

PROGRAMME REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE

SANTE MENTALE

CONTEXTE REGIONAL

En 1996, la Conférence Régionale de Santé a souligné les problèmes existant dans la région dans le domaine de la santé mentale et fin 2002, la santé mentale a été retenue comme nouvelle priorité régionale.

Dans le domaine de la santé psychique, la Haute-Normandie présente les caractéristiques suivantes :

- une surmortalité par troubles mentaux (y compris liés à l'alcool) tant chez les hommes que chez les femmes : 32 pour 100 000 habitants sur la région et 23,6 pour la France.
- le 8^{ème} rang pour le taux de mortalité par suicide avec 400 décès par an (dont 49 parmi les 15-34 ans). Un quart des décès des hommes de 25-34 ans est dû au suicide.
- une enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale une semaine donnée en mars 1998 a mis en évidence les principaux diagnostics chez les hauts-normands (tous âges confondus) :
 - *dépression : 16%
 - *schizophrénie : 18%
 - *troubles de la personnalité : 10%
 - *troubles schizo-affectifs et autres troubles délirants : 9%
 - *troubles anxieux : 8%
- Une offre de soins psychiatrique moins importante que la moyenne française :
 - *des taux d'équipement en lits et place très inférieurs aux moyennes nationales tant en psychiatrie générale qu'en pédopsychiatrie.
Pour la psychiatrie générale, le taux d'équipement régional est de 0,71 contre 1,02 en France pour le nombre de lits et de 1,11 contre 1,49 en France pour les lits et places. En pédopsychiatrie, le taux est de 0,06 /100 000 en lits pour la Haute Normandie contre 0,19 en France et de 1,22 contre 0,97 en France pour les lits et places. Cette situation est à nuancer compte tenu de l'existence de plusieurs structures médico-sociales (Centres Médico-Psycho-Pédagogiques). Source annexe au PLFSS 2004
 - *au 1/8/2004, une carte sanitaire déficitaire.
 - *un contexte haut-normand marqué par :
 - des densités en personnels médicaux et infirmiers inférieurs aux moyennes nationales ; 6,54/100 000 hab. sur la région pour les médecins contre 9,1 en France et pour le personnel non médical, 90,01 pour la région contre 118,82 pour la France, (chiffres tirés d'une enquête d'octobre 2003)
 - En terme de personnel, la région est caractérisée par des densités inférieures à celles de la France. Les densités médicales pour 100 000 habitants sont très contrastées entre les deux départements : 7,17 / 100 000 hab. en Seine-Maritime contre 4,82 / 100 000 hab. dans l'Eure.
 - Cette situation s'inverse si l'on examine la densité médicale au regard de la file active ; 0,32 en Seine-Maritime contre 0,36 dans l'Eure.
 - des difficultés pour le recrutement, le renouvellement des personnels médicaux et le maintien des personnels dans la région.

Dans ce contexte, la psychiatrie rencontre des difficultés croissantes pour répondre à la diversité et à l'augmentation des demandes qui lui sont adressées.

- des handicaps liés aux troubles psychiques ayant des conséquences importantes sur la vie quotidienne et l'insertion sociale et professionnelle des personnes qui en sont atteintes (enquête HID).
- Une inadéquation entre la prise en charge des personnes et leurs besoins réels.

Des enquêtes ponctuelles déclaratives des principaux centres hospitaliers de la région (Rouen, le Havre et Evreux) démontrent que des personnes restent hospitalisées en psychiatrie alors qu'elles relèveraient d'autres types de prise charge (secteur médico-social, appartements thérapeutiques, maisons de retraite...).

Une enquête nationale fait état de 26% d'hospitalisations inadéquates faute de relais social ou médico-social, il semble que cette proportion soit plus importante en Haute-Normandie (autour de 40% d'hospitalisations inadéquates). Une étude menée par le service médical de l'Assurance maladie est en cours sur ce sujet.

A l'inverse l'enquête ES sur les établissements médico-sociaux, nationale (2001) fait apparaître sur la région 184 enfants et 108 adultes souffrant de handicap en rapport avec des troubles psychiatriques graves et pour lesquels la prise charge en matière de soins est insuffisante et difficilement compatible avec une vie en collectivité.

Ces inadéquations posent la question du lien entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux pour une réponse adaptée en fonction des besoins de cette population et une meilleure prise en compte du handicap psychique.

En ce qui concerne l'autisme, 156 enfants hauts-normands autistes (0-19 ans) sont accueillis en établissement médico-social (nb estimé d'enfants autistes : 237 à 475) dont 114 en établissements réservés aux personnes autistes et qui proposent des méthodes éducatives et thérapeutiques spécifiques.

Au 31 décembre 2001, le nombre d'adultes autistes âgés de 20 à 59 ans est estimé entre 479 et 959, alors que la région ne dispose à cette date, que de 45 places spécifiques. 132 adultes sont accueillis dans les différents établissements médico-sociaux de Haute-Normandie ou d'autres régions.

Cette enquête parue en 2004 ne concerne que la prise en charge dans les établissements médico-sociaux. Le nombre d'autistes pris en charge en psychiatrie n'est pas renseigné dans cette étude.

En ce qui concerne les personnes détenues, une étude récente de l'ORS faite auprès des établissements pénitentiaires de la région précise que 17% des personnes détenues à la maison d'arrêt de Rouen étaient suivies avant leur incarcération par un service psychiatrique (10,8 % au centre de détention de Val de Reuil, 20 % sur le plan national). 2,4% des détenus ont effectué une tentative de suicide à Rouen (0,6 au Havre et 0,3 à Val de Reuil) et la maladie psychiatrique est perçue comme un facteur important de santé des personnes détenues.

Pour ce qui est de l'intrication entre santé mentale et périnatalité ; c'est la période de l'établissement de la « maternité psychique » dont les composantes bouleversent l'équilibre psychique de la mère de manière physiologique. Parfois, et notamment lorsqu'elle présentait une pathologie psychiatrique pré-existante, les bouleversements sont délétères pour la mère, et retentissent avec une extrême gravité sur l'enfant. Cette période d'extrême plasticité émotionnelle se doit d'être l'objet d'attentions particulières afin de ne pas méconnaître les situations « à risque psychique » (les dépressions du post-partum qui peuvent survenir 6 mois après une naissance sont très sous-évaluées).

- Les acteurs de PMI sont amenés à voir de nombreuses femmes qui relèvent à la fois d'une prise en charge par une équipe périnatale et par une équipe compétente en santé

- mentale ou en psychiatrie puisque le lien entre santé mentale et périnatalité est au cœur du travail de prévention de la maltraitance.
- Lorsqu'une femme sort de la maternité au bout de quelques jours, même si l'équipe obstétrico-pédiatrique a pressenti qu'un avis psychiatrique ou psychologique serait utile, il a pu être difficile de le présenter à la patiente, celle-ci a pu le refuser, et a pu refuser de rester quelques jours de plus en maternité. Dans ce cas, c'est au service de protection maternelle et infantile que les équipes de maternité ou de néonatalogie demandent un « suivi rapproché » à domicile, une évaluation de la situation et de son évolutivité à domicile, le relais leur est passé pour convaincre la patiente d'accepter un avis spécialisé, de bien se rendre aux rendez-vous programmés...
 - Face à des certitudes de risques potentiellement graves pour la mère ou pour l'enfant un signalement est fait, très souvent par les services de PMI.
 - Or, les professionnels de PMI sont compétents en ce qui concerne le risque médico-social mais les équipes ne comprennent pas de psychologue ni de psychiatre, le dispositif de Protection Maternelle et Infantile est insuffisamment connu.
 - Globalement, les liens entre la PMI, les maternités et la psychiatrie sont insuffisants bien que dans certaines maternités, une sage-femme ou une puéricultrice de PMI fasse régulièrement le lien entre la maternité et le service de PMI ; une visite durant le séjour en maternité est un élément apprécié, et incomparable quant à son efficacité pour créer du lien.

La DRASS s'est portée volontaire pour expérimenter la démarche proposée par la DGS et la DHOS de tester les recommandations du rapport franco-qubécois de juin 2000 : test d'indicateurs et enquête en population générale. Les modalités de mise en œuvre devraient être précisées prochainement.

CADRE NATIONAL

La loi de santé publique du 9 août 2004 prévoit que chaque région élabore un Plan Régional de Santé Publique afin notamment de définir les objectifs et les priorités régionales.

Il se compose de programmes permettant :

- d'atteindre les objectifs régionaux de santé ; en Haute-Normandie, la santé mentale est une priorité.
- de mettre en œuvre le volet régional des programmes nationaux de santé publique

Le programme régional doit prendre en compte les préconisations du plan national de santé mental.

Les connaissances épidémiologiques sont très insuffisantes en France par rapport aux autres pays européens néanmoins elles permettent d'affirmer que les indicateurs en France sont très défavorables : la santé mentale positive se situe à un niveau bas (9ème rang sur 11), le taux de détresse psychologique est élevé (3ème rang sur 11) et la fréquence des troubles dépressifs et anxieux met le pays au dernier rang des pays comparés avec des populations à risques plus élevés (les jeunes, les personnes âgées, les personnes sans emplois).

On relève également une prescription et une consommation de psychotropes particulièrement élevée tant pour les anxiolytiques que pour les antidépresseurs

Enfin, on constate une forte hétérogénéité régionale et une situation démographique paradoxale et préoccupante.

Le plan national psychiatrie et santé mentale est paru récemment. Ses priorités se recoupent avec celles qui ont été définies au plan régional en ce qui concerne le programme de santé publique et notamment sur l'information, la formation, le dépistage précoce, le travail en réseau, l'aide aux familles

La santé mentale est également un thème transversal présent dans les programmes nationaux. Ainsi, il s'inscrit dans les thématiques cancer, violence, PRAPS, périnatalité, prévention du suicide, conduites addictives...

METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PLAN

Une structure de pilotage unique à reçu pour mission commune de la part de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales ainsi que de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de coordonner et de rendre cohérents les travaux, réflexions et propositions de groupes de travail dont le cahier des charge pour chaque thématique retenue était de répondre aux questions posées,

- sous l'angle du Programme Régional de Santé Mentale
- sous l'angle du Schéma Régional de l'Organisation des Soins en psychiatrie,
- voire de certains thèmes des schémas départementaux du handicap.

Ainsi, répond-on au mieux aux préconisations de la loi de santé publique qui demande de veiller à l'articulation et à la cohérence entre plans et schémas. Ce travail doit également s'articuler avec le PRAPS, les autres plans régionaux et les autres domaines du SROS.

Ce groupe de pilotage comprend des représentants

- de l'administration (ARH, DRASS, DDASS, URCAM)
- des collectivités locales : Conseil Régional, Conseils Généraux
- des usagers (FNA-PSY, UNAFAM)
- des établissements de santé publiques et privés
- des professionnels de santé libéraux et hospitaliers
- de l'Université
- de l'Education Nationale
- de la Justice

Il a ainsi :

- défini la démarche de programmation (objectifs, moyens, organisation, calendrier..)
- défini les objectifs prioritaires et les groupes de travail à mettre en place,
- exercé une mission générale de concertation,
- validé les propositions des groupes de travail,
- et évaluera les actions mises en œuvre dans le cadre du PRSP.

Des groupes de travail ont proposé les objectifs prioritaires et les actions à mener dans les domaines concernant :

- santé mentale et périnatalité
- promotion de la santé et dépistage précoce
- organisation des soins
- réponses aux urgences psychiatriques
- prise en charge des adolescents
- santé mentale des personnes détenues
- santé mentale, handicap et réinsertion
- formation et démographie médicale
- évaluation, formation et communication
- santé mentale et toxicomanie

ce dernier thème s'articulera avec le programme régional « violence et santé » et les plans territoriaux de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool dans le cadre du plan quinquennal de la MILDT.

Le thème santé mentale chez les personnes âgées sera intégré dans le volet thématique « personnes âgées » du SROS et dans le PRS « maladies chroniques » notamment pour les points suivants :

- Faciliter le diagnostic précoce
- mettre en place une politique d'accompagnement renforcée pour les malades et leurs familles à un stade précoce
- développer la formation des professionnels et aider les bénévoles.

LES CONSTATS ET PROBLEMATIQUES SOULEVES PAR LES GROUPES DE TRAVAIL

Si les groupes de travail étaient communs au SROS et au PRS, ce document ne rend compte que des constats qui relèvent du programme « santé mentale ».

Il a été constaté :

- Une méconnaissance réciproque des missions, contraintes, limites et fonctionnement des acteurs des secteurs sanitaires psychiatriques, médico-sociaux, voire sociaux, ce qui a une incidence sur l'opportunité des orientations, la réussite des projets individuels, les possibilités de réinsertion. Dans ce contexte, la fluidité du parcours d'un individu entre les différents partenaires ne peut être correctement assuré, tout comme la continuité du suivi par l'une ou l'autre structure.
- Un manque de lisibilité des dispositifs psychiatriques par les services d'urgence.
- Des liens insuffisants et non formalisés entre les acteurs de terrain auxquels il faut associer les autres administrations (Education Nationale, justice) et la médecine de ville. Le partenariat est difficile. Il est actuellement très ponctuel en fonction de la disponibilité ou de la volonté d'éléments moteurs pour le mettre en place.
- Des familles en grande difficulté par rapport aux troubles psychiques de leur enfant tant en ce qui concerne la prévention, le repérage (méconnaissance des signes d'alerte) que la prise en charge (méconnaissance des structures et des réseaux). Ces familles ont besoin pour elles même d'un soutien psychologique qui n'est pas souvent proposé.
- Par sa capacité particulière à modifier le relationnel aux autres, la personnalité de celui qui en est atteint, la maladie mentale entraîne une stigmatisation de l'individu et de sa maladie par manque d'information du public.
- Une insuffisance d'information à tous niveaux entraîne un retard dans le repérage des troubles qu'il s'agisse des professionnels de la petite enfance à l'adolescence mais ce déficit d'information concerne aussi les troubles spécifiques des adultes ou des personnes âgées.
- Une insuffisance de formation sur les troubles psychiques dans les cursus de formation initiale et continue des professionnels (médecins, personnels paramédicaux, éducateurs, enseignants, travailleurs sociaux...) qui entraîne une difficulté à évaluer la nature et la profondeur du mal-être, à reconnaître une pathologie psychiatrique.
- Une prise en compte insuffisante des dispositifs de prévention notamment dans les domaines sociaux et/ou éducatifs.
- Pour les détenus, des problèmes de continuité en ce qui concerne l'accès aux droits sociaux, en particulier lors de la sortie d'une structure de détention.
- Pour la population des détenus, une discontinuité dans la prise en charge psychiatrique à la fois liée au fonctionnement cloisonné et réglementé des diverses structures (santé, justice) en charge des détenus, et au difficile problème du secret professionnel.
- Le nombre de condamnés à un suivi socio-judiciaire est en franche augmentation, pour l'instant ces personnes sont emprisonnées, mais dès leur sortie,

l'accès à des psychiatres formés à ce suivi va se poser dans les années à venir. Pour l'instant seuls les psychiatres d'établissements publics de santé assurent cette mission.

- Dans le cadre des injonctions de soins, suivi socio-judiciaire ou non, le faible niveau de communication des divers professionnels en lien avec le détenu entre eux est facteur d'inconfort professionnel pour chacun.
- Une inadaptation ou une insuffisance des structures spécialisées aux problématiques des jeunes ayant des situations difficiles et des personnes précarisées (liens avec le PRAPS et le SROS)
- Des délais d'attente beaucoup trop long pour accéder aux structures de soins (CAMSP - 0-6 ans, CMP – adultes, CMPP - enfants...).
- Une insuffisance de temps d'échanges entre professionnels autour de leurs pratiques notamment dans la prise en charge des jeunes précaires.
- Un dispositif national, décliné sur la région, de formations au repérage de la crise suicidaire permet la mise en place d'une culture commune autour de la problématique du suicide , y compris en prison.
- Concernant le lien entre périnatalité et santé mentale, l'hétérogénéité de fonctionnement sur la région de la prise en charge conjointe des deux thèmes est dommageable aux familles et aux professionnels (médicaux, para-médicaux, libéraux et hospitaliers, médico-sociaux et sociaux). Pourtant, l'abord de cette thématique est très mobilisatrice pour les professionnels qui soulignent manquer de moyens, de fonctionnement en réseau, de lisibilité des ressources en ce domaine.
- En ce qui concerne le rôle de la psychiatrie dans la prise en charge des toxicomanes, les constats et difficultés rencontrées portent sur les co-morbidités psychiatriques et addictives, sur l'accueil inadapté, l'orientation post-hospitalisation inadéquate faute de connaissance suffisante des partenaires, l'insuffisance du nombre de professionnels impliqués dans cette prise en charge, l'information des familles et les liens à développer avec les autres dispositifs.

LES OBJECTIFS GENERAUX ET OPERATIONNELS PRIORITAIRES

Objectif 1 : Améliorer l'information

*Développer un document unique et/ou un site Internet unique, dédié à la santé mentale, facilement identifiable, régional, accessible et mis à jour régulièrement, comportant notamment les éléments relatifs aux établissements psychiatriques et médicaux sociaux (adultes et enfants), précisant leurs spécificités, leur localisation, et également les ressources existantes en matière de soutien d'ordre psychologique (points écoute par exemple).

*Mettre en place une plate-forme téléphonique accessible aux malades, familles et professionnels pour aider à l'orientation des patients dans l'organisation sanitaire de la prise en charge psychiatrique actuelle.

*Elaborer un plan de communication et des outils régionaux :

- Une charte commune régionale doit être rédigée pour une standardisation des supports de communication réalisés par les établissements.
- Des documents papiers (plaquettes) ou autres dispositifs seront élaborés à l'attention : des professionnels (médecins, maternité, crèches , PMI, éducateurs, personnels sociaux..), des familles, des personnels de l'Education Nationale.

L'ensemble de ce dispositif vise à favoriser le repérage ou le dépistage des troubles psychiques et à clarifier l'accès aux ressources utiles lorsqu'une personne, quels que soient son âge ou son statut, se trouve en difficulté ou présente de signes de souffrance ou de pathologie d'ordre psychique, chacun suivant sa spécificité.

*Sensibiliser les médecins généralistes pour optimiser l'utilisation des carnets de santé en attirant leur attention sur les visites des 4^{ème} et 9^{ème} mois : le repérage et le recueil de certains signes visibles à ces âges permettrait d'alerter et de prendre en charge précocement les enfants.

*Favoriser et soutenir les associations d'usagers dans leur rôle d'information et de communication autour de la santé mentale.

*Actualiser régulièrement les plaquettes existantes « handicap agir tôt » et « adresses santé jeunes ». Pour cette dernière, la diffusion à tous les adolescents d'une même classe d'âge la même année doit être une priorité.

Objectif 2 : Améliorer la formation des professionnels

*** Médecins généralistes et/ou spécialistes**

- Mettre en place des formations continues et/ou trouver d'autres moyens de formation ou d'aide au dépistage (lettre mensuelle aux médecins, établissement d'une grille ..).
- Poursuivre les formations de formateurs à la crise suicidaire, l'objectif étant d'avoir au moins un binôme de formateurs par territoire de santé de recours. Les formateurs sont ensuite chargés de dispenser 2 à 3 formations par an sur le repérage de la crise suicidaire.
- Mettre en place les formations de formateurs au dépistage précoce des troubles psychiques des enfants et des adolescents

*** PMI et Santé scolaire**

- Inclure la santé mentale dans les formations et journées à thèmes
- Organiser des journées conjointes entre la PMI et la Santé Scolaire

*** Enseignants**

- demander l'intégration du repérage des troubles psychiques dans le cursus de formation initiale et continue des enseignants.
- Inciter à la promotion des actions sur site ou regroupement de site pour faciliter la participation des enseignants à ces formations et la création de réseau de proximité.

*** Personnels éducatifs**

- Intégrer des formations complémentaires sur des problèmes spécifiques (troubles du psychisme, troubles du comportement, autisme..) dans les programmes des centres de formation d'éducateurs.
- En lien avec les recommandations du SROS 3
- Ouvrir les formations complémentaires destinées aux infirmiers des hôpitaux psychiatriques aux personnels des secteurs sociaux et médico-sociaux

*** Assistantes maternelles et familiales**

- Intégrer la santé mentale dans le programme fait avec l'employeur (Conseils Généraux)

*** Travailleurs sociaux**

- Mettre en place une formation pour leur permettre de repérer, d'aider à la formulation d'une demande en matière de souffrance psychique et d'orienter vers le partenaire adéquat.

*Tous sujets en contact professionnel avec un public susceptible de présenter des troubles psychiques

- Sur la région Haute-Normandie, organiser une rencontre annuelle de formation, d'information par des experts et des professionnels de terrain, ouverte au plus grand nombre et ayant pour thème l'articulation entre la psychiatrie et la vie sociale (groupe PRAPS).
- Une formation assortie de tables rondes, d'échanges autour des pratiques, à l'échelon du territoire, entre tous les partenaires au sens large, tous ceux qui peuvent être au contact de jeunes de 16 à 30 ans précarisés. Les groupes locaux, mis en place dans le cadre du PRAPS 2, pourraient être les instigateurs, les organisateurs de ces formations (par exemple ½ journée de formation théorique et ½ journée d'échanges de pratiques, de tables rondes, à un rythme à définir, et avec des formateurs à définir en favorisant le recours aux ressources locales lorsqu'elles existent, en valorisant les compétences du territoire.

-Améliorer le dépistage de la crise suicidaire (cf formation des médecins) par une déclinaison régionale des formations à l'attention d'un public de professionnels en contact avec des personnes susceptibles de présenter de troubles psychiques (voir objectif 3)

-Améliorer le dépistage des troubles psychiques des enfants et des adolescents (cf formation des médecins), par une déclinaison régionale des formations(voir objectif 3)

Objectif 3 : développer les dispositifs de prévention

*Améliorer le dépistage précoce de la crise suicidaire (objectif 2)

*Améliorer le dépistage précoce des maladies psychiques auprès des enfants et des adolescents (objectif 2)

*Soutenir les associations intervenant dans le domaine de la santé mentale .

*Développer les postes de psychologues et d'infirmières scolaires et réduire les secteurs d'intervention afin d'intervenir très précocement auprès des enfants et soutenir les personnels en difficulté avec les enfants (compétence Rectorat).

*Développer les dispositifs reconnus comme ayant une action sur la prévention des troubles psychiques d'origine comportementale (réseau d'aide à la parentalité, maisons vertes, crèches sociales ; compétence DDASS, Conseils Généraux)

*Développer les points écoute-jeune en lien avec le PRAPS 2 et le plan de cohésion sociale(compétence DDASS)

*Développer les lieux d'entraide mutuelle « clubs »,outil de prévention de la rechute, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale(compétence DDASS).

Objectif 4 : apporter une aide aux familles en difficulté du fait du handicap psychique d'un enfant ou d'un proche (y compris les autistes)

* Soutenir les associations intervenant dans ce domaine

* Mettre en place des groupes de paroles animés par des personnes compétentes et initiés par des associations, des hôpitaux psychiatriques (en lien avec le SROS) ou des établissements médico-sociaux (en lien avec les schémas départementaux)

Objectif 5 : développer les réseaux et le partenariat

* Soutenir les réseaux existants après évaluation

*Développer les réseaux et les faire connaître. Le manque de liaison et de coordination est un problème récurrent. Il convient de se poser la question de l'opportunité d'un coordonnateur, garant de l'existence du lien entre les professionnels des différents secteurs, qui perdurerait au delà de la participation des uns ou des autres et officialisant le travail conjoint du secteur public et du secteur associatif

*Créer du lien entre les secteurs sanitaires de psychiatrie et les secteurs médico-sociaux (rencontres, échanges, conventionnement) ou sociaux (CHRS) et formaliser les coopérations.

*Faciliter l'accès des personnels de l'Education Nationale au travail en réseau.

*Développer les liens avec la médecine libérale de ville.

*Améliorer la coordination des acteurs et le partenariat autour des jeunes, des publics en difficultés et des détenus (santé, justice, Administration Pénitentiaire, Education Nationale, ASE, missions locales, CHRS..).

*Promouvoir les actions de formation continue communes.

*Favoriser les appels d'offres communs ARH, Assurance Maladie, collectivités locales sur des actions de prévention et de promotion de la santé.

Objectif 6 : Favoriser l'évolution des métiers

* Poursuivre la réflexion sur la place des psychologues,

*Accompagner le développement des entretiens infirmiers par une formation adaptée,

*Renforcer le rôle des infirmiers et psychologues lors des premiers entretiens.

Programmes spécifiques : objectifs 7, 8 et 9

Objectif 7 : faciliter la prévention et l'accès aux soins des personnes détenues dans le domaine de la santé psychique

* Assurer la continuité de l'ouverture de leurs droits sociaux

*Poursuivre la formation au repérage de la crise suicidaire en milieu pénitentiaire afin de prévenir le suicide (et les tentatives de suicide) en milieu carcéral

* Initier et poursuivre dans le cadre de l'éducation à la santé un programme de formation en milieu carcéral, de prévention, d'écoute et de soutien psychologique.

* Favoriser les liens entre les secteurs médicaux, sociaux et judiciaires, autour et avec la personne détenue afin d'éviter les ruptures dans la prise en charge de chaque personne et notamment en améliorant la connaissance des missions et limites de chacun .

*Favoriser la formation médicale aux problèmes spécifiques des suivis socio-judiciaires et injonctions de soins.

*Favoriser l'accès aux soins psychiatriques des personnes détenues en lien avec le SROS

Objectif 8 : Prévenir et accompagner en périnatalité

* Favoriser l'accès au psychologue et au psychiatre durant la grossesse, la période périnatale à la fois pour les femmes, les familles et les enfants.

* Favoriser une culture commune à la problématique « santé mentale et périnatalité » notamment par la mise en place d'une formation pour le repérage et le traitement des troubles psychiques liés à la puerpéralité et aux troubles de la relation mère enfant.

* Mettre en lien, les professionnels des secteurs de la périnatalité, de la psychiatrie, des champs médico-sociaux et sociaux afin de permettre l'accessibilité et la continuité des soins dans ces domaines.

* Avec l'aide du réseau Périnatalité, trouver des solutions innovantes afin de réellement centrer la prise en charge sur la mère et l'enfant (né ou à naître) dans l'intérêt de ceux-ci.

* Améliorer le confort des professionnels dans cet accompagnement difficile par le recours aux échanges de pratiques, par le partage d'une culture commune, par l'apport dans les équipes d'un regard extérieur (psychologue).

* Mieux informer le public et les professionnels des ressources régionales sur le sujet et valoriser celles-ci.

Objectif 9 : santé mentale et toxicomanie, informer, prévenir, soutenir (en lien avec le PRS addictions et les plans territoriaux de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool)

*Informer les professionnels sur les dispositifs et relais existants afin d'assurer la continuité de la prise en charge après l'hospitalisation

*Prévenir en informant notamment les jeunes sur les différentes consommations de produits psychoactifs, leur lien avec la santé mentale et les possibilités de prise en charge.

*Informer et soutenir les familles en difficultés avec leur proche.

EVALUATION

Pour chacune des actions, des indicateurs seront précisés.

Des enquêtes pourront être réalisées vers les professionnels et le grand public.

CALENDRIER

La mise en œuvre de ces objectifs et des plans d'action qui en découlent est prévue sur la période 2005-2008

PARTENARIAT

La partenariat est très large, pluridisciplinaire et pluri-institutionnel : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales, Conseils Généraux, établissements de santé publics et privés de psychiatrie, établissements publics ou privés médico-sociaux, établissements sociaux, Education Nationale, Justice, Protection Judiciaire de la Jeunesse, médecine libérale, secteur associatif, familles, usagers, réseaux locaux de santé.

Outre ce large partenariat, il conviendra de veiller à une bonne articulation entre le SROS, Le PRS et les Schémas Départementaux pour la mise en œuvre des objectifs communs.

Pour chacune des actions à mettre en place, les acteurs à mobiliser seront précisés.

REFERENTS.

Sidi Ba

DRASS de Haute-Normandie tel : 02.32.18.32.12

Marie-Hélène Bricard

DRASS de Haute-Normandie tel : 02.32.18.32.00

Dr Isabelle Lambrecht

DRASS de Haute-Normandie tel : 02. 32.18.32.52

Dr M.-Françoise Merlin-Bernard

DRASS de Haute Normandie tel : 02.32.18.32.05

Nathalie Viard

DRASS de Haute-Normandie tel : 02.32.18.31.40