Santé Jeunes)
6. Evaluation des dispositifs

Moyens nécessaires identifiés :

- Groupe de travail dédié
- Volonté des professionnels et des collectivités territoriales

Partenaires potentiels : Associations – Région PACA – Conseil Départemental – CPAM – CAF

PILOTAGE ET SUIVI

I. Au niveau régional

Comme pour la phase d'écriture des PTSM, le CRES reste engagé sur l'animation régionale de la mise en œuvre des PTSM à compter de janvier 2021 et pour une durée de 6 mois. En complément de cette activité, le CRES a pour mission de mobiliser les acteurs de la santé mentale, les usagers et leurs proches au travers de différents formats d'intervention, présentés ci-dessous (groupes de travail régionaux et journée thématique régionale).

Cette animation régionale a pour but d'accompagner les départements sur la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des projets élaborés au sein de chaque PTSM.

I.1 L'animation de groupes de travail

L'animation des temps d'échanges à l'attention des référents départementaux se poursuit, sur des aspects méthodologiques. Les rencontres porteront sur l'identification et le contact des porteurs de projets, leur contractualisation avec l'ARS, les recherches de partenariat (notamment financiers), la démarche de suivi des projets, l'accompagnement à la mise en place des instances techniques et de pilotage, l'animation de temps départementaux, l'évaluation, etc.

Au niveau régional, plusieurs groupes de travail thématiques sont également créés. Leur objectif est d'engager une dynamique de travail régionale sur certaines thématiques identifiées comme prioritaires, afin de construire des projets répondant à un besoin régional ou de renforcer et de mutualiser les pratiques des projets déjà existants.

Les thématiques seront évolutives en fonction de l'avancée des groupes de travail et des instructions nationales relatives à la santé mentale et à la psychiatrie.

En septembre 2020, 7 groupes ont été identifiés :

- Formations, en lien avec les organismes de formation de la région et les universités
- Réhabilitation psychosociale et rétablissement, en lien avec le centre référent régional
- Psychotraumatismes, en lien avec le centre régional des psychotraumas
- Développement des compétences psychosociales, violences scolaires
- Droits des personnes, lutte contre les discriminations
- Appui aux bonnes pratiques
- Addictions et santé mentale.

Enfin, l'animation d'un espace numérique partagé prévoit de faire le lien entre les animateurs, les acteurs, les usagers et leurs proches.

I.2 Des actions de communication, d'information et de sensibilisation

Comme lors du processus d'élaboration des projets, l'animation de la communauté de pratiques sur l'Agora social club se poursuit, afin de favoriser les échanges et la veille thématique.

Une charte graphique commune permet de visibiliser les écrits, actions et communication en lien avec les PTSM de la région.

La communication est organisée aux différents niveaux, départementaux et régional, grâce à des lettres d'informations régulières.

De plus, une journée régionale thématique est proposée, dont la thématique est choisie en lien avec les départements.

Enfin, des veilles documentaires sont réalisées par les documentalistes du CRES sur les différentes thématiques concernées par les projets et les animations régionales, ainsi qu'à la demande, pour les acteurs qui le souhaitent.

I.3 Des actions d'évaluation

Le CRES conduit une évaluation des activités et du processus pour l'animation régionale de l'écriture des PTSM. Il s'agit de décrire la méthode, les ressources et moyens utilisés pour mettre en œuvre une animation régionale destinée à soutenir l'élaboration des projets, ainsi que d'analyser les apports, en termes de bénéfices, de cette coordination régionale.

Le CRES prévoit également la mise en travail d'une évaluation plus globale portant sur la pertinence et la cohérence des PTSM durant leur 5 années de fonctionnement. Un groupe de travail régional, dédié à cette évaluation, doit être mis en place.

2. Coordination départementale du PTSM 83 (2021-2025)

A l'issue de ces 18 mois de travail partenarial, très largement impacté par la crise sanitaire, il semble indispensable de réaffirmer la nécessité de poursuivre une dynamique départementale forte. Elle ne pourra se poursuivre qu'avec un pilote en capacité d'avoir une vision globale et détachée du sanitaire et du médico-social. Ces deux secteurs, prioritaires dans la prise en charge de patients souffrant de troubles psychiques, ne peuvent avoir en même temps un regard suffisant sur la prévention, la formation, la coordination générale.

La mission du CODES 83 est prévue jusqu'au 30 juin 2021 afin de prévoir les modalités d'évaluation du processus d'implantation autour du PTSM dans le Var.

Le CODES 83 invitera le comité de pilotage ainsi que les pilotes et co-pilotes avec l'ARS PACA pour une rencontre bilan deux ans après le lancement de la démarche. Cela permettra un point d'étape et nous aurons certainement à cette période une meilleure visibilité sur la poursuite du processus.

En l'absence d'une instance en capacité de maintenir la coordination à l'issue de cette mission, la dynamique PTSM du territoire risque fort de se réduire. La crise sanitaire a prouvé la difficulté à maintenir les liens partenariaux quand chaque structure doit se concentrer sur des missions indispensables.

On peut imaginer, à l'issue de ce PTSM 2021-2025, l'émergence d'une entité en capacité à fédérer l'ensemble des acteurs de santé mentale d'une façon transversale. Ce pourrait être la mission du centre ressources par exemple.

Dans cette attente, et pour faciliter l'émergence et la mise en œuvre efficiente d'un tel lieu, un coordonnateur départemental semble tout à fait nécessaire.

Les missions du **coordonnateur départemental** du PTSM, en lien avec l'ARS PACA, devraient être :

- Mettre en œuvre **les instances de réflexion** qui ont été définies dans le cadre du PTSM et notamment autour des fiches actions sur :
 - Les publics spécifiques (fiche 3.1)
 - Les coordonnateurs de parcours (fiche 3.2.2)
 - Les commissions sur l'accessibilité des transports et lieux publics pour les personnes en situation de handicap psychique ou mental (fiche 3.6.1)
 - La prise en charge de consultations psychologiques (fiche 3.6.2)
 - L'information autour des dispositifs de soutien (fiche 2.1)
 - L'accompagnement des CPTS (fiche 2.2.1)
 - Le développement des CLSM (fiche 2.6.1)
 - L'offre de formation pour tous (fiches de l'axe 3)
- Faciliter **l'émergence des actions innovantes** et notamment le centre ressources avec toutes ses composantes;
- Accompagner les partenaires qui nécessitent un **soutien méthodologique**, notamment les GEM;

- Mettre à disposition les outils d'évaluation, **évaluer en continu** le développement du PTSM et garantir une cohérence départementale;
- Participer **aux instances de coordination départementales** et aux réunions de travail autour des thématiques de santé mentale des institutions pour ensuite faire les liens avec les partenaires de terrain;
- Maintenir un niveau **d'information** suffisant pour l'ensemble des partenaires afin de fluidifier les parcours des personnes en situation de handicap, de leurs familles, des aidants;
- Mettre en œuvre un **plan de communication interne et externe** au réseau PTSM du Var;
- Travailler en lien et participer à la réflexion du **réseau régional** des PTSM.

Dès la première réunion du PTSM, cette question de l'information, de la connaissance des dispositifs existants et du **maillage territorial** est apparue. On mesure l'étendue des programmes varois, mais aussi leur cloisonnement. Plusieurs actions comme le GCSMS, le développement des coordonnateurs de parcours, le coordonnateur GEM, les formations PSSM peuvent lutter contre ces cloisonnements. Certaines actions sont déjà en cours, d'autres doivent se développer ou commencer sur le département.

Elles ne pourront se développer efficacement qu'avec un chef d'orchestre attentif à l'ensemble des musiciens et déchargé d'une partition essentielle comme le soin ou la prise en charge.

Les rédacteurs ont choisi de ne pas faire une fiche action pour cette **coordination** qui n'est pas dépendante d'un axe, mais est transversale. Cette mission n'est pas à elle seule la garantie de la réussite du PTSM varois, mais elle est le **maillon incontournable d'une mise en œuvre efficace**.

Tableau 53. Exemple de tableau de suivi de mise en œuvre des actions

Axe de référence	Fiches actions	Objectifs opérationnels	2021	2022	2023	2024	2025
Axe n°1 Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide	Action 1.1.1 Accès aux Centres Médico-Psychologique (CMP) et aux Centres médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)	Constituer un groupe de travail sanitaire et médico-social					
		Faire un état des lieux précis du recours et des prises en charge en CMP sur le département					
		Renforcer les moyens de prise en charge des CMP					
		Organiser les articulations entre les différents acteurs sanitaires et médico-sociaux du département et les CMP					
		Proposer des temps des temps d'accès non programmés					
		Envisager le déploiement des CMP sur le territoire par des équipes mobiles ou des antennes, éventuellement la télémedecine					
Axe n°2 Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre psychiatrique accessible, diversifiée et de qualité	Action n°2.3.1 Projet AVISO-HANDICONSULT 83	Assurer un accueil téléphonique					
		Réaliser des entretiens d'accueil des patients					
		Accompagner les patients dans leur parcours de soins					
		Conventionner avec les partenaires					
		Animer des temps d'information/ sensibilisation et d'échanges de pratiques avec les professionnels sanitaires et médico-sociaux					
		Favoriser la continuité et la coordination des soins ambulatoires de médecine générale, de spécialités médicales et chirurgicales, de soins infirmiers					
		Organiser l'accompagnement/ coordination des soins ambulatoires dans les spécialités					
		Mettre en place une activité de télémedecine pour le public géographiquement éloigné du territoire toulonnais et pour les personnes avec TSA ayant le plus de difficulté au changement (troubles du comportement)					
		Développer le travail en réseau de soignants hospitaliers, libéraux et ceux œuvrant au cœur des ESMS					
Développer les connaissances et compétences des professionnels des secteurs sanitaires et médico-social							
Axe n°3 Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique	Action n°3.6.1 Accessibilité espace urbain	Animer un collectif d'acteurs locaux, incluant des personnes concernées, autour de l'accessibilité des transports et des espaces publics					
		Développer des outils de communication adaptés aux personnes souffrant de handicap psychique ou mental					
		Développer une offre de transport adaptée vers les lieux de soins en santé mentale					
		Proposer une offre de transport des 5 principales villes du département au minimum vers les principaux lieux					

EVALUATION

L'objectif premier du PTSM consiste à réorganiser la santé mentale et la psychiatrie à l'échelle d'un territoire (ici le département du Var) afin de réduire les inégalités d'accès aux soins et favoriser la coordination des prises en charge de proximité. En ce sens, il convient de lister les indicateurs qui permettraient d'évaluer l'efficacité, la pertinence, et la cohérence des différentes actions fléchées du PTSM. La conduite de ce présent PTSM est inscrite pour une durée de 5 ans. Il serait intéressant de mettre en place une évaluation annuelle afin d'avoir des données comparatives des données finales (soit celles de 5 ans) et ainsi repérer les contraintes et les leviers qui auront pu être rencontrés sur une année.

Il est important de mener une évaluation à deux niveaux :

- L'évaluation du PTSM départemental, c'est-à-dire l'évaluation de la dynamique sur le département, de la cohérence entre les actions, du respect des actions fléchées et éventuellement des nouvelles actions venues enrichir l'offre en santé mentale (au regard du diagnostic);
- L'évaluation des actions en elles-mêmes, qui seront réalisées par les différentes structures et articulées entre elles.

Évolution du comité de pilotage

Pour reprendre la méthode d'évaluation de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, le **comité de pilotage du PTSM** doit se transformer **en comité de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre** (tout au long des cinq années) pour devenir le **comité d'évaluation finale** en phase finale de ces cinq années.

Les porteurs suivent la mise en œuvre de leur(s) action(s) respective(s) et ajustent le plan d'action si nécessaire, tout en veillant à la cohérence de ce dernier.

Rôle du coordonnateur dans le suivi et l'évaluation

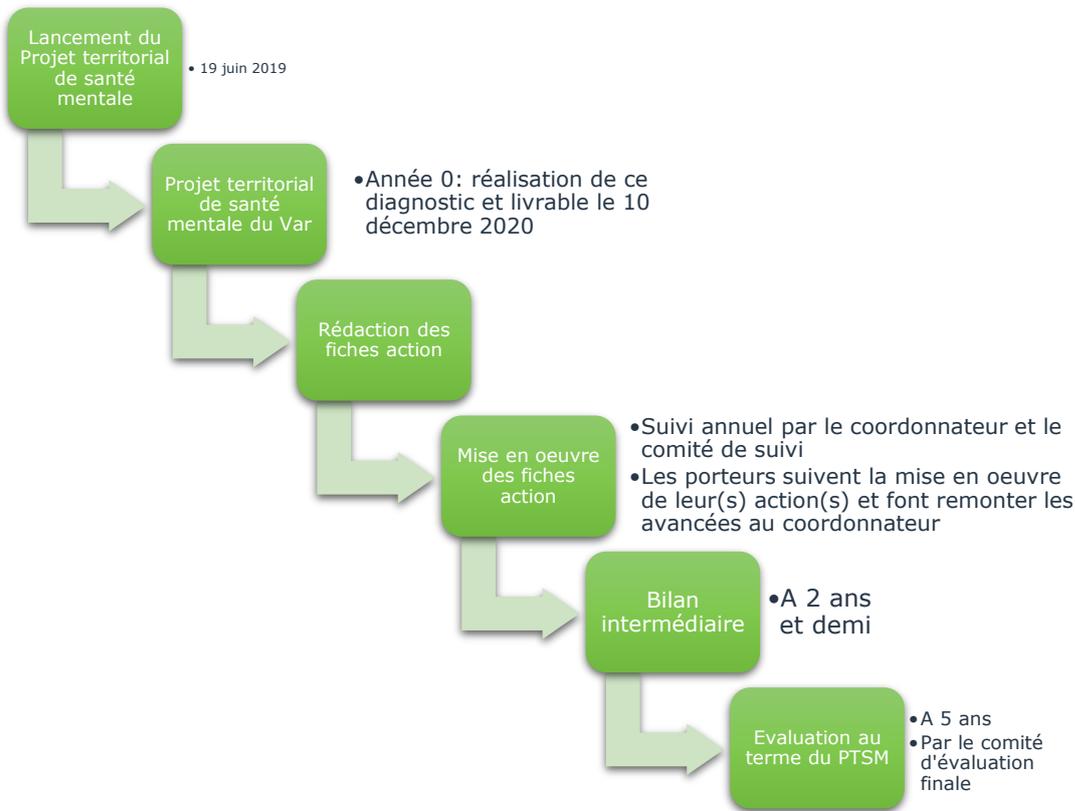
Le coordonnateur du PTSM évalue tout au long de ces cinq ans la réalisation des actions des fiches action du PTSM. Il sera chargé de maintenir les liens avec les porteurs d'actions afin de suivre au mieux et d'accompagner la mise en œuvre du PTSM. Deux fois par an, il sera chargé de réunir le comité de suivi et d'évaluation pour des points d'étapes qui permettront de dégager les freins et les leviers de la mise en œuvre des actions retenues.

Composition du comité de pilotage et comité de suivi et d'évaluation

Le comité de pilotage défini lors du début du PTSM peut évoluer : départ des membres, changement de poste ou démission. De même, le développement de certaines actions peut rendre pertinente l'inclusion de nouveaux membres dans ce comité de suivi. Par exemple, le coordonnateur GCSMS et le coordonnateur GEM devraient pouvoir faire partie de ce comité. De même, il faudra veiller à la participation de personnes concernées. Si des patients pairs se forment sur le département, ils pourraient être aussi représentés.

Processus de suivi et d'évaluation

Le schéma suivant illustre l'organigramme de suivi et d'évaluation à mener pendant 5 ans :



A partir des **évaluations annuelles des porteurs**, le coordonnateur du PTSM rédigera une **évaluation annuelle** du PTSM. Elle sera transmise aux membres du comité de suivi en amont de la deuxième rencontre annuelle et sera l'occasion d'une évaluation partagée.

Ainsi, deux types d'évaluation sont à mettre en œuvre :

- Une évaluation interne : réalisée par le coordonnateur du PTSM au fil des cinq années avec une évaluation intermédiaire et une évaluation finale;
- Une évaluation externe : réalisée par le comité de pilotage devenu comité de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre, pendant le déploiement du PTSM et qui deviendra le comité d'évaluation au terme des cinq ans. Cette évaluation sera réalisée lors du bilan intermédiaire, au bout de deux ans et demi (à l'occasion d'un comité d'évaluation spécifique) et au terme des cinq ans.

Outils et modalités d'évaluation

Au terme de ces cinq années, l'évaluation devra comprendre les trois éléments suivants :

1. Evaluation de la réalisation des fiches action	2. Actions réalisées	3. Base de données
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'actions prévues • Nombre d'actions effectives • Nombre d'actions en cours • Nombre d'actions non déployées • Nombre d'actions abandonnées 	<ul style="list-style-type: none"> • Impacts: <ul style="list-style-type: none"> • Objectif atteint (résultats) • Autres effets prévus et inattendus 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscrire les modalités d'évaluation • Renseigner les indicateurs de suivi • Soumettre des données pertinentes à récolter qui ne sont pas disponibles en opendata

1. Tableau de recensement pour l'évaluation des fiches action

	AXE 1	AXE 2	AXE 3
Nombre d'actions prévues			
Nombre d'actions effectives			
Nombre d'actions en cours			
Nombre d'actions non déployées			
Nombre d'actions abandonnées			

2. Tableau de recensement pour l'évaluation des actions réalisées

	Indicateurs	Outil de recueil	Résultat attendu	Résultat atteint	Raison de l'écart	Porteur(s)	Quand
Objectifs spécifiques							
Objectifs opérationnels							

Afin d'anticiper le suivi et l'évaluation en continu du PTSM, il conviendra que ce tableau soit renseigné à T0. Les colonnes « résultat atteint » et « raison de l'écart » pourront être renseignées après une année d'activité, puis de manière annuelle.

3. Base des données à renseigner annuellement

Une base de données devra être régulièrement renseignée par le coordonnateur du PTSM. L'ensemble des indicateurs recensés dans le diagnostic territorial devra être repris (dans la mesure du possible) en fonction de leur disponibilité. Le modèle sera le suivant :

Thème	Sous-Thème	Indicateur	Source/Fournisseur	Année	France métropolitaine	PACA	Var	CODE INSEE

Les indicateurs de suivi qui font l'objet d'une attention particulière sont les suivants :

- Délais (en mois) pour un premier rendez-vous au CMP ;
- File active des urgences psychiatriques ;
- Taux d'hospitalisation à temps plein par an ;
- Densité de soins à domicile ;
- Nombre d'équipe mobile en psychiatrie sur le département ;
- Densité de places en ESMS ;
- Densité de places en ACT ;

Les données à recueillir par exemple (qui ne sont pas disponibles à ce jour) :

- Taux de recours à l'hospitalisation en soins sans consentement;
- Proportion des personnes en ESMS

Pour un regard plus objectif, il convient de mettre en place une **évaluation participative**, notamment par la création d'un questionnaire à destination des personnes concernées pour recueillir leur opinion.

Table des illustrations

Tableau 1. Répartition des participants et des participations aux rencontres de groupes de travail thématique en 2019 et 2020	23
Tableau 2. EPCI dans le Var selon la part d'habitants et le nombre de communes	33
Tableau 3. Espérance de vie à la naissance	38
Tableau 4. Indice comparatif de mortalité 2011-2015	38
Tableau 5. Indice comparatif de mortalité prématurée 2011-2015.....	38
Tableau 6. Taux standardisé de décès pour 100 000 habitants entre 2014-2016 par cause et tranche d'âges	39
Tableau 7. Taux de chômage (au sens du recensement) par sexe et âge	41
Tableau 8. Part de la population diplômée de plus de 15 ans non scolarisée en 2016	42
Tableau 9. Taux de population couverte par le RSA en % en décembre 2018	43
Tableau 10. Nombre et proportion d'allocataires de l'AAH parmi les 20-64 ans	45
Tableau 11. Nombre d'adultes couverts par l'AAH par EPCI en 2019	45
Tableau 12. Nombre d'enfants couverts par l'AEEH par EPCI en 2018	46
Tableau 13. Nombre et proportion d'allocataires de l'AEEH parmi les moins de 20 ans	46
Tableau 14. Estimation du nombre d'enfants par type de déficience en 2019	47
Tableau 15. Taux de prévalence (en %) par type de déficience en 2019.....	47
Tableau 16. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des 12-18 ans (pour 10 000 habitants de 12 à 18 ans) en 2015	48
Tableau 17. Taux de recours en établissements de santé pour tentative de suicide chez les 18-64 ans, 2015	48
Tableau 18. Taux de recours standardisé en ambulatoire ou en hospitalisation temps plein pour différents troubles, 2015.....	48
Tableau 19. Part des admissions aux urgences par causes en 2015	49
Tableau 20. Nombre de passages aux urgences de l'HIA Sainte-Anne entre 2019 et 2020	49
Tableau 21. Taux de consommation de médicaments, 2015	50
Tableau 22. Taux de décès en lien avec l'alcool, 2015	50
Tableau 23. Nombre de consultations aux CSAPA en fonction du motif, 2016	51
Tableau 24. Structures extérieures dépendantes à l'hôpital George Sand	53
Tableau 25. Structures extérieures dépendantes à l'hôpital Henri Guérin	54
Tableau 26. Structures extérieures dépendantes du CHI Fréjus	56
Tableau 27. Structures extérieures dépendantes au CHI de la Dracénie	56
Tableau 28. Répartition des équipes mobiles dans le Var en 2020	59
Tableau 29. Densité de place en établissement sociaux et médico-sociaux en 2017..	60
Tableau 30. Nombre de personnes en situation de handicap en attente d'une place en établissement au 25 janvier 2018	60
Tableau 31. Localisation et nombre de places dans les ACT	61
Tableau 32. Les places en structures de prise en charge médico-sociale pour personnes âgées.....	62
Tableau 33. Structures extérieures dépendantes aux différents CHI et CH du Var	65
Tableau 34. Taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux pour les 0-19 ans (en %)	68
Tableau 35. Données relatives aux enfants en attente d'une place dans le Var	69
Tableau 36. Ensemble de lits et places publics et privés installés au 31.12.2017 - taux d'équipement	69

Tableau 37. Densité médicale pour 10 000 habitants en 2019	70
Tableau 38. Répartition des médecins généralistes par EPCI en 2020	73
Tableau 39. Répartition des médecins par tranche d'âge, 2020	74
Tableau 40. Nombre de médecins généralistes dans le Var par tranche d'âge en 2020	74
Tableau 41. Répartition des maisons pluriprofessionnelles de santé au 03/08/2020 ..	75
Tableau 42. Densité de psychiatres dans le Var en 2016	76
Tableau 43. Densité des psychologues libéraux pour 100 000 habitants en 2017	76
Tableau 44. Répartition des SSIAD dans le Var en 2019	78
Tableau 45. Répartition des CPTS et de leur statut d'avancement dans le Var au 1er mars 2020	79
Tableau 46. Zonages géographiques des Plateformes Territoriale d'Appui	82
Tableau 47. Répartition des MAIA dans le Var	83
Tableau 48. File active des CAARUD à différentes échelles, 2016	87
Tableau 49. Répartition des CLIC et indication de leur niveau dans le Var	88
Tableau 50. Recensement des lieux de prévention dans le Var	89
Les délais moyens de traitement des dossiers ont été réduits entre 2018 et 2019, comme l'atteste le tableau suivant, sachant que le nombre de demandes de l'année 2019 est supérieur au nombre de demandes de 2018. Tableau 51. Délais moyens de traitement des demandes	94
Tableau 52. Exemple de tableau de suivi de mise en œuvre des actions Fiche 3.6.2 : Prescription de consultations psychologiques	152
Tableau 52. Exemple de tableau de suivi de mise en œuvre des actions	318
Tableau 52. Exemple de tableau de suivi de mise en œuvre des actions	318
Carte 1. Carte modèle représentant les cartes utilisées dans le présent document. ..	32
Carte 2. Répartition des EPCI dans le Var	34
Carte 3. Répartition de la population dans le Var.	35
Carte 4. Variation annuelle de la population dans le Var de 2012 à 2017	36
Carte 5. Indice de vieillissement dans le Var	37
Carte 6. Répartition des familles monoparentales	40
Carte 7. Chômage dans la population en 2016.	41
Carte 8. Part des diplômés de l'enseignement supérieur et des non ou peu diplômés dans le Var	42
Carte 9. Taux de pauvreté dans le Var	44
Carte 10. Répartition des secteurs de psychiatrie générale dans le Var en 2018	52
Carte 11. Répartition des secteurs de psychiatrie Infanto-Juvenile dans le Var en 2018	66
Carte 12. Densité médicale pour 10 000 habitants en 2019	70
Carte 13. Répartition des médecins généralistes dans le Var, 2019	71
Carte 14. Zonage des médecins généralistes dans le Var, 2018	72
Carte 15. Densité d'infirmiers libéraux pour 10 000 habitants, 2019	77
Carte 16. Répartition des CLSM dans le Var en 2020	81
Carte 17. Répartition des CSAPA dans le Var	86
Figure 1. Modalité de gouvernance du PTSM	27
Figure 2. Évolution de la population du Var, de PACA et de la France métropolitaine depuis 1999	35

Bibliographie

Agence Nationale d'Appui à la Performance (décembre 2016). *Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale Méthodes et outils pour les territoires*. <http://ressources.anap.fr/parcours/publication/2508-mettre-en-oeuvre-un-projet-de-parcours-en-psychiatrie-et-sante-mentale-methodes-et-outils-pour-les-territoires-bis>

Agence Nationale d'Appui à la Performance (mars 2019). *Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale Méthodes et outils pour les territoires. Tome 2 retour d'expériences*. <http://ressources.anap.fr/parcours/publication/2509>

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (décembre 2017), *L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits « mineurs isolés étrangers »*, recommandation de bonnes pratiques professionnelles. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833668/fr/l-accompagnement-des-mineurs-non-accompagnes-dits-mineurs-isoles-etrangeurs-mna

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (avril 2017), *Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux*, Guide. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833768/fr/qualite-de-vie-handicap-les-problemes-somatiques-et-les-phenomenes-douloureux

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (mars 2018), *Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap, Synthèse et outils*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/coordination_synthese_et_outils.pdf

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (novembre 2015), *Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835658/fr/reperage-et-accompagnement-des-situations-de-ruptures-dans-les-parcours-des-personnes-accueillies-en-centre-d-hebergement-et-de-reinsertion-sociale-chrs

ARS PACA (octobre 2014), *État des lieux de la santé mentale dans le département du Var*.

ARS PACA. (2018). *Schéma régional de sante 2018-2023 Provence alpes côte d'azur*.
Comité régional d'éducation pour la santé Languedoc-Roussillon. (2009). *Techniques d'animation en éducation pour la santé*. <https://education-sante-patient.edu.umontpellier.fr/files/2011/05/Techniques-danimation.pdf>

ARS (2018) *Inventaire des structures de psychiatrie et des structures en lien avec la psychiatrie en Provence-Alpes-Côte d'Azur - Etablissements de santé publics et privés*, DPRS - Département des Etudes, Enquêtes et Evaluations
https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2018-02/Dpt83_inventaire_2017.pdf

Bulletin de Santé Publique Haut-de-France (février 2019), *Conduites suicidaires*, https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2019-02/BSP_ConduitesSuicidaires_Hauts%20de%20France.pdf

Centre interrégional d'actions, d'études et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (2019), *Handidonnées, Panorama régional de données sur le handicap en 2019, Région Sud PACA*
http://www.creai-pacacorse.com/3_etudes/etudes.php?id_Doc=193

Coux, N., Pardo, C., & Arranz, J.-M. (2015). *Une méthode de diagnostic partagé de territoire, des implicites*. In A. Torre & D. Vollet, *Partenariats pour le développement territorial* (p. 87-102). Editions Quæ. <https://www-cairn-info.proxy.bibliotheques.uqam.ca/partenariats-pour-le-developpement-territorial--9782759224081-page-87.htm>

Le Courrier des Addictions (Vol. XXI – n° 3 - juillet-août-septembre 2019), *La télémédecine en psychiatrie et addictologie : l'heure est au déploiement*
<https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/26981.pdf>

Creswell, J. W. (2013). *Research Design : Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (4 édition). Sage Publications.

CRIPS (août 2019), *Guide des structures et des dispositifs ressources sur la santé des jeunes Var*, <https://sud.lecrips.net/wp-content/uploads/2019/09/Guide-des-structures-et-des-dispositifs-ressources-sur-la-sant%C3%A9-des-jeunes-du-Var.pdf>

Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (juin 2017), Dispositif ACT « Un Chez-soi d'abord »
https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2017/07/cahier_des_charges_national_dispositif_act_un_chez-soi_dabord.pdf

Le Département du Var (27 octobre 2016), Plan local d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PLALHPD) du Var 2016-2022
<https://www.var.fr/social/habitat/plalhd>

Direction Générale de l'Offre de Soins (4 octobre 2019), Commission Parcours et territorialité du Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie, Synthèse des résultats de l'enquête ARS sur la mise en œuvre des PTSM

Douiller, A. (2012). *25 techniques d'animation pour promouvoir la santé*. Le Coudrier Editions.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (avril 2014), Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale, document de travail
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt129.pdf>

Durand, B. (2009). Les Groupes d'entraide mutuelle: Un acquis des usagers. *L'information psychiatrique, Volume 85(9)*, 803-812.

Guével, M.-R., Pommier, J., & Jourdan, D. (2015). Mixed Methods' Contribution to the Evaluation of Health Promotion Initiatives in the School Setting. In V. Simovska & P. Mannix McNamara (Éds.), *Schools for Health and Sustainability* (p. 379-404). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-017-9171-7_18

Haute autorité de santé (septembre 2018), *Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux : état des lieux, repères et outils pour une amélioration* - Guide <https://www.has-sante.fr/>

INSEE. (2016). *Var—Offre foncière économique : 9 zones de concentration de l'emploi à enjeux*.

INSEE. (2019). *Recensement de la population—Var*.

INSET ANGERS (14 mai 2019), *Référent de parcours "Point d'étape d'une mesure en faveur d'un accompagnement global de la personne"* https://www.cnfpt.fr/sites/default/files/bilbio_referent_parcours_05_2019.pdf

Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé Bourgogne-Franche-Comté (novembre 2019), Anne Sizaret, *Dossier documentaire sur la pair-aidance* <https://ireps-bfc.org/sinformer/dossier-documentaire-sur-la-pair-aidance>

Lamboy Béatrice, « La santé mentale : état des lieux et problématique », *Santé Publique*, 2005/4 (Vol. 17), p. 583-596. DOI : 10.3917/spub.054.0583. URL : <https://www.cairn-int.info/revue-sante-publique-2005-4-page-583.htm>

Laperrière, H., Potvin, L., & Zúñiga, R. (2012). A socio-political framework for evaluability assessment of participatory evaluations of partnerships: Making sense of the power differentials in programs that involve the state and civil society. *Evaluation*, 18(2), 246-259. <https://doi.org/10.1177/1356389012442445>

Maison Départementale des Personnes Handicapées (2019), *Rapport d'activité 2019*

Ministère des solidarités et de la santé, *Stratégie nationale de santé 2018-2022* <https://www.ars.sante.fr/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022-1>

Ministère des solidarités et de la santé (2019), *Guide d'appui à la mise en œuvre de la démarche du « référent de parcours »* <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/guides/article/guide-d-appui-a-la-mise-en-oeuvre-de-la-demarche-du-referent-de-parcours>

Sitographie

ANAP – Appui santé & médico-social - Organiser des parcours en psychiatrie et santé mentale

<http://www.anap.fr/les-projets/accompagner-les-etablissements-dans-leur-ouverture-sur-les-territoires/detail/actualites/organiser-des-parcours-en-psychiatrie-et-sante-mentale/>

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

<https://www.scansante.fr/applications/addictions-chroniques/submit?snatnav=&mbout=dummy&annee=2017&typezone=dep&zone=83>

ASCDOCPY – Le réseau documentaire en santé mentale

<http://www.ascodocpsy.org/>

Assurance Maladie

<https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/index.php>

Atlas de la santé mentale en France

<http://santementale.atlasante.fr/#c=indicator&view=map4>

Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS)

<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/>

Caisse d'allocation familiale, Database

<http://data.caf.fr/site/>

Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, INSERM

<https://cepidc.inserm.fr/qui-sommes-nous/le-cepidc>

Centre de Formation au Rétablissement (COFOR)

<http://www.coforettablissement.fr/>

Centre national de ressources et d'appui aux conseils locaux en santé mentale

<http://clsm-ccoms.org>

Centre de preuves en psychiatrie et santé mentale

<https://www.cdppsm.fr/>

Fabrique territoires santé

<https://www.fabrique-territoires-sante.org/>

Haute autorité de santé (HAS) Santé mentale et psychiatrie

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2725662/fr/psychiatrie-sante-mentale

Housing First Europe

<https://housingfirsteurope.eu/fr/le-guide/core-principles-housing-first/>

Institut national de la statistique et des études économiques

<https://www.insee.fr/fr/accueil>

Maison départementale des personnes handicapées

<https://mdph.var.fr/accueil>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019, mai 7). *Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé*

<https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2020). *Feuille de route—Santé mentale et psychiatrie—Jeudi 28 juin 2018.*

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-jeudi-28-juin-2018>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (18/08/2020). *Projet territorial de santé mentale : les soins, accompagnements et services attendus sur les territoires de santé mentale*

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/projet-territorial-sante-mentale>

Observatoire des Droits des usagers (de substances psychoactives)

<http://www.asud.org/odu/>

Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. (2018). *Portrait socio sanitaire et environnemental du département du Var.*

http://www.orspaca.org/sites/default/files/portrait_var_orspaca.pdf

Observatoire santé mentale, vulnérabilités et sociétés (ORSPERE SAMDARRA)

<http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra.html>

Premiers secours en santé mentale (PSSM)

<https://pssmfrance.fr/>

PSYCOM – Stigmatisation en psychiatrie

<http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Stigmatisation-en-psychiatrie>

Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive

<https://centre-ressource-rehabilitation.org/>

Santé mentale France

<https://santementalefrance.fr/>

Scan Santé, cartographie de production et de consommation de soins

<https://cartographie.atih.sante.fr/#c=indicator&view=map3>

Score Santé – base de statistiques et d'indicateurs de la santé et du social

<https://www.scoresante.org/index.html>

Semaines d'information sur la santé mentale

<http://www.semaine-sante-mentale.fr/>

Soin étude et recherche en psychiatrie (SERPSY)

<http://www.serpsy.org/>

Statistique annuelle des établissements de santé

<https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/recherche.htm>