

Octobre 2006

Evaluation de la Stratégie nationale d'actions face au suicide

Lyon ■

13 bis, place Jules Ferry
F-69006 Lyon
Tél. : +33 (0)4 72 83 78 80
Fax : +33 (0)4 72 83 78 81
Lyon@Eureval.fr

Paris ■

97, rue du Cherche Midi
F-75006 Paris
Tél. : +33 (0)1 53 63 83 90
Fax : +33 (0)1 53 63 83 91
Paris@Eureval.fr

www.Eureval.fr

SARL au capital de 100 000 €
RC Lyon B 398 160 358 – APE 741 G



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé et des Solidarités
Commanditée par la Direction Générale de la Santé

Sommaire

Annexe 1 : Questions – Critères de réussite- Descripteurs.....	3
Annexe 2 : Les principales étapes de la genèse de la Stratégie.....	8
Annexe 3 : bilan des réalisations nationales de la Stratégie	11
Annexe 4 : Sources documentaires de l'évaluation de la Stratégie nationale d'Actions face au Suicide.....	19
Annexe 5 : rapport d'enquête relatif au questionnaire adressé aux bénéficiaires de la formation au repérage de la crise suicidaire.....	24
Annexe 6 : Monographies d'études de cas régionales	31
Déclinaison de la Stratégie Nationale d'actions face au suicide en Aquitaine	31
Déclinaison de la Stratégie Nationale d'actions face au suicide en Limousin	44
Déclinaison de la Stratégie Nationale d'actions face au suicide en Bourgogne	59
Déclinaison de la Stratégie Nationale d'actions face au suicide en Languedoc-Roussillon.....	69
Déclinaison de la Stratégie Nationale d'actions face au suicide en Haute-Normandie	87
Annexe 7 Comptes-rendus des Tables rondes	96
Compte rendu de la table ronde réunissant les experts et les acteurs nationaux ..	96
Compte rendu de la table ronde réunissant les référents régionaux de la Stratégie	101

Annexe 1 : Questions – Critères de réussite- Descripteurs

Question évaluative 1.1 et 1.2

1.1. Dans quels contextes, la Stratégie Nationale a-t-elle permis de suffisamment mobiliser les acteurs des niveaux national et régional et de mettre en place des actions pertinentes¹ en régions ? Quelles formes a pris cette mobilisation ?

1.2. Parmi les partenaires de la Stratégie, quels sont ceux qui sont devenus des acteurs pérennes de la Stratégie Nationale et lesquels se sont le plus durablement appropriés son adaptation régionale ? Quelles seraient les propositions pour améliorer la connaissance et l'intérêt pour cette démarche ?

Critères de réussite

- 1 **Mobilisation continue de l'ensemble des partenaires nationaux pour concevoir et mettre en œuvre des actions cohérentes par rapport aux axes de la stratégie nationale**
 - 1.1 Les acteurs/partenaires nationaux maintiennent un bon niveau de participation à la réflexion collective dans le cadre de réunions, séminaires, journées...
 - 1.2 Les acteurs/partenaires nationaux allouent des ressources humaines et financières appropriées pour la prévention dans la durée
 - 1.3 Les partenaires nationaux intègrent la problématique du suicide dans leurs stratégies et/ou plans d'action à moyen terme
 - 1.4 Les acteurs nationaux se regroupent davantage pour mettre en œuvre des actions pertinentes cohérentes par rapport à la Stratégie Nationale.
- 2 **Mobilisation croissante/continue des DRASS pour concevoir et mettre en œuvre des actions cohérentes par rapport aux axes de la stratégie nationale**
 - 2.1 Les DRASS accroissent ou maintiennent leur implication dans l'animation de la réflexion collective
 - 2.2 Les DRASS allouent durablement des ressources humaines et financières appropriées pour la prévention
 - 2.3 Les DRASS renforcent/maintiennent la place de la problématique du suicide dans leurs actions et programmes
 - 2.4 Les DRASS maintiennent leurs efforts pour impulser/susciter la mobilisation de partenaires régionaux.
- 3 **Mobilisation croissante/continue des décideurs publics régionaux indispensables à la réussite des actions spécifiques « suicide »**

¹ Une action pertinente signifie ici une action cohérente au regard des axes de la stratégie nationale.

- 3.1 Les décideurs publics régionaux maintiennent un bon niveau de participation à la réflexion collective
- 3.2 Les décideurs publics régionaux intègrent la problématique du suicide dans leurs stratégies et/ou plans d'action à moyen terme
- 3.3 Les décideurs publics régionaux se regroupent davantage pour mettre en œuvre des actions pertinentes

4 Mobilisation croissante des opérateurs régionaux indispensables à la réussite des actions spécifiques « suicide »

- 4.1 Les opérateurs régionaux participent significativement à la réflexion collective
- 4.2 Les opérateurs régionaux allouent des ressources humaines significatives (et financières) durables pour la prévention
- 4.3 Les opérateurs régionaux intègrent la problématique du suicide dans leurs projets et dispositifs opérationnels à moyen terme

Question évaluative 2.1

2.1. Dans quelle mesure la formation territoriale pluridisciplinaire « aux personnes ressources » est-elle le vecteur optimal, vis-à-vis des professionnels visés par la circulaire d'avril 2002, pour mieux repérer et gérer la crise suicidaire? Parmi ces divers professionnels quels sont ceux pour qui elle a été la plus utile ?

Critères de réussite (auto-évaluation)

1 Acquisition par les personnes ressources au sein des différentes catégories professionnelles des capacités à repérer les crises suicidaires

- 1.1 Les personnes formées se sentent capables de repérer la crise suicidaire
- 1.2 Les personnes formées se sentent capables de réaliser la triple évaluation du potentiel suicidaire : évaluer le risque, l'urgence, la dangerosité
- 1.3 Les personnes formées se sentent autonomes pour effectuer ces évaluations.
- 1.4 Les personnes formées estiment que les formations sont le vecteur le plus efficace pour repérer et gérer la crise suicidaire".

2 Acquisition par les personnes ressources au sein des différentes catégories professionnelles des capacités à orienter les personnes vers les professionnels compétents

- 2.1 Les personnes formées se sentent capables de proposer des mesures de protection (évaluation de l'urgence, orientation vers un professionnel compétent)
- 2.2 Les personnes formées se sentent capables d'identifier les compétences professionnelles appropriées pour faire face à la problématique suicidaire des personnes
- 2.3 Les personnes formées connaissent suffisamment les réseaux structurés dans le domaine du suicide.

3 Acquisition, au sein des différentes collectivités en charge de personnes à risque, d'une capacité collective suffisante pour repérer les crises suicidaires et orienter les personnes

- 3.1 Il existe une proportion suffisante de personnes ressources dans une collectivité pour repérer à temps les personnes à risque suicidaire au sein du public dont elle a la charge
- 3.2 Il existe une proportion suffisante de personnes ressources dans une collectivité pour orienter les personnes à risque suicidaire vers les professionnels compétents

Question évaluative 2.2

2.2. Parmi les différentes initiatives prises (notamment les annuaires), quelles sont celles qui ont le plus facilité les coopérations et la mise en réseau des divers professionnels concernés par la question du suicide ?

Critères de réussite

1 Coopération pérenne de l'ensemble des professionnels nécessaires au repérage de la crise suicidaire dans le cadre des différentes initiatives prises

- 1.1 Les actions relatives au repérage de la crise suicidaire impliquent différents partenaires sur la durée
- 1.2 Les coopérations interdisciplinaires existantes se maintiennent ou se renforcent pour mieux repérer les crises suicidaires
- 1.3 La proportion d'actions pluriannuelles en région relatives au repérage de la crise suicidaire est élevée parmi l'ensemble des actions menées en région sur la prévention du suicide
- 1.4 Les professionnels indispensables au repérage des crises reconnaissent la nécessité d'une coopération avec les autres disciplines

2 Coopération diversifiée de l'ensemble des professionnels nécessaires au repérage de la crise suicidaire dans le cadre des différentes initiatives prises

- 2.1 Les partenariats pluridisciplinaires relatifs au repérage de la crise suicidaire se renouvellent régulièrement
- 2.2 Les réseaux de partenaires sont diversifiés sur les différentes actions favorisant le repérage en région
- 2.3 Les coopérations interdisciplinaires indispensables existent aux différentes phases clefs du repérage des crises.

3 Coopération pérenne de l'ensemble des professionnels nécessaires à la prise en charge dans le cadre des différentes initiatives prises

- 3.1 Les actions relatives à la prise en charge de la crise suicidaire impliquent différents partenaires sur la durée
- 3.2 Les coopérations interdisciplinaires existantes se maintiennent ou se renforcent pour mieux prendre en charge les crises suicidaires
- 3.3 La proportion d'actions pluriannuelles en région relatives à la prise en charge de la crise suicidaire est élevée parmi l'ensemble des actions menées en région sur la prévention du suicide
- 3.4 Les professionnels indispensables à la prise en charge des crises reconnaissent la nécessité d'une coopération avec les autres disciplines

4 Coopération diversifiée de l'ensemble des professionnels nécessaires à la prise en charge des suicidants ou des personnes en danger dans le cadre des différentes initiatives prises

- 4.1 Les partenariats pluridisciplinaires relatifs à la prise en charge de la crise suicidaire se renouvellent régulièrement
- 4.2 Les acteurs de la prise en charge ont l'habitude de travailler avec l'ensemble des différents partenaires
- 4.3 Les coopérations interdisciplinaires indispensables existent aux différentes phases clefs de la prise en charge des crises.

Question évaluative 2.3

2.3. En quoi les orientations ministérielles ont-elles joué un rôle dans les orientations stratégiques adoptées en région du point de vue des populations ciblées et dans la mise en place de solutions appropriées ?

Critères de réussite

1 Couverture par l'ensemble des régions des différents publics ciblés par la stratégie nationale (jeunes, détenus, personnes âgées)

- 1.1 Des actions en région de prévention du suicide ont été adoptées, à partir de 2000, pour répondre à la problématique spécifique des jeunes
- 1.2 Des actions de prévention du suicide tout public ont été conçues à partir de 2001
- 1.3 Des actions en région de prévention du suicide ont été adoptées, à partir de 2004, pour répondre à la problématique spécifique des détenus

2 Adéquation des solutions mises en oeuvre régionalement par rapport aux publics ciblés par la Stratégie Nationale

- 2.1 Les actions locales destinées aux jeunes (< 25 ans) sont appropriées à la problématique de ce public
- 2.2 Les actions locales destinées aux détenus sont appropriées à la problématique de ce public
- 2.3 Les actions locales destinées aux personnes âgées sont appropriées à la problématique de ce public

Question évaluative 2.4

2.4. Dans quelle mesure les actions locales mises en œuvre dans l'esprit de la Stratégie nationale ont-elles suffisamment impliquées les médecins généralistes ? Quels seraient les leviers d'action nationaux ou locaux pour renforcer leur mobilisation ?

- 1 Taux élevé de participation des généralistes aux actions locales
 - 1.1 Taux élevé de participation des généralistes aux actions qui leur sont destinées (formations spécifiques, formation pluridisciplinaires, etc).
 - 1.2 Taux significatif de participation des généralistes aux actions auxquelles il doivent contribuer en tant qu'opérateurs.
 - 1.3 Participation régulière des URML à la réflexion collective .

- 2 Proportion importante d'actions locales auxquelles participent des généralistes
 - 2.1 L'URML participe directement à la conception d'une proportion importante d'actions en région
 - 2.2 Les généralistes prennent part à la mise en œuvre des diverses actions en région.
 - 2.3 Les structures de Formation Médicale Continue participent à la conception et la mise en œuvre d'actions en relation avec la prévention du suicide.

Question évaluative 3

3. Suite aux changements institutionnels introduits en 2004, en quoi le niveau national peut-il valablement mobiliser les acteurs régionaux et comment peut-il y parvenir ?

Annexe 2 : Les principales étapes de la genèse de la Stratégie

Avant 1998, des actions régionales de prévention du suicide émergent localement :

- Les deux premières Conférences Nationales de Santé en 96 et 97 classent le suicide parmi les 10 priorités de santé publique en France
- Des actions de prévention du suicide sont élaborées de manière autonome par certaines régions² dans le cadre des PRS.
- Une impulsion politique en la personne du Secrétaire d'Etat à la Santé Bernard Kouchner entraîne la commande d'une stratégie nationale d'actions face au suicide. Un programme national de prévention du suicide chez les adolescents et les jeunes adultes est lancé en 1998 pour une durée de trois ans.

De 1998 à 2000, le programme national de prévention du suicide chez les adolescents et les jeunes adultes est lancé

La commande politique du programme national de prévention du suicide 1998/2000 donne lieu à plusieurs initiatives d'expérimentation et de coopération des différents acteurs concernés.

- Une démarche de conception de la stratégie est lancée en 1998 par M. Kouchner, et la direction générale de la santé, en collaboration avec les régions ayant mis en place un programme régional de prévention du suicide. Elle associe les responsables des PRS suicide, un comité scientifique sur la crise suicidaire, l'ANAES, et la CNAMTS, et des représentants d'autres ministères concernés (administration pénitentiaire, éducation nationale, transport). Elle coordonne la collaboration de ces différents acteurs au travers de quatre groupes : le groupe projet³, un comité de suivi⁴, un comité scientifique⁵, et un comité méthodologique⁶.
- Un référent sur la prévention du suicide est désigné dans chaque DRASS en décembre 2000 pour faire le lien entre le cadre national de la stratégie et les acteurs locaux (DDASS, ARH, professionnels de la santé et du social etc...)
- Deux conférences de consensus sont lancées. La première conférence de consensus est commandée en 1997. Elle donne lieu à la diffusion des

² Fin 2003, 10 régions avaient mis en place un PRS suicide (Bretagne, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Lorraine, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes) et deux avaient intégré une composante suicide dans leur PRS santé des jeunes (Bouches du Rhône et Nord-Pas de Calais), suite aux conférences régionales de santé qui avaient déterminé ce thème comme l'une des priorités de santé régionales.

³ Le groupe projet comprend les responsables des 9 programmations régionales initiales sur la prévention du suicide, et des acteurs de terrain impliqués

⁴ Le comité de suivi rassemble les représentants des institutions, fondations et associations concernés par le thème

⁵ Le comité scientifique est constitué d'experts sur les conduites suicidaires

⁶ Le comité méthodologique regroupe des experts en matière de gestion de projet et d'évaluation.

recommandations de l'ANAES sur la prise en charge hospitalière des adolescents ayant faits une tentative de suicide en 1998. La deuxième conférence de consensus est commandée en 1998. Menée conjointement par l'ANAES et la FFP⁷, elle rend ses conclusions sur « la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » en date du 19 et 20 octobre 2000.

- Outre ces conférences de consensus, cette mise en route de l'intervention nationale de prévention du suicide permet la mise en œuvre de premières actions:
 - En 1999 : conduite d'audit cliniques ANAES dans 60 établissements de santé, dans les régions ayant une programmation dans le domaine du suicide, et sur la base des recommandations sur la prise en charge hospitalière de 1998 ; évaluation et élaboration de recommandation de bonne pratiques par la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux en Santé.
 - En 2000 : publication par le comité scientifique d'une note d'information compilant les données épidémiologiques sur les facteurs de risque du suicide et les actions existantes pour le prévenir.

De 2000 à 2005 : La stratégie nationale d'actions face au suicide est mise en oeuvre

Après une première phase de réflexion et de mise en route de la prévention du suicide entre 1998 et 2000, la Stratégie nationale d'actions face au suicide est officiellement annoncée fin 2000. En cinq ans, la Stratégie a évolué et a adapté ses objectifs.

- Dans le cadre de la présidence française de l'Union Européenne, l'annonce de la stratégie nationale d'actions face au suicide est faite le 20 septembre 2000 lors de la conférence européenne sur la prévention du suicide des jeunes organisée par la conférence des DRASS à Nantes.
- Les orientations de la Stratégie sont officiellement définies par la circulaire du 5 juillet 2001. Elle définit les orientations qui doivent être développées à partir de 2001 par chacune des régions, ainsi que celles pilotées au niveau national. Elle énonce les 4 axes d'intervention et demande aux régions de désigner deux personnes pour suivre une formation de formateurs sur le repérage et la prise en charge de la crise suicidaire, de généraliser sur l'ensemble du territoire les audits cliniques de l'ANAES, et d'élaborer et de diffuser un outil d'information des usagers, des familles et des professionnels sur l'offre de prise en charge en matière de prévention du suicide. La Stratégie est orientée vers la prévention du suicide des jeunes en priorité.
- En 2002, la circulaire du 29 avril demande le développement en régions de formations au dépistage de la crise suicidaire et décrit les 10 types de « personnes ressources » pouvant suivre ces formations. Par ailleurs, cette même année, la Stratégie s'oriente vers la prévention du suicide d'un nouveau public : les détenus (circulaire du 26 avril 2002, émise conjointement par le Ministère de la Justice et le Ministère de la Santé, qui acte notamment la

⁷ Fédération Française de Psychiatrie

création d'une commission centrale de suivi des actes suicidaires en milieu carcéral.

- En 2003, un nouvel objectif a été recommandé par le rapport de Jean Louis Terra, celui de diminuer la mortalité par suicide en détention de 20% en 5 ans.
- La note de cadrage du 29 Mars 2004 accompagne la mise en place en 2004 d'un dispositif de formation pour les personnels pénitentiaires et sanitaires sur le thème de la prévention du suicide des personnes détenues.
- Le 28/06/05, la DGS a invité les DRASS à élargir la Stratégie nationale à la prévention du suicide des personnes âgées.

Annexe 3 : bilan des réalisations nationales de la Stratégie

Mesures	Pilote	Travaux réalisés	Bilan
Axe 1 : prévenir			
Circulaire sur le renforcement des lieux d'accueil et d'écoute	DGAS	Circulaire du 12 mars 2002 sur les dispositifs des points d'accueil et d'écoute jeunes	Réalisé
Organisation d'une conférence de consensus	DGS/ANAES	Conférence de consensus de 2000	Réalisé
Elaboration de formations spécifiques des intervenants des dispositifs d'accueil et d'écoute des jeunes sur les conduites suicidaires, leur repérage et leur prise en charge	DGS/ANAES	Formation élaborée par JL Terra, suite à la Conférence de Consensus, et dédiée par la circulaire du 20/04/02 à 10 champs de professionnels.	Réalisé et élargi
Organisation d'une session de formation nationale des formateurs régionaux sur la question des crises suicidaires	DGS	<p>Désignation de binômes de formateurs en région (circulaire 2001)</p> <p>Formation au niveau national de 291 formateurs régionaux et formation d'au moins 12700 personnes au niveau local (à la date du 21/09/06)</p> <p>Circulaire du 29/04/02 sur les personnes ressources</p> <p>Circulaire du 16/07/03 sur la formation interdisciplinaire en région</p> <p>Note de cadrage du 29/03/04 relative à la mise en place d'un dispositif de formation pour les personnels pénitentiaires et sanitaires à la prévention du suicide des personnes détenues</p> <p>Mail aux DRASS du 8/02/06 relatif à la formation de formateurs et élargissant leur champ d'exercice à la</p>	Réalisé et élargi

Organisation de trois journées interrégionales destinées aux personnels médico-sociaux et aux inspecteurs de l'Education Nationale	Education Nationale	gérontologie Non réalisé en tant que tel par souhait de l'EN. Participation aux travaux préparatoires de la circulaire n°2003-210 du 01/12/03 sur la santé des élèves et intégration d'un volet santé mentale	Non réalisé mais aménagé
Mise en place d'un travail de partenariat pour le soutien des équipes éducatives entre le dispositif des classes relais et les secteurs de pédo-psychiatrie (CMP-CMPP)	DGS/DAS /DH/EN/PJJ	Circulaire du 24 juillet 2000 DGS/DAS/DHOS/Education nationale/PJJ Suivi et évaluation au second semestre 2001 de l'application de la circulaire	Réalisé
Formations "d'échange de pratiques » permettant la valorisation d'actions développées par les différents acteurs du champ sanitaire et social	DGS/DGAS	Non réalisé en tant que tel Intégration de recommandations sur l'échange de pratiques dans le guide 2005 de la DGS sur la souffrance et troubles psychiques : rôle et place du travailleur social Intégration de l'échange de pratiques à travers les formations interdisciplinaires Colloques interrégionaux organisés par la CNAM, la CFES, la Mutualité Française en 2002 (Lyon, Toulouse, Amiens, Paris, Nantes, Besançon). Coordination par les coordinateurs et logistique assurée par le CFES.	Non réalisé mais aménagé
Autres mesures non annoncées	DGS/ ministère de la Justice	Circulaire du 29/04/04 demande la mise en place de différentes actions -la formation de 2200 personnels en 2 ans et l'accompagnement psychologique des détenus -le placement en cellules spécialement aménagées et le non placement en quartier disciplinaire de personnes présentant un risque suicidaire	

-la réduction de l'accès aux moyens du suicide et une étude préalable à un document commun intérieur/justice/santé sur le suivi de la personne tout au long de la chaîne pénale.

Mise en place de la Commission centrale de suivi des actes suicidaires en milieu carcéral suite à la circulaire.

Axe 2 : Diminuer l'accès aux moyens létaux

Mise en place d'une étude sur la mortalité par suicide par arme à feu	DGS/ INSERM	Etude sur le suicide par arme à feu (2001)	Réalisé
Mise en place d'une étude sur les intoxications médicamenteuses volontaires suivies dans les services de réanimation	AFSSAPS	Etude sur le suicide par utilisation de médicaments financée par l'AFSSAPS prévu mais non réalisé. Saisine restée sans réponse.	Non réalisé
Mise en place d'une étude, dans une ou deux régions pilotes, pour évaluer l'intérêt « des autopsies psychologiques »	DGS	Saisine de l'INSERM sur les conditions de faisabilité. Rapport de l'INSERM en 2005 sur l'intérêt et la faisabilité des études. Prochain rapport prévu pour 2006.	En cours
Mise en place d'un travail interministériel pour sécuriser les sites les plus souvent utilisés dans les tentatives de suicides.	RATP/ UNPS/DGS	Etude sur les circonstances des suicides dans le métro (RATP/UNPS) (2001). Rapport en 2002 et 2005. Objectivation du phénomène.	Réalisé mais pas d'applications concrètes
Intégrer la responsabilisation des détenteurs d'armes à feu et des possesseurs de médicaments dans les campagnes de communication sur les accidents domestiques par le développement du concept de « Maison sûre ». (CNAM/CFES)	Ministère Intérieur	Refus du Ministère de la Justice d'associer suicide et accidents domestiques Reprise par le Ministère de l'Intérieur et nouvelles dispositions de la loi n°2001-1062 du 15/11/01 relative à la sécurité quotidienne (circ 29/04/02). Mesure administrative de retrait d'armes à feu en	Réalisé et aménagé

cas de danger pour la personne.

Loi du 16 mars 2003 pour la sécurité intérieure qui renforce les conditions d'acquisition et de détention des armes à feu en exigeant systématiquement un certificat médical attestant que l'état de santé physique et psychique de la personne n'est pas incompatible avec la détention de ces matériels, armes ou munitions.

- Décret en Conseil d'Etat du 23 novembre 2005 relatif au régime des matériels de guerre, armes et munitions qui prévoit que le (ou les) certificat médical attestant de l'état de santé physique et psychique de la personne soit daté de moins de 15 jours à la date de la demande d'autorisation d'acquisition et de détention d'armes à feu.

Axe 3 : améliorer la prise en charge

Généralisation des audits cliniques ANAES sur la prise en charge aux urgences des établissements de santé des personnes ayant fait une tentative de suicide

ANAES/
Etablissements
de santé

Circulaire 05/07/01 demandant aux coordinateurs de favoriser la mise en place des audits

Circulaire 29/04/02 renouvelant la demande aux coordinateurs

Révision des recommandations sur la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide (2001)

Nouvelles recommandations suite aux audits cliniques (circulaire du 29/04/02)

En 2005, 95 établissements avaient suivi la formation ANAES pour la 1^{ère} fois,

121 établissements avaient effectué la 1^{ère} autoévaluation des pratiques

27 établissements avaient effectué la 2^{ème}

Réalisé
partiellem
ent

		<p>autoévaluation des pratiques et 46 ont rédigé un rapport d'audit définitif</p> <p>Adaptation des recommandations sur la prise en charge prévue par l'HAS</p>	
Renforcer et développer les lits d'hospitalisation pour adolescents et les lits de pédo-psychiatrie dans les 17 départements qui en sont actuellement dépourvus	DHOS	<p>Augmentation de crédits de la DHOS en destination des ARH mais fin de non recevoir des ARH, services déconcentrés</p> <p>Mais adaptation des ARH au contexte local : fin de non recevoir sur l'augmentation du nombre de lits</p>	Non réalisé
Renforcer la pédagogie du CFES sur le thème du suicide	DGS/CFES	<p>Convention spécifique DGS/CFES signée en 2001</p> <p>Mise en place de la pédagogie au second semestre 2002</p>	Réalisé
Labelliser des actions d'éducation pour la santé développant la capacité des jeunes à prendre en charge leurs problèmes ou de rechercher le dialogue avec l'adulte (pédagogie)	CFES	Travail avec un groupe d'expertise et arrêt.	Non réalisé
Poursuite des évaluations et diffusion de nouvelles recommandations	FNORS/ DGS	<p>Evaluations régionales mais pas de suite</p> <p>En revanche, travail avec la FNORS sur des recommandations relatives au guide répertoire.</p>	Réalisé partiellement
Mise en place d'une évaluation et élaboration d'un cahier des charges ou d'une charte qualité pour les associations d'accueil et les services de téléphonie sociale	DGS	<p>Etat des activités des associations d'accueil et de téléphonie sociale oeuvrant dans le domaine du suicide par le cabinet CATALYSE (Cofinancement DGS/UNPS).</p> <p>2^{ème} phase de ces travaux sur l'évaluation de ces structures en cours</p>	En cours
Evaluation des propositions faites par un groupe de travail de l'administration pénitentiaire/santé sur l'annonce d'un décès par suicide aux	Ministère de la Justice	Groupe de travail pénitentiaire en 97. Evaluation faite par le Ministère de la Justice mais non	Réalisé

familles et diffusion

communiqué.

Circulaire sur la prévention du suicide des détenus en 2002 qui intègre une procédure d'annonce de décès à la famille.

Mise en place d'une commission santé justice suite à la circulaire.

Elaboration de recommandations sur l'accompagnement des personnes endeuillées après un suicide en lien avec les associations d'accueil et d'écoute.

DGS/UNPS

Livret publié en mars 2006, suite à une collaboration UNPS/DGS

Réalisé

Identifier et renforcer des lieux d'accueil et d'écoute associatifs ou hospitaliers

DGS

Financement des associations d'accompagnement des personnes suicidantes et de leur famille jusqu'en 2004 (ensuite financement INPES pour ce qui concerne la téléphonie sociale)

Réalisé

Financement de la journée nationale de prévention du suicide de l'UNPS chaque année

Renforcement du soutien financier aux associations de téléphonie sociale fédérées par l'UNPS (2002)

Mise en place de programmes de prévention du suicide qui proposent au minimum des outils d'information sur les acteurs locaux de prévention du suicide ; une organisation de la prise en charge médico-sociale en réseau ; un plan de prévention primaire.

DGS

Voir les réalisations au niveau régional ci dessus

Réalisé, en cours, voir bilan en régions.

Circulaire du 5/07/01 : nomination de référents DRASS en 2001 et actions prioritaires

Circulaire DGS/SD4B/SD6C n° 2002/43 du 25 Janvier 2002 relative à l'organisation d'une « journée nationale des programmations régionales de santé : de la prévention du suicide vers une approche globale de la prévention en santé mentale »

Prévention primaire non demandée

Circulaire n°2002/258 relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires

Circulaire DGS-SD6C N°2002/271 relative à la

		<p>Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : Actions prioritaires pour 2002.</p> <p>CIRCULAIRE DGS/SD6C n°355/2003 relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions à mettre en œuvre par les services déconcentrés pour 2003</p> <p>Note de cadrage DGS/SD6C n°90 relative à la mise en place en 2004 d'un dispositif de formation pour les personnels pénitentiaires et sanitaires à la prévention du suicide des personnes détenues dans le cadre de la Stratégie nationale d'actions face au suicide.</p>	
Autres mesures non annoncées	DGS	<p>Circulaire 29.04.2002 : renforcement du recrutement de psychologues pour le suivi psychologiques des personnes en souffrance dans les services hospitaliers de soins somatiques</p>	

Axe 4 : améliorer la connaissance

Mise en place d'un pôle d'observation en continu sur la prévention du suicide	DGS	<p>Mise en place d'un Comité d'Observation et de Prévention du suicide à la DREES, qui a notamment un rôle de surveillance au niveau régional (réalisé en interne).</p> <p>Pôle d'observation non continu qui contribue à la réalisation d'études ponctuelles</p>	Réalisé partiellement
Elaboration d'un protocole national d'harmonisation des pratiques de déclaration des décès par suicides et diffusion de ces recommandations à l'ensemble des médecins généralistes		<p>Action souhaitée pour limiter la sous-déclaration des décès par suicide</p>	Non réalisé

Mise en place d'un protocole national de transmission des données de mortalité par les instituts médico - légaux		Blocage avec l'IML d'Ile de France	Non réalisé
Intégrer dans le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) des établissements de santé et notamment des services d'urgence, des indicateurs concernant toutes les tentatives de suicides arrivant aux urgences.	DREES		Réalisé
Mise en place d'un recueil de données sur les tentatives de suicide au sein du réseau sentinelle « médecins généralistes » de l'INSERM.	DREES	Etude DREES qui n'a pas eu les impacts escomptés	Non réalisé
Soutien à l'Enquête d'opinion réalisée tous les 2 ans par l'UNPS	DGS	Financé deux fois	Réalisé
Extension du "Baromètre santé-jeunes" à la population générale	CFES/INPES	Modification du baromètre	Réalisé
Elaboration d'outils d'information sur les acteurs locaux de prévention du suicide au niveau des régions.	DRASS	Circulaire 03/07/01 sur l'élaboration et la diffusion dans toutes les régions d'un outil d'information des usagers sur l'offre de prise en charge en matière de prévention de manière partenariale Appui méthodologique Circulaire du 29/04/02 14 régions étaient dotées fin 2004 d'outils d'information sur les 21 étudiées	Réalisé partiellement

Annexe 4 : Sources documentaires de l'évaluation de la Stratégie nationale d'Actions face au Suicide

Titre	Auteur	Date
Documents de référence et officiels		
Programme national de prévention suicide – Pourquoi lancer un programme national de prévention du suicide ?	Ministère de l'Emploi et de la solidarité	25 Janvier 1999
Programme national de prévention suicide – Organisation du programme national de prévention du suicide 1998-2000	Ministère de l'emploi et de la solidarité	25 janvier 1999
Stratégie française d'actions face au suicide 2000-2005	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés	18 Septembre 2000
Lettre du 27 octobre 2000 relative à la stratégie nationale d'actions contre le suicide adressé aux Préfets de Régions et aux DRASS	Ministère de la Santé	27 octobre 2000
Circulaire n° 2001/318 relative à la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : Actions prioritaires pour 2001	Ministère de la Santé	5 Juillet 2001
Circulaire DGS/SD4B/SD6C n° 2002/43 du 25 Janvier 2002 relative à l'organisation d'une « journée nationale des programmations régionales de santé : de la prévention du suicide vers une approche globale de la prévention en santé mentale »	Ministère de l'emploi et de la solidarité	28 janvier 2002
3- Circulaire n°2002/258 relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires	Ministère de la Santé Ministère de la Justice	26 avril 2002
Circulaire DGS-SD6C N°2002/271 relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : Actions prioritaires pour 2002.	Ministère de la Santé	29 avril 2002
CIRCULAIRE DGS/SD6C n°355/2003 relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions à mettre en œuvre par les services déconcentrés pour 2003	Ministère de la Santé	16 juillet 2003

Note de cadrage DGS/SD6C n°90 relative à la mise en place en 2004 d'un dispositif de formation pour les personnels pénitentiaires et sanitaires à la prévention du suicide des personnes détenues dans le cadre de la Stratégie nationale d'actions face au suicide.	Ministère de la Santé	29 mars 2004
Stratégie nationale d'actions face au suicide : Bilan 2005 des programmations régionales de prévention du suicide (Eval DRASS Annexe 1)	Ministère de la Santé	Décembre 2005
Stratégie nationale d'actions face au suicide : Actualisation du bilan 2000 des programmations régionales de prévention du suicide (Eval DRASS Annexe 2)	Ministère de la Santé	
Stratégie nationale d'actions face au suicide : (Eval DRASS Annexe 3)	Ministère de la Santé	
Evaluation de la stratégie nationale d'actions face au suicide (Eval DRASS Annexe 4 : Prospectives)	Ministère de la Santé	Décembre 2005
Formations pluridisciplinaires territoriales sur la gestion de la crise suicidaire (période 2000-2004)	Ministère de la Santé	Décembre 2005
Bilan national. Années 2000-2004	Ministère de la Santé	
Formateurs régionaux formés depuis 2001 lors des sessions nationales de formation de formateurs sur la crise suicidaire mises en œuvre par M. le Pr Jean-Louis Terra (CHS le Vinatier à Lyon) et Mme le Pr Monique Seguin Phd (Québec).	Ministère de la Santé	Janvier 2005

Politiques connexes		
Programme régional de Santé Aquitaine 1997-2002	Préfecture Région Aquitaine et Direction Régionale des Affaires Sanitaires et sociales	2002

Programme Régional de Santé Haute Normandie, Prévenir le suicide des jeunes (10-24 ans) en Haute Normandie, (sommaire du document de synthèse 1999-2001)	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et CRAM de Normandie	2001
Rapport annuel 2003, Santé, pour une politique de prévention durable, La documentation française 2003	Inspection générale des affaires sociales	2003
L'organisation du système de santé publique	Santé publique 2004, Vol 16	2004
Le plan régional de santé publique, un cadre de planification de la politique régionale en santé publique	Santé publique 2004, Vol 16	2004
Principales avancées de la loi relative à la politique de santé publique (09082004)	CDROM Loi de santé publique du 09 Août 2004 http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/rub06_02.htm	2004
Sigles – Organisation du système de santé publique	CDROM Loi de santé publique du 09 Août 2004 http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/rub06_02.htm	2004
Vocabulaire comparé de la LPSP et de la LOLF	http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/rub06_06.htm	2004

Documents de travail internes à l'ANAES

Programme national de prévention du suicide chez les adolescents et les adultes jeunes L'évaluation des actions mises en oeuvre	Dr Georges Maguerez	25 novembre 1998
---	---------------------	------------------

Documents de travail internes à la Direction Générale de la Santé

Fiche 1 : Les chiffres. Année 2000	DGS comité scientifique « Prévention du suicide »	2000
Fiche 2 : Les facteurs de risque suicidaires	DGS comité scientifique « Prévention du suicide »	Mars 2000
Fiche 3 : Les actions de prévention du suicide : identification et évaluation de leur efficacité	DGS comité scientifique « Prévention du suicide »	2000
Fiche 4 : La nature des actions	DGS comité scientifique	2000

	« Prévention du suicide »	
Bilan chiffré de la circulaire de 2003 sur les formations	DGS	
Etude chiffrée sur les suicides en milieu hospitalier	DGS	
Note d'information DGS n° 162 - Bilan de mise en œuvre des actions mentionnées dans la circulaire DGS/SD6C/ n°355/2003 du 16 juillet 2003, relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005	Ministère de la Santé et de la protection sociale	2 Juin 2004
Note de cadrage DGS/SD6C n° 11 du 14 janvier 2005 relative à la mise en place en 2005 d'une évaluation de la Stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005).	Direction Générale de la Santé, sous directions « Santé et société »	14 Janvier 2005

Etudes et rapports de recherche		
Evaluation de 8 actions de prévention du suicide, Collection « Les études du réseau des FNORS »	Fédération nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS)	Août 2000
Recommandations pour la réalisation d'un guide-répertoire sur la prévention du suicide	Fédération nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS)	Février 2002
« Emergence d'une priorité nationale de santé publique, l'exemple du suicide », Actualité et dossier en santé publique N° 23	Mireille Coeuret-Pellicer, Interne de santé publique, direction générale de la Santé	Juin 1998
« La prévention du suicide », Revue ADSP n° 45	Dossier coordonné par Jean Louis Terra, Professeur de psychiatrie	Décembre 2003
« Prévention primaire du suicide des jeunes, recommandations pour les actions régionales et locales », Guides d'actions, éditions CFES.	Francis Nock consultant en santé publique	Décembre 2001
« Enquêtes rétrospectives (autopsies psychologiques) dans l'étude du suicide »	ML Bourgeois	7 Septembre 2000

« Prédicativité du suicide et responsabilité médicale. A propos d'une étude prospective sur 8 ans de 200 patients hospitalisés en psychiatrie », société médico psychologique, 522	M Bourgeois, S Bioulac, D-K Ekouevi, J-M Bonnin, B. Gonzales, M-F Castello	
« Comportements suicidaires », Suicide Guelfi Rouillon Masson	ML Bourgeois	2005
« La mortalité par suicide en France » Epidémiologie, données chiffrées sur le suicide en France	Eric Jouglu, INSERM, sepiDC	
« Suicides et tentatives de suicide en France »	DRESS	Mai 2006

Documents de communication

« Conférence de consensus: la crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge – Texte des recommandations ».	Jury de la conférence organisée par l'Agence nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)	20 octobre 2000
Loi relative à la politique de santé publique du 9 Août 2004, Objectifs et enjeux	Brochure pédagogique de la DGS	2004
Missions et structure (du ministère de la santé)	Ministère de la santé	Juillet 2003

Emissions radio

Conférence de Marcel Rufo sur les adolescents et la famille (notamment sur la maison des adolescents)		
Emission « Travaux publics » sur le suicide	France Inter	25 Janvier 2006

Pages Internet

Haut Comité de la Santé Publique Revue ADSP n° 45 http://hcsp.ensp.fr	Site internet du dossier ADSP coordonné par Jean-Louis TERRA
Programmes d'action de santé mentale http://ist.inserm.fr/basisrapports/sante_enfants/sante_enfants_chap_6.htm	Informations sur les plans d'action Santé Mentale

Annexe 5 : rapport d'enquête relatif au questionnaire adressé aux personnes ayant suivi la formation au repérage de la crise suicidaire

Les objectifs du questionnaire

- Alimenter les critères et descripteurs pour répondre aux questions d'évaluation,
- Apprécier les compétences apportées par les formations et leur utilité pour les personnes ayant suivi la formation.

Conception et collecte des réponses

Conception

Le questionnaire auto-administré par Internet a été réalisé avec le logiciel SPHINX

La phase de conception du questionnaire s'est déroulée du mois d'avril au mois de juin 2006, le questionnaire a été publié le 12/06/2006 sur Internet.

Avant sa publication, le questionnaire a été testé et validé par le groupe de référence et testé en interne par Eureval.

Echantillonnage

La population sondée est constituée des personnes ayant suivi les formations régionales à la crise suicidaire, depuis leur lancement en juillet 2001, dans les 5 régions où ont également été réalisées des études de cas : Haute-Normandie, Bourgogne, Aquitaine, Languedoc-Roussillon et Limousin.

La population mère initialement choisie n'a pas pu être respectée dans la mesure où les contacts des personnes formées n'ont pas pu être obtenues pour la région Haute-Normandie.

Collecte des données

Les DRASS et les opérateurs locaux en charge des formations (CRES Languedoc Roussillon et CRES Bourgogne) dans les cinq régions ont fait parvenir les contacts des personnes formées à l'équipe d'évaluation, à l'exception de la région Haute-Normandie. Le contrat prévoyait initialement l'envoi aux enquêtés d'un lien vers le questionnaire par message électronique. Cela n'a pas été possible dans la mesure où les adresses électroniques des enquêtés n'étaient pas disponibles. Une solution alternative a été trouvée par la DGS : celle-ci a adressé directement aux enquêtés un courrier indiquant l'adresse Internet du questionnaire et les invitant à se rendre sur le site pour y répondre.

Au total, 574 adresses ont été obtenues dont seulement 54 (9%) étaient des adresses électroniques.

A la clôture de l'enquête le 31 juillet, 92 personnes avaient répondu soit un taux de réponses de 16%. Le tableau suivant présente plus en détails l'échantillon retenu.

Nombre de personnes contactées	Par Email	Par courrier	Total	Proportion	Nombre de répondants	Proportion de répondants	Taux de réponse
En Aquitaine	14	0	14	2%	0	0%	0%
En Bourgogne	27	353	380	66%	75	82%	20%
<i>personnes âgées</i>	10	25	35	6,1%			
<i>pluridisciplinaires</i>	17	328	345	60,1%			
En Languedoc	13	66	79	14%	15	16%	19%
En Limousin	0	101	101	18%	2	2%	2%
<i>FMC</i>		61		10,6%			
<i>pluridisciplinaire</i>		42		7,3%			
Total	54	520	574	100%	92	100%	16%
Proportion	9%	91%					

Il est important de noter que 82% des réponses sont issues de la même région : la Bourgogne, ce qui représente 20% des personnes sollicitées dans cette région. En région Languedoc, 15 personnes ont répondu ce qui représente 19% des personnes sollicitées dans cette région. Dans les deux autres régions, le nombre de répondant est nul ou négligeable. Les résultats de ce questionnaire et leur analyse ne sont donc valables que pour les deux régions ayant un taux de réponses significatif : la Bourgogne et le Languedoc-Roussillon.

L'échantillon ne peut donc être considéré que comme illustratif de deux régions et en aucun cas représentatif des personnes formées en régions.

Les résultats de cette enquête ont également été croisés avec les résultats d'enquêtes réalisées auprès des personnes ressources dans les régions Pays de Loire, PACA, Picardie et Centre.

Analyse des résultats du questionnaire

Profil des répondants

Cette partie a pour vocation d'établir le profil des personnes formées, notamment en rapport avec leur confrontation au suicide dans leur milieu professionnel, ce qui fournit des éléments de réponses à question 2.1 sur l'utilité des formations.

90% des personnes ayant été enquêtées ont été formées dans le cadre de leur formation continue. La majorité des formations se sont déroulées sur 2 jours, et un nombre non négligeable sur 3 jours (20%). Le troisième jour de formation renvoie dans la plupart des cas à l'organisation d'une journée de capitalisation avec l'ensemble des personnes formées dans la région Bourgogne à l'initiative du référent régional.

Parmi les personnes ayant répondu, les professions les plus représentées sont celles d'infirmier (32%, pour une moyenne nationale de 24,25% parmi l'ensemble des personnes formées) et de travailleur social (30%, pour une moyenne nationale de 10,78%). Les milieux les plus représentés sont : l'Education nationale (24%, pour une moyenne nationale de 30%) et les services de psychiatrie (14%, pour une moyenne nationale de 12,5%). L'échantillon comprend notamment un nombre important d'infirmiers de l'Education Nationale (16%).

90% de ces personnes ne dirigent pas d'autres personnes, 77% d'entre elles affirment avoir été confrontées à un nombre de sujets suicidaires compris entre 1 et 20 durant l'année écoulée et 12% à plus de 20. Une grande majorité (89%) affirme appartenir à un milieu professionnel régulièrement ou particulièrement touché par le suicide et la même proportion a été confrontée à une personne en crise suicidaire depuis la formation. Ces éléments montrent que la formation a concerné principalement des personnes de terrain susceptibles d'être régulièrement confrontées au suicide.

Les raisons de la participation à cette formation sont liées au fait d'avoir été confronté au suicide dans la vie professionnelle (67,4% des répondants) et un intérêt antérieur pour le sujet. L'échange avec des collègues est également une des motivations pour participer à cette formation.

Cette formation a été proposée dans 44% des cas par l'établissement (59% des enquêtés en Pays de Loire ont été *informés de l'existence de cette formation par leur employeur*) et dans 26% des cas par un organisme professionnel. Dans 21% des cas, une demande individuelle a été faite.

Les apports de la formation

Cette partie a vocation à alimenter la réponse à la question 2.1 relative aux compétences acquises et à l'utilité de la formation.

Selon les résultats de l'enquête, la formation au repérage de la crise suicidaire a clairement apporté de nouvelles compétences :

- 84% des enquêtés se sentent *plus compétents pour intervenir auprès des personnes en crise suicidaire*, 14% ne se sentent *pas vraiment plus compétents* (90% des enquêtés en Picardie se sentent au moins *un peu plus compétents*) ;
- 90% des sondés se sentent plus à même de détecter les personnes en crise suicidaire ; un très haut niveau de satisfaction est atteint pour 12% des personnes (83% des enquêtés en Picardie) ;
- 90,2% se sentent plus outillés pour évaluer les comportements suicidaires (81% des enquêtés en région Picardie) ;
- pour 83,7% des personnes interrogées, la formation a permis *tout à fait* ou *plutôt* le développement de nouvelles capacités d'écoute à la souffrance de l'autre (86% des enquêtés en Picardie) ;
- les personnes interrogées estiment également à 91% qu'ils sont plus à même d'orienter les personnes présentant un risque suicidaire vers les compétences professionnelles adéquates suite à la formation.

De plus, la formation semble avoir apporté une certaine légitimité à intervenir auprès des personnes ayant des comportements suicidaires puisque 85,9% des sondés se sentent tout à fait ou plutôt motivés à intervenir auprès de ces personnes. Cette idée est confortée par les résultats de l'enquête réalisée en Picardie pour laquelle 81% des enquêtés affirment être au moins *un peu* plus motivé à intervenir.

L'enquête montre donc que les formations ont clairement permis l'acquisition de capacités à repérer la crise suicidaire (critère 1 de la question 2.1) et à orienter les personnes en crise (critère 2 de la question 2.1), en particulier pour les catégories professionnelles suivantes : infirmiers et travailleurs sociaux.

Les formations ont concrètement changé les pratiques :

- 78,2% des personnes interrogées évaluent systématiquement ou souvent le potentiel de crise suicidaire des personnes en difficulté (20,7% l'évaluent rarement). Ces résultats sont à confrontés avec ceux de l'enquête réalisée en Pays de Loire dans laquelle 60% des répondant affirme avoir mis en application l'enseignement des formations dans leur pratique professionnel. De même, d'après les résultats de l'enquête réalisée en PACA, 75,90% des répondants affirment avoir mis en pratique cette formation dans leurs pratiques professionnelles.
- 87% des personnes enquêtées ayant été confrontées à un sujet suicidaire depuis la formation estiment que celle-ci a été *très utile* ou *relativement utile* pour faire face à cette situation.
- L'intervention des personnes formées auprès des personnes en crise suicidaire a été tout à fait décisive pour 17,4% des personnes interrogées et décisive dans au moins un cas pour 51% des personnes.
- Dans ce cas là, la formation a surtout permis de mieux évaluer le potentiel suicidaire, et dans une moindre mesure de repérer la crise suicidaire, de prendre en charge et enfin de mieux orienter la personne. Les verbatims recueillis insistent sur la libération de la parole qui permet une meilleure évaluation : « *Je n'hésite plus à prononcer le mot "suicide" lors de l'entretien avec la personne puis le mode envisagé.* » ; « *La formation permet de mieux verbaliser les difficultés rencontrées et les raisons qui poussent à penser au suicide* » ; « *j'ai pensé à demander si il y avait un scénario, où, quand, comment....et ainsi évaluer le degré de gravité de la situation* ».

L'ensemble des ces résultats montrent que la formation apporte principalement des compétences en terme d'évaluation du potentiel suicidaire et a permis d'intervenir de manière décisive à la majorité des personnes formées (68,4%).

Pour les deux professions les plus représentées, infirmiers et travailleurs sociaux, la formation a permis principalement face à un cas de crise suicidaire de mieux évaluer le potentiel suicidaire. On observe cependant que la seconde compétence citée par chacun de ces deux groupes diffèrent : pour les travailleurs sociaux la formation leur a permis de mieux repérer la crise suicidaire, tandis que pour les infirmiers elle leur a permis de mieux prendre en charge. Ces résultats suggèrent que la dimension pluridisciplinaire des formations permet un acquisition des compétences complémentaires et adaptées en fonction de la profession.

Par ailleurs, une proportion de 89% des répondants juge que la formation est adaptée à leur domaine d'activités, dont 30% la juge *très adaptée*. Sur ce point, il n'y a pas de différences

significatives entre les appréciations des deux professions les mieux représentées (infirmiers et travailleurs sociaux). Ces éléments tendent à montrer que la dimension pluridisciplinaire des formations n'est pas un frein à l'acquisition de compétences des personnes formées.

L'ensemble de ces conclusions relatives à l'acquisition de compétences est confirmée par l'évaluation des formations « personnes ressources » sur le repérage et la gestion de la crise suicidaire de la région Centre : l'enquête montre que la formation a répondu à l'attente des personnes ayant suivi la formation, qu'ils sont satisfaits du contenu des formations (apports d'outils de repérage, conduite d'entretien, jeux de rôles) et que la formation est « *constitutive d'apports pour les participants* », et qu'« *un des apports est la clarification pour ces participants des signes d'alerte de la crise suicidaire* ». De plus, les personnes interrogées sont près de la moitié à être tout à fait d'accord avec le fait qu'elle leur permet de mieux repérer les personnes suicidaires alors qu'ils en sont qu'un quart à être tout à fait d'accord avec le fait qu'elle leur permet de mieux gérer une personne en crise suicidaire.

De plus la formation a soulevé, d'après cette même enquête, des questions qui se réfèrent majoritairement à la prise en charge et au suivi de la personne en souffrance.

L'appréciation globale de la formation des répondants est très positive.

Le rôle des personnes ressources

Cette partie a vocation à alimenter la réponse à la question 2.2 sur la mise en réseau des professionnels.

Une mise en réseau des « personnes ressources » limitée

La mise en réseau n'apparaît pas comme un résultat principal de ces formations :

- 64% des personnes interrogées n'ont gardé aucun contact avec les autres participants aux formations. Seuls 17,4% des personnes sont restées en contact.
- 52% des personnes interrogées n'ont pas coopéré avec des professionnels d'autres domaines autour du thème du suicide suite à la formation. Par ailleurs, 45% des enquêtés ont coopéré dans le cadre d'un échange d'informations et 16% ont participé à des actions conjointes.

Ces résultats indiquent que la mise en réseau des « personnes ressources » suite à la formation demeure limitée et renvoient principalement à de l'échange d'informations, voir à des journées de capitalisation, plutôt qu'à la mise en place d'action concrètes.

L'enquête en région Centre indique d'ailleurs que les formations sont l'occasion de nombreux échanges.

Par ailleurs, les personnes formées considèrent presque unanimement (90,3%) que le nombre de personnes formées sur la région n'est pas suffisant. Ainsi, l'acquisition au sein des différentes collectivités en charge de personnes à risque d'une capacité collective suffisante pour repérer et orienter la personne (critère 3 de la question 2.1) n'est pas confirmée.

De même, si l'enquête menée en région Centre (voir au dessus) indique que ces formations pluridisciplinaires et pluri-institutionnelles constituent une source d'échanges et de mise en synergie pour créer un réseau, elle confirme que les contacts issus de rencontres qui se sont produites durant la formation sont très peu nombreux. Pour inciter les participants à garder

contact avec une autre personne de la formation, il faut qu'il existe une utilité immédiate pour leurs pratiques professionnelles.

Enfin, l'enquête réalisée en région PACA montre que pour 74% des enquêtés une *organisation en réseau efficace* aurait un rôle de *type* « ressources » avec conseil téléphonique et orientation sur les structures existantes et pour 50% des enquêtés un *réseau de prise en charge complète du signalement au soin*.

La mise en place de réseaux très structurés ne semble donc pas être considéré comme capital par les personnes formées. En revanche, disposé d'un réseau ayant vocation à fournir informations et conseils leur permettrait de faciliter leur rôle de « personnes ressources ».

Une diffusion d'informations occasionnelle

La diffusion d'informations dans le milieu professionnel, suite à la formation, est partielle, et effective pour environ la moitié des personnes interrogées.

- La diffusion de l'information sur le suicide par les personnes formées dans leur domaine se fait *souvent* (20%) ou *occasionnellement* (54%) pour 74% des personnes.
- Les échanges entre collègues autour de la formation apparaissent occasionnelles pour 60% des personnes interrogées, et fréquents pour 32%.
- Pour une petite moitié des personnes interrogées (43%), ces échanges entre collègues n'ont pas débouché sur des actions particulières. Pour l'autre moitié, ils ont entraîné des échanges relativement réguliers sur le thème du suicide (35% des répondants), sur la participation d'un collègue à la formation (14%) et plus rarement à la mise en place d'actions conjointe sur ce thème (10%).

Ces résultats tendent à montrer que les enquêtés ont joué leur rôle de personnes ressources de manière occasionnel principalement au sein de leur établissement au travers de diffusion de l'informations et dans une moindre mesure dans l'ensemble de leur domaine d'activités.

Une utilité mise en évidence

Pour la plus grande partie des personnes interrogées (70%), une grande part des connaissances était nouvelles. 25% considèrent cependant qu'ils connaissaient déjà largement la question.

La formation est considérée comme *utile* ou *très utile* par la quasi-totalité des personnes interrogées (94,6%). D'ailleurs, 70% des personnes ayant suivi la formation l'ont recommandé à un collègue à plusieurs reprises. Dans l'enquête réalisé en Pays de Loire 92 % des personnes formés sont convaincu que la formation permet « de mieux comprendre et de mieux intervenir », ce qui conforte les résultats de l'enquête.

En ce qui concerne les deux professions les plus représentées parmi les enquêtés on observe qu'une majorité de travailleurs sociaux juge la formation *très utile* (16 sur 28) tandis que la majorité des infirmiers la juge *plutôt utile* (15 sur 30). De même, une plus forte proportion d'infirmiers (9/30 répondants) que de travailleurs sociaux (5/28 répondants) juge que la formation ne leur a pas vraiment apportée de connaissances nouvelles. Ces résultats, bien qu'ils concernent un nombre limité de répondants, laissent à penser que la formation est plus utile pour les travailleurs sociaux que pour les infirmiers.

L'enquête montre que la formation est considérée comme un bon moyen de repérer la crise suicidaire pour 69% des personnes et le meilleur moyen pour 26% des gens.

Les personnes formées ressentent pour 72% d'entre elles le besoin d'une réactualisation ou d'un approfondissement de leurs connaissances sur le sujet, les enquêtes réalisées en PACA et en Picardie confirme ce résultat, le pourcentage de personnes souhaitant une « remise à niveau » ou une « journée post-formation » étant identique. Les verbatims recueillis montrent que les attentes des personnes formées en termes de réactualisation concernent souvent une population spécifique, en particulier les adolescents. Ce qui peut s'expliquer par la forte proportion de répondants travaillant pour l'Education nationale. Les infirmiers insistent pour leur part sur la prise en charge dans la mesure où ils interviennent moins dans le repérage. Enfin, Les verbatims insistent également sur les échanges d'expériences et une actualisation des connaissances notamment sur les nouveaux outils. On peut cité notamment : développer des « cas concrets, des mises en situation professionnelle », « faire le point sur évolution de la recherche et des expériences menées », sont demandés des « Analyses de pratique; des rappels de notions théoriques », des « échanges sur le repérage et la prise en charge, pour comparer ce qui est le plus efficace localement », « une réactualisation des différents mode de repérage et de gestion de la crise suicidaire, plus de cas concrets autour du suivi du patient après une hospitalisation ». Un répondant affirme également que « Nous n'avons pas eu le temps d'aborder suffisamment de cas concrets sur les échecs dans certaines prises en charge. Ces journées étaient un moyen excellent d'avancer sur ce sujet. »

Limite

Cette enquête par questionnaire avait également pour vocation de répondre à la question 2.4 relative à la mobilisation des médecins généralistes. Ceci n'a pas été possible étant donné la trop petites part des médecins généralistes (2 réponses) ayant répondu au questionnaire.

Conclusions

L'acquisition de compétences en matière de repérage d'évaluation et d'orientation a clairement été mise en évidence par l'enquête.

En revanche, les formations demeurent un vecteur limité de mise en réseau des acteurs.

Les personnes ressources n'ont qu'occasionnellement un rôle de diffusion d'informations et d'échanges de pratique au sein de leur organisation et ne sont pas un vecteur de mise en place d'actions dans leur structure. En revanche, les personnes enquêtées sont en attente d'un prolongement de ces formations en particulier dans le cadre de journées d'échanges.

Annexe 6 : Monographies d'études de cas régionales

Déclinaison de la Stratégie Nationale d'actions face au suicide en Aquitaine

Personnes rencontrées

- Mme Anne-Marie de Belleville, Médecin Inspecteur adjoint de l'ARH, référent suicide de 2000 à 2004.
- Dr Pierre Pouyanne, Médecin Inspecteur Adjoint, référent suicide depuis 2004.
- Dr. Xavier Pommereau, psychiatre, chef de l'unité médico-psychologique de l'adolescent et du jeune adulte au centre Abadie
- Dr. Ayoun, chef de l'unité centre de crise pour adolescents de Bordeaux
- Dr Forzan, psychiatre Praticien Hospitalier, chef de service SMPR, vice-présidente de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) de l'hôpital Charles Perrens
- Mme Camu, conseiller insertion et probation (CIP), Direction Régionale de l'Administration Pénitentiaire
- M. Odouard, chef du département Sécurité et Détention, Direction Régionale de l'Administration Pénitentiaire
- Mme Ruello, chargée de mission prévention, URCAM
- Dr Cazenave, pédopsychiatre, chef de service à l'hôpital Charles Perrens, président de la CME de l'hôpital Charles Perrens
- Dr. Delmas, médecin conseiller auprès de l'Inspecteur d'Académie de la Gironde, Inspection Académique.
- Dr Nicolas Brugère, président de l'URML Aquitaine (par mail)

Documents consultés

- Programme Régional de Santé Aquitaine (1997-2005) : Promouvoir la santé des adolescents et des jeunes adultes et lutter contre la mortalité et la morbidité évitables.
- Extrait du BOP SPP 2005

Le contexte régional

Situation démographique et socio-économique du territoire

- Population d'environ 2 870 000 habitants en 1995.
- Un vieillissement plus marqué de la population : en 1995, la proportion de personnes ayant atteint ou dépassé 65 ans s'élevait à 18% contre 15% en France.
- Troisième région française par sa superficie, la densité de population faible : en 1990, 35% des Aquitains habitaient une commune rurale (26% France entière).
- Une forte attractivité touristique mais par ailleurs, un taux de chômage plus important en Aquitaine (12,9%) qu'en France (11,7%) en 1995.

Epidémiologie, situation épidémiologique

En 1998, une étude de la FNORS⁸, basée sur les résultats de l'enquête PREMUTAM a montré qu'en terme de suicide, **l'Aquitaine présentait une situation intermédiaire proche de la moyenne nationale**. En revanche, il existe des particularités en terme d'âge des personnes touchées par le suicide en Aquitaine, où la mortalité chez les personnes âgées est la plus forte parmi les régions étudiées dans cette étude.

Ainsi la proportion en pourcentage des décès par suicide dans la mortalité générale était de 10,3% pour les 15-24 ans, de 16,8% pour les 25-34 ans, de 12,4% pour les 35-44 ans, de 6,4% chez les 45-54 ans, et 1,1% chez les 55 ans et plus.

Cette étude montrait par ailleurs que le pourcentage de services d'urgence qui proposaient systématiquement un entretien avec une hospitalisation était particulièrement élevé en Aquitaine (87 et 91%).

En 1998, une étude préalable à la mise en place d'un PRS a mis en évidence la prévalence de problèmes de santé mentale chez les jeunes (mal-être, anxiété, dépression) et les conduites addictives (tabac, alcool, drogues).

L'Observatoire Régional de la Santé en Aquitaine (ORSA) a ainsi montré qu'il y aurait environ 1300 hospitalisations pour tentative de suicide chaque année chez les moins de 25 ans. Parallèlement les données de mortalités de l'INSERM totalisaient une quarantaine de décès par suicide chaque année dans cette tranche d'âge.

Historique de la prévention du suicide

La région a engagé, dès la fin des années 80, une enquête sur les intoxications médicamenteuses, menées par l'Observatoire Régional de la Santé, nouvellement créé.

Les acteurs de santé publique se sont également mobilisés au début des années 90 dans la création du Centre Abadie, l'unité de prise en charge des adolescents suicidaires.

Les acteurs de santé se sont également mobilisés sur la création de l'Unité Médico-psychologique (NPAJA), de statut associatif, financée par les crédits de l'assurance maladie.

⁸ « Bilans régionaux dans le domaine des suicides et tentatives de suicide : Aquitaine, Bretagne, Midi-Pyrénées, Nord-Pas de Calais, Rhône-Alpes », FNORS, 1996.

Par ailleurs, La Conférence régionale de santé du 14 mai 1996 a identifié des priorités et a permis aux décideurs d'arrêter une politique de santé tournée vers les jeunes. Les priorités dégagées étaient :

1. Mieux prévenir les effets de la précarité sur la santé
2. Promouvoir la santé des adolescents et des jeunes adultes et lutter contre la mortalité et la morbidité évitables
3. Mieux identifier les caractéristiques et les besoins des personnes handicapées et des personnes dépendantes

Suite à cette conférence, un Programme Régional de Santé des Jeunes (PRS jeunes) a été monté en 1998, pour une période initiale de 4 ans, mais a continué jusqu'en 2005. Ce PRS comportait un volet prévention de la souffrance des jeunes, qui constituait une part importante de l'investissement des acteurs, des actions mises en place et du budget du PRS.

Les réalisations dans le cadre de la Stratégie nationale

La Stratégie Nationale a été peu déclinée en région Aquitaine.

Formations pluridisciplinaires

Un binôme de futurs formateurs, comprenant un psychiatre hospitalier et un psychologue hospitalier a été constitué en accord avec le Centre Abadie et la DRASS en 2002 qui a suivi la formation à Lyon. Cependant aucune formation pluridisciplinaire au repérage de la crise suicidaire n'a été organisée en Aquitaine.

En 2004, les formations pluridisciplinaires en milieu pénitentiaires ont été développées en Aquitaine. Un binôme constitué d'un psychiatre en SMPR et un psychologue en milieu pénitentiaire a pu être constitué en 2005.

Une session de formation a été dispensée en janvier 2006 à la maison d'arrêt de Gradignan, permettant de former 14 personnes, et très récemment, en mai 2006, une deuxième session a eu lieu, au centre de détention de Neuvic (nombre de personnes formées non connu à ce jour).

Les personnes formées étaient surveillants (8), directeur au sein de l'Administration Pénitentiaire (1), conseiller d'Insertion et Probation (1), et infirmiers (4).

En 2005, le référent suicide a bénéficié de 2500€ pour financer ces formations pluridisciplinaires

Audits cliniques

Aucun audit clinique ANAES sur la prise en charge des suicidants en milieu hospitalier n'a été mené en Aquitaine.

Annuaire

Aucun annuaire régional des acteurs de la prévention du suicide n'a été construit suite au lancement de la Stratégie. En revanche, le PRS santé des jeunes avait de son côté permis de faire la liste des intervenants oeuvrant dans la prévention du mal-être des jeunes et de les publier sous la forme d'une plaquette à destination des jeunes.

Autres actions régionales

Les actions régionales ne se sont pas développées suite au lancement de la Stratégie. En revanche le PRS Santé Jeunes 1997-2002 a permis la mise en place de nombreuses actions en faveur de la prévention du mal être chez les jeunes.

On recense notamment de nombreuses actions de sensibilisation des professionnels en contact avec les jeunes autour du mal-être et de la souffrance des jeunes. Les actions prévues/réalisées portaient sur :

- La formation des divers professionnels (formation initiale et continue) oeuvrant dans les champs médicaux, sociaux et éducatifs : de nombreuses formations/ séminaires ont été organisées, notamment avec le centre Abadie, au sein de l'Education Nationale. Une centaine de personnes ont ainsi été formées au repérage de la souffrance des jeunes.
- La sensibilisation des adultes de l'entourage des jeunes : familles, parents d'élèves.
- L'amélioration de la lisibilité des lieux et structures d'écoute et d'accompagnement des adolescents et jeunes en souffrance et développement de ces lieux
- Le développement de la prise en charge des jeunes en souffrance dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de psychiatrie (SROS) concernant l'adolescent.
- La promotion de programmes de formation-action destinée à l'accompagnement méthodologique des acteurs de terrain : une session de formation-action a été mise en oeuvre chaque année dans chaque département et dispensée par des intervenants qualifiés.

Parallèlement, l'URCAM a financé épisodiquement des projets présentés par la CPAM en relation avec la prévention du suicide :

- une formation-action en 2005 auprès de 150 professionnels médicaux et sociaux éducatifs, financé dans le cadre du Schéma Régional d'Education pour la Santé ;
- une formation mise en oeuvre par SOS Amitié pour les écoutants de l'association ;
- le soutien de deux associations de Gironde oeuvrant dans la prévention du suicide

Ces actions sont financées dans le cadre de l'appel à projet FNPEIS.

La référente suicide a été nommée en 2001. Elle était également référente « santé mentale ». En 2004, les deux attributions ont été scindées et été attribués à deux personnes différentes.

La mise en œuvre de la Stratégie

Les actions de priorité nationale

Les formations pluridisciplinaires

La DRASS, en concertation avec le centre Abadie, a nommé un binôme entre un psychiatre et un psychologue du Centre Abadie, en 2002. Il n'a pas été possible d'associer des universitaires, faute de réponse de l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) Santé Publique de Bordeaux.

Le binôme n'a jamais donné suite à la formation de formateurs reçue à Lyon. Plusieurs raisons ont été avancées :

- Selon le chef de service du binôme de formateurs, le centre Abadie donne de nombreuses formations et séminaires sur le mal être des jeunes et notamment le repérage de la souffrance des adolescents. Le centre Abadie s'est donc concentré sur le travail de service, les formations existantes en interne et la formation de stagiaires au sein du service
- Selon la DRASS, les modalités d'organisation des formations n'étaient pas claires, et notamment aucun crédit n'était disponible pour mettre en œuvre ces formations. L'annulation d'un colloque interrégional prévu en 2002 à Toulouse, prévu pour favoriser l'échange de pratiques autour de la déclinaison de la Stratégie Nationale et le soutien méthodologique aux régions en terme de démultiplication des formations, n'a pas permis de répondre aux attentes de la DRASS en terme de méthodologie. Elle aurait souhaité bénéficier de méthodes pratiques sur la déclinaison des formations en régions.
- Toujours selon la DRASS, l'absence d'un budget spécifique pour la démultiplication des formations régionales ne donnait pas de légitimité à la DRASS pour demander au milieu hospitalier d'organiser logistiquement les formations.
- Les formations n'ont pas été considérées comme un outil pertinent pour prévenir le suicide par les institutionnels et les personnels hospitaliers psychiatres.
- La faible disponibilité du personnel de la DRASS sur ce sujet a également été évoquée.

La DRASS a considéré que le volet formation était déjà assuré dans le cadre du PRS jeunes, qui comprenait une large part de formation des compétences des adultes au repérage du mal être des jeunes et au développement de structures d'accueil.

En 2004, l'arrivée d'un nouveau référent suicide a bénéficié aux formations en milieu pénitentiaires. Le recrutement d'un binôme de formateurs en milieu pénitentiaire s'est révélé difficile : refus de certains psychiatres en service Médico-Psychologique Régional (SMPR) ou Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) de devenir formateur, refus de suivre les formations, congés maladie, défection au dernier moment, etc.

En 2005, le recrutement d'un nouveau psychiatre au SMPR de la maison d'arrêt de Gradignan, a permis de constituer un binôme psychiatre/ psychologue en milieu pénitentiaire. Celui-ci est allé se former en 2005 et a donné une première formation de 2 jours en janvier 2006. La psychiatre du binôme a apprécié le pragmatisme de la formation et sa pluridisciplinarité et considère qu'elle a beaucoup appris lors de cette session. En revanche, elle n'avait pas été informée de l'engagement qu'elle prenait en suivant cette formation, à savoir celui de dispenser trois sessions de formation par an pendant trois ans.

Le responsable logistique et le financeur de ces formations est le service de formation de la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP), qui a pris la suite du référent suicide dans l'organisation de ces formations. Cette Direction s'est fortement mobilisée sur le sujet de la prévention du suicide et a répondu aux demandes de sa hiérarchie sur l'organisation de la formation pluridisciplinaires en milieu pénitentiaire.

En Aquitaine, il a été décidé que le public formé serait pluridisciplinaire et large : personnels du SMPR de l'UCSA, les surveillants, les éducateurs SPIP, etc. Les formations ont été ciblées pour 2005 sur l'établissement pénitentiaire de Bordeaux uniquement. Deux autres établissements ont été ciblés pour 2006.

Les Unités Locales de Formation (ULF) des établissements ont été opérateurs de ces formations. Ces unités, basées au sein d'un établissement pénitentiaire, et couvrant le champ de plusieurs établissements, sont en charge de la formation professionnelle pour les personnels pénitentiaires.

Suite aux difficultés de recrutement du binôme, les ULF ont proposé aux personnels pénitentiaires des formations au repérage de la crise suicidaire dispensées par des organismes privés. Puis elles ont assuré le soutien logistique (appel d'offre, organisation) des formations lorsque le binôme de formateurs a commencé les sessions de formations.

Ainsi les formations en milieu pénitentiaire ont reposé sur la mobilisation de la DAP, avec le soutien du référent suicide.

Les audits cliniques

La DRASS s'accorde à dire que la mise en place d'audits cliniques dans tous les établissements hospitaliers (et pas seulement dans un échantillon d'établissements), aurait pu être le point de départ d'un diagnostic partagé sur la prise en charge des personnes suicidantes dans les services hospitaliers et de là être le point de départ d'une action concertée. Or, l'organisme chargé en Aquitaine de mettre en œuvre des évaluation hospitalière, le Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA), composé en grande majorité par des praticien hospitaliers, n'a pas considéré comme une priorité de mener ces audits. Le manque de financement et le manque de temps des personnels de la DRASS a, selon la DRASS, joué également sur le manque de mobilisation autour de ce projet.

Les actions régionales

Les actions menées dans le cadre du PRS Santé Jeunes a été piloté par un groupe de pilotage du PRS santé jeunes composé de nombreux acteurs, qui ont montré une motivation continue sur les sept ans qu'ont duré le programme. Il s'agissait de la DRASS, du Rectorat, de l'Inspection Académique, de l'ARH, de médecins psychiatres, de la CRAM et surtout de nombreux acteurs de terrain, caractéristique forte de ce groupe de pilotage : foyers de jeunes travailleurs, personnels de centres sociaux, de centres de soins pour toxicomanes, assistantes sociales, personnels des missions locales, associations familiales, etc...

Un véritable travail coopératif a émergé de ce groupe de pilotage, qui s'est ainsi réuni sur une durée plus longue qu'initialement prévue. Les formations-actions dans les départements ont institué des réseaux locaux de prise en charge des jeunes en souffrance.

Les acteurs

La **DRASS** a mis en œuvre les formations pluridisciplinaires en milieu pénitentiaire. Les autres actions de priorité nationale n'ont pas été mises en œuvre. La DRASS n'a pas été, sur les autres actions, coordonnateurs de l'action.

Le **milieu hospitalier** s'est mobilisé tôt sur la prise en charge des personnes suicidaires avec la création du Centre Abadie, et plus récemment la création de l'Unité de Crise pour Adolescent à l'hôpital psychiatrique Charles PERrens. En revanche, il n'y a pas eu d'interaction entre ce milieu et la DRASS autour de la Stratégie. Les psychiatres hospitaliers ignorent l'existence des formations pluridisciplinaires ou y sont opposés. Le Centre Abadie a cependant donné plusieurs formations au sein de l'Education Nationale, dans le cadre du PRS Santé Jeunes.

La **Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP)** s'est fortement mobilisé en interne, à la demande de leur hiérarchie et de la DRASS, sur la prévention du suicide, notamment en organisant les formations pluridisciplinaires en milieu pénitentiaire. Ils ont assumé les frais logistiques, le suivi et l'organisation des formations. En effet, en Aquitaine sont détenus 4000 à 5000 personnes. Chaque année, environ 20 suicides ont lieu dans les établissements pénitentiaires aquitains. Cette administration était, avant même le lancement de la Stratégie, concernée par le sujet et désireuse d'agir dans le domaine. Elle recevait régulièrement des instructions de services pour agir sur la prévention du suicide : mesures de signalement, développement de la surveillance, etc.

L'URCAM a été un partenaire financier sur le PRS Santé Jeunes et a ainsi participé à de nombreuses actions de prévention du mal-être dans ce cadre. En revanche, elle n'a pas été sollicitée sur le thème du suicide. Cependant, le Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaires (FNPEIS) a financé dans le cadre du Schéma Régional d'Education pour la Santé des initiatives des Caisses Primaires d'Assurances Maladies, qui sont pour certaines mobilisées sur le sujet : formations actions pour les personnels médicaux, sociaux et éducatifs sur le thème du mal être et du suicide (150 participants), financement de deux associations impliquées dans la prévention du mal être en Gironde, formation d'écouterants d'association. L'URCAM n'a pas de priorité centrée sur la prévention du suicide.

L'Education Nationale en Aquitaine commence actuellement une réflexion interne autour de la prévention du suicide, intégrée aux réseaux internes à l'Education Nationale. Elle a d'ors et déjà développé dans plusieurs départements un guide pour les établissements scolaire en cas de passage à l'acte d'un élève (mise en place d'une cellule de crise, contact des associations). Ce guide est disponible sur le site internet de l'Inspection Académique. Elle a également mis en place une convention avec une association d'aide aux victimes. Le projet autour de la prévention au sein de l'Inspection Académique repose sur la structuration existante au sein de l'Education Nationale, à savoir les Comités Education Santé Citoyenneté (CESC), qui se réunissent au sein de chaque établissement pour réfléchir à des problématiques locales, et les instances de régulation mensuelle au sein des collèges et des lycées. Ce projet repose sur l'émergence de besoins locaux dans les zones d'animation pédagogique et la conception d'actions locales pour répondre aux besoins. De manière générale, un travail de fond sur la prévention du suicide commence, et s'appuiera vraisemblablement sur les recommandations de l'OMS dans ce domaine. L'Inspection Académique n'a pas été contacté par la DRASS sur le sujet du suicide, en revanche, elle a

travaillé avec la DRASS sur le PRS Santé des Jeunes (volet accidentologie et alcool et non prévention du mal-être).

L'ARH a inclus dans le SROS le financement de structures de prise en charge des adolescents, mais n'a pas travaillé autour de la Stratégie Nationale.

L'URML, les associations, les travailleurs sociaux n'ont pas été associés à la mise en œuvre de la Stratégie, mais en revanche à la mise en œuvre du PRS Santé Jeunes.

Difficultés rencontrées

Plusieurs difficultés sont avancées par la DRASS pour expliquer l'absence de mise en œuvre des actions nationales prioritaires :

- un manque de temps pour mettre en place les actions et des difficultés organisationnelles au sein de la DRASS, et avant tout, l'absence de priorité donnée au suicide dans les conférences régionales de santé ;
- le manque de crédits pour financer les actions : en 2500, le référent suicide a bénéficié de 2500€ pour financer les formations en milieu pénitentiaire, sur la ligne du BOP « Santé Mentale et suicide, qui finance dans sa quasi-totalité les actions de santé mentale du PRAPS ;
- un manque d'aide méthodologique du niveau national vers le niveau régional, sous forme de bonnes pratiques et de proposition d'outils de mise en place des actions demandées : la DRASS a ainsi regretté l'annulation du colloque interrégional qui devait se tenir une Midi-Pyrénées autour de la déclinaison régionale de la Stratégie ;
- le manque de lisibilité et d'indications sur les crédits disponibles et la méthode de rémunération des binômes par le niveau national.
- la difficulté à décliner une Stratégie, dont les principes d'actions ne sont pas partagés par certains praticiens hospitaliers ;
- la difficulté de recrutement et de mobilisation des binômes de formation a été la raison principale à la difficulté de mise en œuvre des formations pluridisciplinaires en milieu pénitentiaire.

Il apparaît que l'organisation des formations et leur possibilité de financement ne sont jamais apparues clairement aux acteurs DRASS et DAP. Ceux-ci ont clairement mis en avant le manque de lisibilité de ces actions, Aujourd'hui encore, des questions se posent sur la rémunération des formateurs. Le manque de budget fléchi sur cette action a freiné l'action de la DRASS.

La DRASS estime qu'il aurait été souhaitable que :

- une méthode de mise en œuvre des formations en régions soit proposée aux régions, par exemple à travers des scénarios de mise en œuvre, qui donnerait une certaine légitimité à la DRASS pour mobiliser les binômes de formateur universal-hospitaliers sur le volet logistique.
- l'enveloppe budgétaire soit clairement fléchée

- soit organisés au niveau régional un diagnostic partagé des besoins du territoire en terme de prévention du suicide et une réflexion autour de la déclinaison de la Stratégie en région.
- soit organisée une articulation entre la DHOS et la DRASS au niveau national sur ce sujet, afin de faciliter l'articulation locale entre ARH et DRASS et pour que la prévention du suicide soit comprise comme une problématique plus large, notamment en développant la prise en charge des suicidants en milieu hospitalier

Les effets

L'impulsion d'une politique régionale de prévention du suicide

La Stratégie a été perçue comme la mise en place de trois actions spécifiques, et non comme un point de départ d'un projet régional, concerté et mis en réseau, de prévention du suicide. De fait, les actions ont été considérées comme séparées d'une Stratégie globale et parfois réalisées sans être inscrite dans un programme ou un réseau.

Au départ, la stratégie a été perçue comme « parachutée ». La DRASS ignorait notamment l'existence d'une phase de conception de la Stratégie, qui avait impliqué notamment un Praticien Hospitalier régional impliqué dans la prévention du suicide. Les acteurs hospitaliers et institutionnels estiment qu'elle était peu pertinente par rapport à la situation locale et déconnectée de la spécificité régionale.

L'ensemble des acteurs rencontrés estime que la Stratégie nationale sur la période 2000-2005 n'a pas eu d'impacts en Aquitaine, et que des actions et des réseaux avaient déjà été constituées : le PRS jeune, les formations en milieu hospitalier, des actions en milieu hospitaliers avec le Schéma d'Organisation des soins II et III.

En revanche, la presque totalité des acteurs s'accordent à dire que la Stratégie Nationale a eu le mérite de faire passer un message fort sur le suicide et d'impulser de manière générale une considération de cette problématique.

La mobilisation des acteurs

Les acteurs aquitains se sont peu mobilisés autour de la déclinaison de la Stratégie Nationale :

- La DRASS n'a pas cherché à mobiliser les acteurs autour du thème de la prévention du suicide. La Stratégie n'a clairement pas été considérée comme une priorité d'action de la DRASS. A partir de 2005, le nouveau référent suicide a cependant pu travailler en coordination avec la DAP sur les formations pluridisciplinaires en milieu pénitentiaires. Aucun groupe de travail ou de suivi n'a été mis en place autour de la Stratégie ou de la prévention du suicide, outre le groupe de pilotage du PRS Santé Jeunes.
- Les Praticiens Hospitaliers suicidologues ne se sont pas davantage mobilisés autour de la mise en œuvre de la Stratégie. Le binôme formé au Centre Abadie n'a dispensé aucune formation. En revanche, les deux unités d'accueil des adolescents, le Centre Abadie et

L'Unité de Crise pour Adolescents développent en interne des actions d'amélioration de la prise en charge des suicidants. Les PH impulsent ces actions, en concertation avec l'ARH.

- L'URCAM ne s'est pas mobilisée sur la Stratégie mais a financé des actions locales des CPAM au titre du FNPEIS, dans le cadre du Schéma Régional d' Education à la Santé. Elle ne connaissait pas la Stratégie Nationale et ignorait la nomination d'un référent suicide.
- L'Inspection Académique n'a pas travaillé avec la DRASS sur le sujet de la prévention du suicide et souhaite mûrir un projet sur ce sujet en interne.
- Le Conseil Régional et l'URML n'ont pas développé d'actions autour de la prévention du suicide.
- Le milieu associatif n'est pas apparu mobilisé autour de cette question.

Certains acteurs rencontrés (URML, PUPH, URCAM) ne connaissaient que vaguement la Stratégie Nationale ou n'en avait pas réellement entendu parler. Le message de la Stratégie n'a que peu été diffusé. La DRASS n'a pas été perçu comme un coordinateur autour de ce sujet.

Cette démobilitation s'explique par le fait que la Stratégie Nationale n'a pas été reconnue par la DRASS et certains psychiatres hospitaliers comme un outil pertinent à mettre en œuvre sur le territoire aquitain pour prévenir le suicide.

- Au départ, le chef de service du Centre Abadie ne s'est pas senti inclus réellement dans le processus de conception de la Stratégie Nationale. N'adhérant pas complètement aux axes choisis par la Stratégie, et notamment à la systématisation des formations pluridisciplinaires au repérage de la crise suicidaire, cette personnalité, reconnue dans le domaine de la suicidologie, n'a pas été un moteur de la déclinaison de la Stratégie. L'orientation psycho-dynamique des psychiatres aquitains s'est opposée à l'approche systémique de la Stratégie Nationale.
- La Stratégie, considérée comme avant tout portant sur les formations pluridisciplinaires, n'était pas considérée comme l'outil le plus pertinent pour améliorer la prévention du suicide et comme redondant avec des formations d'ors et déjà dispensée en milieu hospitaliers, par les PH et PUPH dans le cadre de leur attributions normales. Ainsi le centre Abadie forme une centaine de stagiaires par an et donne sur demande des formations sur le repérage des personnes en souffrance à différentes structures, dont l'Education Nationale. Enfin, les acteurs de santé publique partageait pour beaucoup la perception d'une méthode de formation, copié outre atlantique, ne prenant pas en compte la complexité de
- La Stratégie Nationale a été perçu par le milieu hospitalier aquitain comme une action de santé publique en opposition à une action clinique, qui agirait sur la prise en charge des suicidants. En Aquitaine les acteurs de santé sont favorables davantage à des actions en faveur de la prise en charge des suicidants. C'est pourquoi la DRASS estime également que l'ARH aurait été davantage légitime pour décliner la Stratégie en Région.
- La DRASS ne s'est pas sentie légitime, sans cet appui. De plus, la Stratégie a été perçue comme « éloignée du terrain ».

La mobilisation des médecins généralistes

Les médecins généralistes (à travers l'URML, le conseil de l'ordre ou les FMC) n'ont pas été associés à des actions de prévention du suicide.

Ces structures n'ont pas développé en interne des actions de prévention du suicide et n'ont pas travaillé avec la DRASS sur ce sujet.

La pérennisation des actions

Le manque de mobilisation autour de la Stratégie ne permet pas de parler d'impacts en terme de pérennisation de la mobilisation des acteurs.

En revanche, la mobilisation de la DAP autour de la formation pluridisciplinaire en milieu pénitentiaire semble établie et durable. La question de la prévention du suicide est en effet une priorité en son sein, en partie parce que la DAP se sent légalement tenu de mettre en œuvre la circulaire du Ministère, et en partie parce que ses personnels sont confrontés au jour le jour à cette problématique. La DAP a ainsi assuré en interne la formation de ses personnels en 2005 par un formateur privé autour du repérage de la crise suicidaire.

Enfin, quelques actions, notamment locales, continueront à être financées sur les fonds FNPEIS et également dans le cadre du Schéma Régional d'Education pour la Santé (SREPS), mais le PRSP n'a pas intégré de priorité suicide ou prévention du mal-être.

La mise en réseau des professionnels

Le PRS Santé jeunes a été reconnu par le bilan de la Cour des Comptes comme un instrument de partenariat entre les acteurs de la prévention du mal être des jeunes. Les actions ont été pérennisées pour certaines et les réseaux ont continué à évoluer.

En revanche, la déclinaison de la Stratégie n'a pas impliqué la mise en réseau d'acteurs, leur mobilisation ayant fait défaut dès le départ.

Les formations pluridisciplinaires ont cependant émergés suite à la coordination et la mobilisation de la DRASS et de la DAP. Malgré les difficultés rencontrées, notamment de financement de l'action, qui ne semble pas pérennisé au sein de la DRASS, la DRASS et la DAP ont pu travailler en coordination à partir de 2005, la DAP étant le porteur principal du projet.

Les populations ciblées

Le PRS Santé des Jeunes a ciblé la population des moins de 25 ans, et a contribué à prévenir le mal-être des jeunes. Cette cible a été déterminée par les conférences régionales et non la Stratégie.

Ensuite, la seule action développée a ciblé la population des détenus, conformément aux demandes de la Stratégie Nationale.

Les autres actions financées, dans le cadre du FNPEIS, ne font pas l'objet d'un ciblage particulier.

L'amélioration des compétences

Les formations pluridisciplinaires en milieu pénitentiaires ont été récemment mises en place. Au moment de la collecte d'information de cette étude de cas, seule une session de formation avait eu lieu.

Les retours sur cette formation indiquent qu'elle a été très bien accueillie par le personnel pénitentiaire et qu'une demande forte de formation existe au sein de la DAP.

Certains spécialistes hospitaliers considèrent ces formations comme « rudimentaires ».

L'amélioration de la prise en charge hospitalière

La prise en charge hospitalière en Aquitaine se distingue par la prise en charge spécifique des jeunes et adolescents dans deux centres spécialisés, le centre Abadie et le Centre de Crise pour adolescents de l'hôpital Charles Perrens. Ces deux structures ont innové dans le domaine depuis les années 90 pour la première et depuis les années 2000 pour la deuxième. Le Centre Abadie a bénéficié de financements pour mettre en place des actions de sensibilisation auprès des professionnels travaillant auprès des jeunes (Education Nationale notamment) dans le cadre du PRS Jeunes.

Les acteurs de terrain demandent en ce domaine une priorité donnée à cet axe spécifique de la prise en charge hospitalière et souhaite que les actions de mise en réseau s'appuient sur les réseaux existants, c'est-à-dire les réseaux hospitaliers et l'hôpital.

En revanche, la prise en charge hospitalière n'a pas bénéficié de la déclinaison de la Stratégie Nationale d'actions face au suicide en Aquitaine.

Conclusions

La déclinaison de la Stratégie Nationale d'actions face au suicide ne s'est traduite en Aquitaine que par la mise en place récente de formations pluridisciplinaires au repérage de la crise suicidaire en milieu pénitentiaire à partir de 2005. Les autres actions de priorité nationale n'ont pas été mises en œuvre et les autres actions régionales de prévention ont été financées par le PRS Santé Jeunes de 1997-2002.

Le manque de mobilisation des acteurs s'explique par une situation particulière à la région Aquitaine :

- des praticiens hospitaliers reconnus dans le domaine de la suicidologie opposés à la mise en œuvre de la Stratégie
- une perception partagée par la DRASS et le milieu hospitalier reconnu dans le domaine du manque de pertinence de la Stratégie Nationale
- un manque de légitimité de la DRASS pour imposer au milieu hospitalier la mise en œuvre de certaines actions, faute de moyens financiers
- Une absence de priorité posée autour de la problématique de la prévention du suicide par la DRASS.

En 2005, le nouveau référent suicide, fortement appuyé par la DAP, a su mettre en œuvre une des actions de la Stratégie dans le secteur particulier du milieu pénitentiaire.

Déclinaison de la Stratégie Nationale d'actions face au suicide en Limousin

Juin 2006

Personnes rencontrées

- Dr Ferial, Médecin inspecteur à la DRASS, Référent suicide
- Mme Lefevre Schmit, URCAM limousin, membre du comité de pilotage stratégique
- Dr Therme, formateur, psychiatre au service de liaison du CHU de Limoges
- Dr Dolladile, Médecin inspecteur, Inspection académique de la Haute Vienne
- Mme Ventenat, Responsable de la prévention à la Mutualité française de la Haute Vienne
- Dr Jacquet, Médecin, Membre de l'URML
- Dr Herrmann, psychiatre au service du CHU de Limoges
- Dr Lathelise-Delhoume, ancien correspondant régional de l'ANAES pour les audits
- Mme Lévêque, chargé de mission à l'ARH du Limousin

Documents consultés

- CEDREIPS, *Bilan du programme pluridisciplinaire de formation 2001-2002*, 2002
- CEDREIPS, *Evaluation du programme triennal de formation 2002-2004*, 2005
- Comptes-rendus des réunions du comité de pilotage régional stratégique « prévention suicide », 2003-2006
- INSSEE, *La population âgée en Limousin*, 2005
- ORS, *Bilan des différentes modalités de prise en charge des suicidants en Limousin*, 1999
- ORS, *Le suicide en Limousin*, 2000
- Projet de PRSP du Limousin 2004-2008
- Therme J-F, *Bilan des sessions de formation pluridisciplinaire « au repérage des signes de la crise suicidaire »*, novembre 2002

Le contexte régional

Situation démographique et socio-économique du territoire

- Près de 50 % de la population vit dans une commune à dominante rurale.
- Une population régionale en baisse surtout dans les espaces ruraux.

- Un Produit Intérieur Brut qui place la région au 19ème rang des 22 régions de France métropolitaine.
- Un taux de chômage inférieur à la moyenne nationale depuis 1990 : depuis 1997, on observe une baisse régulière du taux de chômage qui atteint 8,3 % de la population active en 1999
- Un nombre élevé de personnes âgées de plus de 60 ans : environ 200 000 personnes, soit plus de 28% de la population régionale (20% pour la France).

Épidémiologie du suicide sur le territoire

A structure d'âge équivalente, il existe une surmortalité par suicide en région Limousin par rapport à la moyenne nationale et ce tant pour les hommes que pour les femmes.

Le nombre de tentatives de suicide était estimé à 2250 en 2004 alors que cette estimation était de 1915 pour l'année 1997, soit une augmentation de plus de 17%.

Les décès par suicide touchent en moyenne, chaque année, 175 personnes, majoritairement des hommes (73%). Les taux de mortalité par suicide augmentent avec l'âge. Cependant, la part de mortalité par suicide dans la mortalité générale est beaucoup plus importante chez les jeunes : 15,9% chez les 15-34 ans contre 1,3% chez les plus de 65 ans. Le taux de tentatives de suicide le plus élevé a été enregistré en Corrèze avec 38,9 tentatives de suicide pour 10 000 habitants de 20 ans ou plus (chiffre de 1997). Les tentatives de suicide concernent les femmes dans 2 cas sur 3 et sont beaucoup plus fréquentes avant 45 ans.

Historique

Il n'existait pas de PRS suicide en Limousin avant la mise en place de la Stratégie, le suicide n'ayant pas été considéré comme une priorité régionale par la conférence régionale de santé de 1996.

Toutefois, des actions de prévention du suicide étaient déjà menées. Il existait notamment des lieux d'accueil et d'écoute, des services d'écoute téléphonique, et des actions d'information et de formation d'adultes et de professionnels. Ainsi, les associations régionales, membres de l'Union nationale de prévention du suicide (UNPS), « SOS amitiés Limousin » et « Recherches & Rencontres » s'étaient déjà mobilisées sur ce thème, en particulier à l'occasion des journées nationales pour la prévention du suicide.

Pour sa part, la Mutualité française a commencé à concevoir des formations sur ce thème avant la mise en place de la Stratégie au niveau régional.

Deux études⁹ sur le suicide ont été réalisées en 1999 par l'ORS Limosin. Elles ont été financées par les CPAM et les Mutualités des trois départements, la Mutualité sociale agricole de Corrèze, la DDASS de Corrèze et la DRASS Limousin.

À partir de 2001, des actions prioritaires nationales ont été mises en place dans le cadre de la Stratégie Nationale d'actions face au suicide, et des actions régionales de prévention ont été impulsées et coordonnées.

⁹ ORS, *Bilan des différentes modalités de prise en charge des suicidants en Limousin*, 1999 ; ORS, *Le suicide en Limousin*, 2000

Les réalisations dans le cadre de la Stratégie nationale

Dix-neuf actions sur le thème de la prévention du suicide étaient recensées pour la période 2000 - 2004. Ces actions se répartissent de la manière suivante.

Les actions prioritaires nationales

Les formations pluridisciplinaires au repérage de la crise suicidaire

Trois types de formations différents ont été mis en place dans le cadre de la Stratégie et financés par des Crédits DRASS pour un budget total de 36 887 € (période 2000 -2004). Parallèlement une action de formation a été menée par la Mutualité Française. Elle a été financée par des Crédits Mutualité, des Crédits FNPEIS et des Crédits FAQSV (13 184 €).

On peut donc différencier 4 types de formations avec des contenus différents :

Les formations pluridisciplinaires « DGS »

- un binôme de formation a été formé en 2002, et en 2004, deux nouveaux binômes ont été formés dont un pour le milieu carcéral
- trois sessions de formations en 2002 ont concerné 46 personnes
- deux sessions en 2003 ont réuni 35 participants
- une réunion de « capitalisation » en 2003 a concerné 53 des personnes formées

Les formations « FMC » dérivées des formations « DGS »

- une offre de formation spécifique (deux modules de 2h 30 environ à un mois d'intervalle) a été mise en place ;
- trois sessions de formations ont été organisées par trois FMC en 2004 (deux en Haute Vienne et deux en Corrèze) et ont touché 65 généralistes ;
- deux sessions ont été organisées en Haute Vienne en 2005 qui ont touché une trentaine de généralistes ;
- pour l'année 2006, trois sessions de formations, soit une par département, ont été programmées.

Les formations en milieu carcéral

- un binôme de formateur spécifique « milieu carcéral » a été formé au niveau national ;
- quatre sessions de formations ont pu être organisées en 2005 pour un total de 42 participants
- deux sessions sont programmées en 2006.

Les formations Mutualités françaises (hors stratégie) :

- trois modules d'une journée et demi chacun soit quatre jours au total en 2002 ont concerné 50 personnes

Les audits cliniques

Les audits cliniques ANAES ont été lancés en Limousin dès l'année 2000. Onze établissements de santé ont participé à l'ensemble du premier tour d'audit, parmi lesquels sept ont participé au deuxième tour.

L'annuaire régional

Le projet d'annuaire régional n'a pas abouti en Limousin.

Les actions régionales

Les actions régionales de prévention du suicide peuvent se classer selon les 4 axes de la Stratégie Nationale d'actions face au suicide.

AXE I Favoriser la prévention par un dépistage accru des risques suicidaires

- 3 actions relatives à la mise en place de structures d'écoutes financées par des crédits PRAPS et FNPEIS ont été recensées

AXE III Améliorer la prise en charge : 5 actions

- Un Schéma Régional d'Organisation Sanitaire psychiatrie financé par l'ARH (480 000 €) a été considéré comme une action relevant de l'amélioration de la prise en charge des suicidants.
- Deux actions relatives à la prévention primaire et à l'éducation pour la santé ont été réalisées
 - une action de prévention du mal être des lycéens de la commune de St Léonard financé par le FNPEIS,
 - une formation-action mise en place par la Mutualité et financées par des crédits DRASS, FNPEIS et Mutualité.

AXE IV Améliorer la connaissance : 5 actions

- Deux actions relatives à la connaissance de la situation épidémiologique ont été réalisées :
 - deux études ont été menées par l'ORS sur la situation épidémiologique et la prise en charge des jeunes suicidant en Limousin (CF. supra)
 - une enquête sociologique menée dans le cadre de l'élaboration du PRS lien social.
- Deux actions relatives à l'amélioration de la perception du public :
 - organisation d'une pièce de Théâtre,
 - débat à l'occasion des JNPS 2002-2003 organisé par l'association SOS Amitiés et financé par des crédits DRASS et FNPEIS.

Financements

Pour 2000-2004, les actions de prévention sont financées par les crédits suivants :

- Crédits Etat : ligne 39-01 436 747 €,
dont 36 887 € pour les formations (actions nationales prioritaires),
- FNPEIS 151 709 €
- Crédits ARH dans le cadre du SROS 2 1999 – 2004 : 480 000 €
- Crédits de la Mutualité Française 87 071 €
- Crédits FAQSV 13 184 €

Total des financements : 1 155 527 €

On remarque que les financements sur crédits d'Etat sont dédiés uniquement aux formations et disposent donc d'une enveloppe beaucoup moins importante que les actions régionales (hors Stratégie). En effet, ces dernières financent, par l'intermédiaire du PRAPS notamment, des frais de personnel et de fonctionnement d'organismes comme les points d'accueil et les services d'écoute téléphonique. Ces actions ne correspondent pas toujours directement à la thématique de prévention du suicide qui constitue alors un aspect transversal. C'est notamment le cas en ce qui concerne les crédits ARH principalement consacrés au financement d'un poste de PH et de deux postes d'IDE aux Urgences du CHU, postes qui ont été créés sur des bases réglementaire ancienne qui ne sont pas directement en lien avec la prévention du suicide.

La mise en œuvre des actions

Mise en place d'une structure de pilotage et de suivi

Fonctionnement du « Comité de pilotage régional stratégique Prévention suicide » (COPIL)

Le référent suicide, Médecin inspecteur à la DRASS, a été nommé en 2000 suite au lancement de la Stratégie. Il a initié la mise en place des formations demandées par la DGS, il a également soutenu la mise en place de formations par la Mutualité et il a rencontré les associations de l'UNPS. Ces actions ont commencé à se mettre en place en tenant compte des conclusions de l'étude menée en 1998-1999 par l'ORS : « Bilan des différentes modalités de prise en charge des suicidants en Limousin ».

Progressivement, le référent a ressenti le besoin de fédérer l'ensemble des acteurs avec lesquels il coopère sur le thème de la prévention du suicide. En mars 2003, il a mis en place un « Comité régional de pilotage stratégique Prévention suicide ». Le référent a volontairement donné à ce comité un positionnement « stratégique » de conception et de suivi des actions en réunissant les acteurs et institutions ayant un rôle clé sur cette thématique. Ont également été invités à participer au comité des institutions qui n'étaient pas encore partenaires mais susceptibles de le devenir, comme les collectivités territoriales.

Le comité est composé de représentants de l'Education nationale (Inspection académique de la Haute Vienne), du Centre Hospitalier d'Esquirol, du Centre hospitalier universitaire, de l'association SOS Amitiés, de l'ARH, de l'URML, de l'URCAM, des DDASS, de la Mutualité française, de la Maison d'arrêt de Limoges et du CODES de la Creuse (dont le représentant est par ailleurs membre du groupe de pilotage du PRS « Lien social »).

Ce comité se réunit deux fois par an, il conçoit et impulse les actions de prévention du suicide au niveau régional et assure le lien entre les différents programmes régionaux de la DRASS et la priorité « suicide » intégrée au SROS. Des sous-groupes de travail sur des thématiques particulières se sont mis en place suite à la première réunion du comité :

- Un groupe « répertoire » réunissait des représentants de la Mutualité française, de l'unité psychiatrique du CHU et de la DRASS. Ce groupe avait pour objectif de réaliser un ou plusieurs répertoire(s) recensant les acteurs de la prévention et de la prise en charge du suicide en Limousin
- Un groupe « Formations » réunissait des représentants du CHU, de l'URML, de l'Education nationale, de l'URCAM, de la Mutualité française, de l'Administration pénitentiaire et de la DRASS. Ce groupe avait pour objectif d'étudier les besoins et les modalités de formation.
- Un groupe « Agir », réunissait des représentants du CHS, de l'URML, de l'Education nationale et de l'ANAES. Ce groupe avait pour objectif d'étudier l'utilité de la réalisation d'une échelle d'indicateurs.

Evolution du rôle du COPIL

Ces groupes ont progressivement réduit leurs activités, les actions dont ils étaient porteurs étant arrivées à leur terme. Aujourd'hui, seul le groupe relatif aux formations est toujours actif et un nouveau groupe est en passe de se constituer pour réaliser une étude sur l'usage de la prescription des psychotropes par les médecins généralistes auprès des personnes ayant fait des tentatives de suicide. Ce groupe est composé d'un représentant de la DRASS, de deux psychiatres et d'un médecin représentant l'URML.

Avec la mise en place de la nouvelle loi de santé publique, et dans le cadre du dispositif d'élaboration du PRSP, il est demandé au comité de jouer le rôle d'un groupe thématique sur les thèmes relatifs à la dépression et au suicide (CR du 22 novembre 2005). Ce rôle consiste à valider les pages « actions » (ou objectifs) de l'avant-projet de PRSP relatives à ces deux thématiques et à étudier les types d'actions à concevoir pour répondre à ces objectifs.

Mise en œuvre des actions prioritaires nationales

Formations

Les formations « DGS »

Suite à la circulaire portant sur la Stratégie de juillet 2001, le référent a identifié les personnes du secteur hospitalo-universitaire pour suivre les formations de formateurs. Il s'est adressé au directeur du service de psychiatrie adulte du CHS Esquirol, qui « a désigné deux volontaires » pour suivre ces formations : un psychiatre universitaire et un psychologue.

Les formations DGS sont organisées par le service de psychiatrie du CHS Esquirol qui reçoit les financements de la DRASS. Les formations régionales s'organisent de la façon suivante :

1. le CHS Esquirol envoie une demande prévisionnelle de subvention en début d'année en fonction du nombre de sessions de formation qu'il prévoit de dispenser ;
2. la DRASS verse les crédits ;
3. les sessions locales de formation sont organisées par le CHS (envoi d'une affiche et de bulletins d'inscription aux institutions concernées, inscription des participants, réservation de salle et location de matériel de vidéo projection) ;
4. la DRASS réunit le COPIL incluant l'ensemble des formateurs régionaux qui présentent le bilan de leurs activités.

Trois sessions de formations organisées en 2002 ont touché 46 personnes. Ces sessions de formation ont généré des demandes de la part des établissements de santé et des missions locales qui ont permis l'organisation de deux nouvelles sessions de formation en 2003 qui ont réunis 35 participants. Elles ont été financées sur le reliquat de subvention versé en 2002 au CHS Esquirol.

Une réunion a été organisée avec l'ensemble des personnes formées en octobre 2003. Cette réunion a mobilisé 53 personnes. A cette occasion, la politique régionale a été présentée aux participants et il a été décidé de constituer des groupes départementaux de travail et d'échange ayant pour but d'aider les personnes formées à être des personnes ressources dans leurs organisations et de proposer à leurs collègues et partenaires de suivre cette formation. L'idée d'une rencontre annuelle régionale de restitution des activités départementales a également été émise. Mais les groupes départementaux ne se sont pas concrétisés et il n'y pas eu d'autres réunions des personnes ressources ayant suivi les formations.

Mobilisation des médecins généralistes autour des formations « FMC »

Partant du constat de la faible participation des médecins généralistes aux formations Mutualités, le groupe de travail « Formation » a entamé une réflexion approfondie sur la manière de mobiliser les généralistes dans le cadre des formations DGS. Le groupe a élaboré une offre de formation spécifique (2 modules de 2h 30 environ à un mois d'intervalle) proposée aux associations cantonales de formation médicale continue. Afin de communiquer sur cette offre de formation, un dispositif de lancement a été conçu sous la forme d'une conférence inaugurale abordant la thématique du suicide par une approche socio-anthropologique.

Cette conférence s'est tenue lors de la journée nationale de prévention du suicide du 12 février 2004 et a été organisée avec le concours des associations du Limousin adhérentes à l'UNPS : SOS Amitiés Limousin et l'association Recherches et Rencontres. C'est au travers de l'organisation de cette conférence que ces associations ont pris pleinement leur place au sein du comité régional.

La conférence a réuni 164 personnes, dont 56 médecins parmi lesquels on comptait 25 libéraux. Elle a permis de sensibiliser les personnes présentes à la thématique du suicide et de présenter l'offre de formation destinée aux médecins généralistes.

L'offre de formation soumise aux FMC aboutit à la réalisation de trois sessions de formations organisées par trois FMC en 2004 (2 en haute Vienne et 1 en Corrèze) qui ont touché 65

généralistes, 2 sessions ont été organisées en Haute Vienne en 2005 qui ont touché une trentaine de généralistes. Pour l'année 2006, trois sessions de formations, soit une par département ont été programmées.

Dans ce cadre la DRASS ne finance que la rémunération des formateurs, la logistique étant assurée par les FMC.

Formations en milieu carcéral

Suite au constat de non-réponse des établissements pénitentiaires de la région à l'appel d'offre des formations régionales 2002 et aux instructions émanant du ministère, le référent suicide est entré en relation avec les services régionaux de l'administration pénitentiaire. Le référent a ainsi marqué sa volonté de faire aboutir le projet. Une réunion régionale a été organisée en juillet 2003 qui a réuni des représentants des Etablissements pénitentiaires, des UCSA, des SPIP, des DDASS et de la DRASS ainsi que les formateurs régionaux. Cette réunion a débouché sur l'idée de passer par l'unité locale de formation continue pénitentiaire du centre de détention d'Uzerche et de préparer une offre spécifique de formation pour le personnel pénitentiaire. Cependant, cela n'a pas permis de mettre directement en place des formations pour ce personnel, mais le contact a été pris avec le milieu carcéral avec la volonté du référent d'anticiper sur les futures orientations du ministère au moment où le professeur Terra réalisait son étude sur le suicide en milieu pénitentiaire.

La circulaire santé/justice de 2004 a permis la mise en place effective de ces formations. Un binôme de formateur spécifique « milieu carcéral » a été formé au niveau national et 4 sessions de formations ont pu être organisées en 2005 pour un total de 42 participants et 2 sessions sont programmées en 2006. Le recrutement des personnes formées a été possible parce que les formations ont été rendues obligatoires.

L'unité locale de formation continue pénitentiaire du centre de détention d'Uzerche organise ces formations (recrutement et logistique), la DRASS ne finançant que la rémunération des formateurs.

Formations Mutualités françaises (hors stratégie)

Ces formations ont été organisées suite à une commande nationale de la Mutualité française de 2001 qui traduisait une volonté de répondre à une priorité nationale, elles concernaient plus précisément le suicide chez les jeunes. Ces formations ont été réalisées dans le cadre de son programme régional de promotion de la santé en partenariat avec la DRASS, l'URCAM et l'URML, et réalisées par le CEDREIPS¹⁰.

La première phase de ces formations s'est déroulée de février à octobre 2002. Elles ont pris la forme de trois modules d'une journée et demie chacun, soit quatre jours et demi au total. Elles se sont déroulées dans les trois départements de la région. L'implication des responsables de l'Education Nationale, des UTA, des Missions Locales et de la DDASS a permis de recruter des personnels de ces structures, principalement des Infirmières de l'Education nationale, des travailleurs sociaux et des psychologues. De même, le partenariat avec l'URML avait pour objectif de mobiliser les médecins généralistes qui étaient finalement au nombre de cinq pour un total de 50 participants.

¹⁰ Cabinet d'expertise et de développement des ressources en éducation, insertion et promotion de la santé

La formation abordait aussi bien les questions de prévention primaire, de repérage et de prise en charge des suicidants. Elle devait également déboucher sur des pistes et des outils pour que les participants puissent travailler en commun.

La deuxième phase de ce programme correspondait à la mise en place formations actions :

- un premier module de formation en 2003 portant sur l'éducation à la santé et la prévention du mal être des jeunes étalé sur 5 jours,
- un module complémentaire sur les groupes de parole en éducation à la santé.

Le programme comprenait également un soutien méthodologique à 13 actions d'éducation pour la santé impliquant 13 établissements scolaires certains établissement s'étant associés avec un centre social, un foyer rural, une Maison des jeunes et un point écoute jeunes. Sur ces 13 actions, deux n'ont pas abouti.

Enfin, le programme s'est achevé par une évaluation et une journée de restitution des résultats et de discussion sur les perspectives ouvertes.

Actuellement, la Mutualité française n'organise plus d'action sur le thème du suicide notamment du fait que les orientations nationales et les priorités régionales en matière de prévention ont changé. Cependant, le représentant de la Mutualité française du Limousin reste impliqué dans le comité de pilotage même si sa participation c'est faite moins assidue.

Audits cliniques

Des audits cliniques expérimentaux sont lancés au mois de mai 2000 suite à la demande de l'HAS. Le correspondant régional ANAES a assuré la coordination et la communication entre l'ANAES, la DRASS et l'ARH.

Les audits se sont déroulés de la façon suivante :

Lors d'un premier tour ont eu lieu :

- une réunion de formation à l'audit clinique avec la participation de 13 Etablissements de santé (ES) qui se sont engagés dans la démarche,
- le recueil des données durant le mois de juin,
- la réunion des médecins coordonnateurs de 11 ES pour restitution de cette première partie et organisation de la seconde partie des audits ;
- la rencontre régionale DRASS / ARH / ANAES pour restitution des résultats de la première évaluation en Janvier 2002

Un deuxième tour des audits cliniques s'est déroulé en septembre 2002 auquel 7 ES ont participé.

Annuaire

Un groupe de travail a été mis en place sur ce thème dès la première réunion du COPIL. L'organisation de la rencontre d'octobre 2003 avec les personnes ayant suivi les formations avait également pour but de traiter cette question qui devait être prise en charge dans le cadre des groupes départementaux. Cela n'a pas abouti notamment du fait de la non concrétisation des groupes départementaux, des problèmes d'actualisation que pose ce type d'outils et parce que certains participants n'étaient pas convaincu de son utilité.

Difficultés rencontrées

Le référent a rencontré des problèmes récurrents d'ordre relationnel au sein des binômes réunissant psychiatre et psychologue qui ne se connaissent pas, problèmes qu'il attribue au « corporatisme » des deux professions.

Le référent pointe également les difficultés à mettre en œuvre des obligations venant du niveau national qui nécessitent la mobilisation de porteurs de projet locaux. En effet, il est nécessaire pour cela de disposer de partenaires ayant les capacités de répondre aux besoins de ce type de projet, prêts à s'investir de manière pérenne et ayant les moyens humains pour le faire. Le partenariat sur les formations avec le service de psychiatrie adulte du CHS Esquirol pose problème sur ce point, dans la mesure où il n'est pas habitué aux tâches administratives et logistiques que cela suppose.

Les intervenants ont par ailleurs eu de grandes difficultés à recevoir leur rémunération pour les formations organisées en 2003 avec la subvention DRASS utilisée par le CHS à d'autres fins (le référent souhaiterait à l'avenir pouvoir payer directement les factures).

Mise en œuvre des actions régionales de prévention du suicide

Le comité de pilotage met en place un travail méthodologique important autour des actions régionales de prévention du suicide. Il prépare en amont le travail de dépouillement de l'appel d'offre commun URCAM (FNPEIS) DRASS (Bop SPP 204) sur la prévention pour les projets relatifs au suicide. Par conséquent ces projets sont très rarement remis en cause.

Parallèlement, les SROS 2 et 3 intègrent une priorité sur le suicide. Dans ce cadre, le SROS 3 qui s'étend de 2006 à 2011 prévoit notamment la construction de systèmes d'information devant prendre la forme d'un recueil régional des données des services d'urgence, relatives aux tentatives de suicide et suicides. De même, l'importance des formations au dépistage de la crise suicidaire est inscrite dans le SROS.

Analyse des effets du dispositif

L'impulsion d'une politique régionale

La mise en place de la Stratégie a permis une véritable impulsion d'une politique régionale de prévention du suicide. Des actions étaient menées par différents acteurs (associations, Education nationale, Mutualité française...) sans qu'il y ait une véritable cohérence. La Stratégie en mettant en place un référent, bien implanté sur le territoire (de nombreux acteurs ont affirmé l'avoir déjà côtoyé sur d'autres problématiques) et dont la forte implication est reconnue par tous les acteurs, a permis de coordonner ces actions jusque-là menées en ordre dispersé.

Cette coordination s'est faite progressivement et la mise en place des formations ayant vocation à toucher l'ensemble des acteurs de la prévention du suicide a été en quelque sorte le fil conducteur menant à la création du COPIL. Ce COPIL permettant d'avoir une vue d'ensemble sur tous les acteurs et actions de prévention du suicide a permis de les mettre en cohérence. Ainsi, dans le cadre de l'appel d'offre régional commun DRASS-URCAM sur la

prévention, la coordination, la préparation méthodologique, et la sélection des projets sur la prévention du suicide se fait en amont au sein du COPIL et prennent en compte les priorités nationales de la Stratégie. De fait, ces projets sont très peu remis en cause. De même, l'expérience de la Mutualité française en termes de formation des médecins généralistes a permis au COPIL de se saisir très tôt et de manière approfondis de cette problématique. Enfin, la collaboration entre l'ARH et la DRASS sur le plan de santé mentale et l'inscription du suicide comme priorité du SROS permet d'assurer l'interface avec la politique régionale en matière d'hospitalisation.

La mobilisation des acteurs

La nomination d'un référent suicide et son implication reconnue a permis de mobiliser des acteurs qui n'étaient pas impliqués notamment au travers de leur participation au comité de pilotage. Cette mobilisation s'est traduite par la mise en place de groupes de travail qui se sont réunis régulièrement.

La promotion, l'organisation et le suivi des formations a donné lieu à plusieurs rencontres régionales réunissant de nombreux acteurs : réunion des personnes formées d'octobre 2003, la conférence de février 2004 ayant pour but de mobiliser les généralistes. Les FMC ont ainsi pu être mobilisées sur ce thème par l'intermédiaire de l'implication de l'URML dans le COPIL.

En revanche, pérenniser la mobilisation de certains acteurs est une difficulté : ainsi par exemple, la Mutualité française s'est-elle désengagée au bout de 5 ans. Le travail de renseignement des indicateurs de résultats qui n'évoluent qu'à long terme devient problématique si la mobilisation des acteurs ne se fait pas à long terme.

La mobilisation des médecins généralistes

Les médecins généralistes ont participé à la mise en œuvre de la Stratégie Nationale à travers l'implication de l'URML, considérée comme structurée et légitime parmi les médecins généralistes.

Une action spécifique a été conçue pour permettre aux généralistes de suivre les formations au repérage de la crise suicidaire et ils ont fortement participé (une centaine ont demandé la formation).

La conception de cette action a été possible grâce à

- l'implication de l'URML, structure légitime
- la mobilisation d'une partie du comité de pilotage autour d'un groupe « formations » et l'animation
- la mobilisation des structures de FMC autour d'une conférence en février 2004,
- l'intégration de la formation au sein d'une formation de FMC,
- l'adaptation de la formation aux contraintes des généralistes : format de deux fois 2,5 heures de formation, le soir, mais non rémunéré.

La mise en réseau des professionnels

Le Comité de pilotage a permis d'initier un dialogue entre personnels médicaux, personnels associatifs et sociaux et personnels de l'éducation. Le travail en commun a été difficile au début, mais un véritable dialogue a pu s'instaurer progressivement du fait de la régularité et de la continuité du travail du COPIL. Les réunions du COPIL et les actions mises en place ont permis de mettre en relation des réseaux déjà très structurés comme celui des FMC et celui de la psychiatrie. Elles ont aussi été l'occasion de coordonner les différentes actions menées par la DRASS, notamment en faisant le lien avec le PRS « Lien social ». Les acteurs soulignent le fait que le Limousin étant une petite région, les acteurs se connaissent déjà, ce qui facilite leur mise en relation sur la thématique du suicide.

La mise en réseau a donc été effective au niveau régional, mais n'a pas vraiment débouché au niveau départemental. Ce que montre le projet de répertoire qui a suscité une certaine mobilisation, notamment des personnes formées, mais qui n'a pas abouti (voir supra). Il semble que la simple mise en réseau sans objectifs définis et actions concrètes ne suffise pas. En effet, sur l'idée de réseau « au début tout le monde est d'accord », mais la mobilisation s'essouffle rapidement quand il n'y a pas de responsable ayant les moyens d'animer ce réseau autour d'un véritable projet.

Les acteurs régionaux soulignent la difficulté de mobiliser et de coordonner les échelons départementaux notamment, les DDASS et les CPAM. L'un d'eux a même affirmé avoir pris connaissance de la mise en place d'actions locales par la presse, preuve que les informations ne transitent pas forcément par les circuits internes. L'absence de référents ayant de véritables moyens humains, dans les DDASS notamment, expliquent en partie ces difficultés.

La pérennisation des actions

La mobilisation des acteurs a été très forte au début, mais la pérennisation des actions et de l'instance de pilotage s'avère difficile. Ces difficultés se traduisent par la disparition des groupes de travaux thématiques qui relayaient le COPIL, le non aboutissement des réunions et du travail sur les répertoires au niveau départemental.

La continuité des actions de formations permet cependant une véritable pérennisation du COPIL et du travail en partenariat avec les différents acteurs impliqués. La programmation des formations est ainsi reconduite annuellement au sein des FMC, de l'administration pénitentiaire et par le biais du service de psychiatrie du CHS Esquirol. La véritable problématique en termes de pérennisation repose donc plutôt sur l'après formation. Les « personnes ressources » étant de fait prêtes à se mobiliser à l'issue des formations, mais l'absence de cadre précis et d'action concrète à mettre en place rend difficile le prolongement de leur investissement dans le temps.

Enfin, la pérennisation du COPIL passe aujourd'hui par le rôle qu'il joue dans le cadre de l'élaboration du PRSP, qui lui offre l'opportunité d'effectuer un véritable travail de programmation intégré et coordonné avec le reste de la programmation régionale.

Les populations ciblées

Les orientations de la Stratégie nationale a influencé les types de populations ciblées, puisqu'en Limousin, la Stratégie a véritablement contribué à mobiliser les acteurs autour de la Stratégie.

Les actions ont dans une premier temps ciblé un public large. Le comité de pilotage a ensuite anticipé le besoin du milieu pénitentiaire dans ce domaine, ainsi que les besoins des personnes âgées.

L'amélioration des compétences

L'utilité des formations est reconnue par l'ensemble des acteurs concernés, à leurs yeux elles permettent d'effectuer autant un meilleur repérage et une meilleure prise en charge des personnes suicidaires.

Pour les formateurs, le principal effet positif de ces formations est d'avoir rompu la peur et la solitude qu'ils ressentaient face au risque suicidaire. Tout d'abord, elles ont permis de libérer la parole autour de l'acte suicidaire. Les personnes formées ont pu échanger sur leurs expériences, alors qu'elles ont très rarement l'occasion de le faire dans d'autres cadres. Ces formations ont en quelque sorte rempli une fonction de groupes de paroles pour les participants et leur a permis de sortir de l'isolement qu'elles ont pu ressentir face à ce type de problème. De même, suite à la formation, les « personnes ressources » n'hésitent plus à parler du suicide avec une personne présentant des risques suicidaires, ce qui leur permet d'effectuer un véritable repérage. Les formations, notamment au travers des jeux de rôle, leur ont appris beaucoup au niveau du « savoir être » : de la manière d'aborder des envies suicidaires et de gérer l'expression de ces envies.

Certaines personnes ont ainsi pu repérer des crises suicidaires dans des cas qu'ils n'auraient pas soupçonnés s'ils n'avaient pas abordé le sujet avec la personne. Dans ces cas, ils ont pu alors mieux évaluer les risques et orienter les personnes qui en avaient besoin vers une prise en charge hospitalière.

Les formations leur ont également offert une meilleure lisibilité du réseau de la psychiatrie de secteur : ils ont ainsi acquis des repères géographiques et professionnels et peuvent mieux orienter. Ils se sentent ainsi moins dépourvus une fois qu'ils ont repéré une personne présentant des risques et ils savent ce qu'ils peuvent attendre des différents types de prise en charge. Cependant, les personnes hésitent à orienter vers les services de psychiatrie tels que les CMP du fait des représentations que se fait la population de ces consultations. Pour certains, elles devraient pouvoir avoir lieu dans d'autres locaux.

Pour les médecins généralistes en particulier, les formations organisées dans le cadre des FMC ont permis de les rapprocher de la santé publique, avec le sentiment que la DGS cherche à apporter des réponses à leurs problèmes. De plus, au niveau de l'organisation, ces formations permettent d'avoir des financements clairs et de garantir l'indépendance des FMC vis-à-vis des laboratoires pharmaceutiques et, notamment, de sortir d'une approche trop médicalisée de la prise en charge.

Enfin, le représentant de l'URML insiste sur le levier de mobilisation des médecins généralistes que constitue l'intégration de ces formations dans le cadre de l'évaluation des

pratiques professionnelles qui leur permet d'avoir une véritable reconnaissance de leurs compétences validées sur la base d'un référentiel clair.

L'amélioration de la prise en charge hospitalière

Les deux tours d'audits ont permis la prise en compte des recommandations : dans les 7 établissements concernés, les 15 critères d'évaluation ont évolué de manière très positive.

Le service des urgences du CHU a été réorganisé en 2001 avec la création de 2 postes de psychiatres. Avant cette réorganisation, un seul psychiatre assurait à la fois les urgences psychiatriques et la liaison. Cette réorganisation¹¹, qui a eu lieu parallèlement à l'audit, a pris en compte les recommandations et a permis un bond quantitatif dans le nombre de demandes traitées qui sont passées de 120 par mois à 600. Cette réorganisation a également permis un traitement plus rapide des patients et une coopération jusqu'alors inexistantes entre les médecins urgentistes et les psychiatres des urgences. Les audits ont ainsi contribué à un changement des mentalités dans le milieu hospitalier.

Les audits ont permis une nette amélioration de la prise en charge des suicidants en particulier en ce qui concerne la sortie de l'hôpital et la continuité des soins. Cette amélioration se traduit par un courrier systématique au médecin traitant, des échanges avec la famille et une meilleure évaluation médico-sociale, notamment avec l'intervention de l'assistance sociale. De plus, ses éléments relatifs à la continuité de la prise en charge hôpital-domicile sont inscrits dans le SROS 3. Ceci démontre que la problématique du suicide a bien été intégrée à la politique régionale en matière d'hospitalisation.

Cinq établissements effectuent actuellement des audits portant sur la prise en charge des suicidants selon la nouvelle méthodologie (plus ciblée sur un des trois aspects : arrivée/traitement/sortie). Ils ont choisi eux-mêmes cette thématique, preuve que l'audit sur la prise en charge des suicidants est toujours un besoin.

Conclusions

L'analyse de la mise en place des actions dans cette région apporte des enseignements sur l'importance de l'implication du référent DRASS notamment en termes de coordination et de mise en réseau. En effet, c'est la démarche volontaire du référent DRASS qui a permis de mettre en relation les acteurs.

Par ailleurs l'analyse de la situation en Limousin fait apparaître que, dans cette région, les formations constituent le principal levier d'action et de mobilisation : elles ont permis la mise en place d'un processus continu de travail fédérant ces acteurs.

L'analyse de la mise en place des formations conduit à deux constats :

- tout d'abord, la difficulté de trouver un organisme porteur capable de bien gérer les aspects administratifs et logistiques
- et, ensuite, l'efficacité de la mobilisation des médecins généralistes par le biais des FMC.

¹¹ Ce n'est pas la Stratégie qui est directement à l'origine de cette réorganisation mais la circulaire de 1992 qui prévoit la présence permanente d'un psychiatre au service des urgences.

Enfin, cette étude de cas permet également d'illustrer en quoi la pérennisation des actions mises en place passe par la proposition de nouvelles actions aux « personnes ressources », dans le prolongement des formations, d'une part et, d'autre part, par l'intégration de l'instance de coordination dans le nouveau cadre régional que constitue le PRSP.

Déclinaison de la Stratégie Nationale d'actions face au suicide en Bourgogne

Septembre 2006

Personnes rencontrées

- Mme Desbois, Infirmière de santé publique cadre B, arrivée en 2001, nommée Référent DRASS suite au départ de Mme Mehay
- M. De la Roque la tour, coordinateur des réseaux de santé de Côte d'Or associant la psychiatrie (Réseau 21)
- Dr. Besse, formateur, psychiatre au service des urgences du CHU de Dijon
- Dr. Dalle, formateur, psychiatre au SMPR de Dijon (Maison d'arrêt)
- Dr. Millot, Médecin de Santé publique à l'ORS et au CORES de Bourgogne
- Mme Mehay, anciennement inspectrice à la DRASS et coordinatrice du PRS suicide
- Dr. Boivin, médecin inspecteur au rectorat
- M. Jaffre, secrétaire général de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH)

Documents consultés

- INSEE Bourgogne, *Mesurer la pauvreté en Bourgogne*, Octobre 2004
- Mission régionale de santé, *Maintenir et installer les professionnels de santé sur notre territoire, La Bourgogne se mobilise dans 19 zones déficitaires*, Dossier de presse, Septembre 2005
- ORS, *Suicides et tentatives de suicides en Bourgogne*, Février 2001
- ORS, *Evaluation du programme régional de santé « Prévention du suicide et de la tentative de suicide en Bourgogne »*, Décembre 2003

Contexte

Situation démographique et socio-économique du territoire

La Bourgogne comptait 1 610 000 habitants en 1999, dont 33% vivait dans des communes à dominantes rurales. Le peuplement est peu dense (51 habitants par km²) et inégalement réparti.

Depuis 1990, le déséquilibre démographique s'est accentué entre la Bourgogne et les régions dominantes qui l'encadrent (Ile-de-France et Rhône-Alpes). Cela traduit un vieillissement de la population, la région attire en effet davantage les retraités que les jeunes ménages : 25% a 60 ans ou plus contre 21% en moyenne en France

La situation du marché du travail bourguignon est légèrement plus favorable que dans l'ensemble du pays ; entre 1990 et 2000 le taux de chômage dans la région est régulièrement en dessous du taux moyen de la métropole (entre ½ et 1 point de moins).

Le cumul des difficultés se retrouve principalement dans les villes, à l'exception de Beaune et de Dijon, avec 20 000 Bourguignons sont au chômage depuis 12 mois ou plus en 2002, ce qui représente en moyenne 31% des demandeurs. Mais les cantons ruraux, situés dans la Nièvre, l'Yonne, l'ouest de la Côte d'Or et la Bresse présentent également des fragilités.

Caractéristiques de la démographie médicale

La Bourgogne est moins bien dotée en professionnels de santé libéraux qu'en moyenne en France : 104 médecins pour 100 000 habitants en moyenne contre 114 en métropole. Dix neuf zones sont reconnues déficitaires en médecins généralistes par la Mission régionale de santé, soit 20 % du territoire.

On dénombre 100 établissements de santé, dont 20 possèdent un site d'urgence. La démographie médicale et paramédicale est inquiétante : 150 postes de praticiens hospitaliers (PH) et 500 postes d'infirmières diplômées d'Etat (IDE) sont vacants actuellement.

Epidémiologie :

En 2000-2002, la mortalité par suicide pour l'ensemble de la population en Bourgogne est entre 15 et 25% supérieure à la moyenne nationale à structure d'âge équivalente¹². On dénombrait 23 décès par suicide par an chez les 15-24 ans en moyenne (période 1995-1997). Le suicide constitue la 2^{ème} cause de mortalité après les accidents de la route pour cette tranche d'âge. La Bourgogne fait partie des quatre zones géographiques les plus touchées avec la Corse, la Bretagne, la région Poitou-Charentes et les autres régions du Nord-Est, pour la période 1993-1997.

En 1998, on dénombrait 830 hospitalisations pour tentatives de suicide chez les jeunes de 10-24 ans. Contrairement au suicide, la tentative de suicide est majoritairement le fait des filles (7 sur 10 chez les 10-24 ans). Les caractéristiques sociodémographiques des jeunes

¹² DRESS, *Suicides et tentatives de suicide en France*, Mai 2006

suicidants concordent avec les données épidémiologiques habituelles. La majorité ne vit pas avec ces deux parents de naissance (familles monoparentales, recomposées, foyers...). La tentative de suicide par l'absorption de médicaments est observée dans 70% des cas. Le passage à l'acte est lié à des problèmes familiaux ou scolaires dans la majorité des cas.

Historique :

La Conférence régionale de santé réunie le 25 mars 1995 a identifié deux problèmes prioritaires : la dépression et le suicide. Par la suite, la DRASS de Bourgogne a proposé la mise en place d'un Plan régional de santé (PRS) Dépression et suicide axé sur la population jeune.

En janvier 1997, un groupe de programmation a été constitué impliquant l'Education nationale, la PJJ et la pédopsychiatrie de secteur sous l'impulsion de la DRASS. Ses membres ont suivi des formations à la méthodologie de projet et, suite aux premières réunions, le groupe a redéfini son champ d'intervention qui a été recentré sur le suicide. Les premiers axes de travail ont été présentés à la conférence régionale de santé, puis validés par celle-ci en décembre 1998.

Le PRS a été mis en œuvre sur 5 ans de 1999 à 2003, mais les actions se sont poursuivies (certaines se poursuivent encore) et se chevauchent donc avec la mise en place de la Stratégie.

Les principaux types actions réalisées dans le cadre du PRS sont les suivantes :

- réalisation d'études (épidémiologie, audits...)
- actions de prévention primaire (théâtre en milieu scolaire, ateliers d'expressions...)
- financement de lieu d'écoute (téléphonique ou non)
- mise en place de formations de différents types (auprès des missions locales, des personnels de l'Education nationale, des personnels du CROUS, des services de médecine préventive universitaire, des médecins généralistes, des écoutants de SOS amitiés...)
- création de réseaux locaux (en Bresse, en Côte d'or...) et réalisation d'annuaires départementaux dès 1999 pour la Nièvre, la Saône et Loire et la Côte d'Or.
- mise en place d'une cellule d'intervention après un geste suicidaire en milieu scolaire
- renforcement des dispositifs de prise en charge hospitaliers

Les réalisations dans le cadre de la Stratégie nationale

Les actions prioritaires nationales

Formations

Les formations pluridisciplinaires au repérage de la crise suicidaire

Un premier binôme devant dispenser les formations pluridisciplinaires a été formé en 2002, puis un second en 2003. Chaque binôme intervient dans deux départements et réalise 3 sessions de formations par an. Au total, depuis 2002, 19 sessions de formations pluridisciplinaires ont été réalisées qui ont permis de former plus de 350 personnes.

Les formations en milieu carcéral

Un binôme spécifique pour réaliser des formations en milieu pénitentiaire a été formé en 2004. Deux sessions de formations ont été organisées en 2005 qui ont permis de former 25 personnes. Une nouvelle session était programmée lors de notre visite pour le mois de juin 2006.

Les formations spécifiques personnes âgées

Un binôme a été formé au repérage de la crise suicidaire chez les personnes âgées en 2005. Deux sessions de formations ont été organisées qui ont permis de former 37 personnes.

L'annuaire régional

L'annuaire régional a pris la forme de répertoires départementaux réalisés par les comités départementaux d'éducation à la santé (CODES) et coordonnés par le comité régional d'éducation à la santé (CORES) dès l'année 1999 pour la Nièvre, la Saône et Loire et la Côte d'Or. Ces répertoires étaient initialement édités en version papier et électronique, ils sont à présent uniquement consultables sur le site Internet du CORES et sont régulièrement actualisés.

Les audits cliniques¹³

En 1999, six Etablissement de santé (ES) se sont portées volontaires pour réaliser ces audits. En 2000, les audits ont été étendus à l'ensemble de la région, ils ont concerné au total 12 ES, mais la grande majorité n'a pas suivi le deuxième tour d'audit (pas de chiffre pour les audits).

Les actions régionales

Trente trois actions (fiches) ont été réalisées dans le cadre du PRS. Aujourd'hui, cinq de ses actions se poursuivent au niveau départemental :

- Financement du réseau et du dispositif d'écoute mis en place par le Comité bressan d'action sociale (COBAS) en Bresse Louhanaise
- Financement du réseau 21 pour la prévention du suicide
- Financement d'une action d'écoute des adolescents dans les établissements scolaires menée par le CODES 58 (Nièvre)
- Appui à l'association Ecoute aide et conseil (EAC) de Côte d'Or, qui réunit des psychologues et tient un lieu d'écoute
- Mise à disposition de psychologues

Enfin, une nouvelle action a vu le jour depuis la fin du PRS. La Mutualité française 58 (Nièvre) mène ainsi des actions de prévention en direction des personnes âgées organisées.

¹³ Ces audits ont été réalisées dans le cadre du « Plan national d'action face au suicide » antérieur à la Stratégie.

Financement

Les actions sont financées au titre de la prévention pour la période 2000-2004 :

- sur Crédits d'Etat par le BOP SPP 204 (ancien 39/01), à hauteur de 518 738 €
- par l'assurance maladie au moyen du FNPEIS à hauteur de 174 743 €
- et par l'ARH dans le cadre du SROS à hauteur de 277 000 €.

Mise en œuvre des actions

La mise en place de la Stratégie et la fin du PRS

La mise en place de la Stratégie s'est déroulée tandis que le PRS était toujours en place. Le « référent suicide » était alors assimilé au coordinateur du PRS. Le comité de pilotage du PRS a servi de cadre pour la mise en place des actions nationales prioritaires, et ce d'autant plus qu'elles correspondaient à des actions régionales déjà mise en place (formations et annuaires).

A partir de 2001, le coordinateur du PRS, inspecteur à la DRASS a été appuyé par une Infirmière de santé publique. Avec la fin du PRS en 2003, le comité de pilotage a cessé de se réunir et son coordinateur a quitté son poste en 2004. Il a été remplacé en tant que « référent suicide » par son assistante, infirmière de santé publique (cadre B) qui a continué le suivi des actions de prévention et de prise en charge du suicide. Il n'existe plus d'instance de pilotage régional et le financement des actions locales passe désormais par l'intermédiaire des DDASS, seules les différentes formations au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire sont financées par l'intermédiaire de la DRASS.

Mise en œuvre des actions prioritaires nationales

Formations

Formations pluridisciplinaires

La Stratégie s'est d'abord traduite par la mise en place de ces formations qui a été discutée dans le cadre du comité de pilotage du PRS. Un membre du comité de pilotage, psychiatre au service des urgences de l'Hôpital Général de Dijon, a fait partie du premier binôme formé. Le CORES de Bourgogne a été choisi comme l'organisme porteur de ces actions. Les formations s'organisent de la façon suivant :

- Le CORES fait une demande annuelle de subvention à la DRASS en fonction du nombre de sessions programmées.
- La DRASS verse la subvention au CORES qui rémunère les formateurs. Les formations sont par la suite organisées localement par les CODES qui se chargent de la logistique (communication, salles, matériel...) et veillent à former des personnels de terrain qui sont régulièrement confrontés à des personnes en crise suicidaire.

Le découpage géographique des formations correspond à peu près au découpage des secteurs de la psychiatrie, mais pas totalement : les deux binômes de formateurs sont

chargés chacun de deux départements et les formations sont organisées à chaque fois dans un lieu différent.

La mise en place des formations a été facilité par le fait que le médecin de santé publique responsable pour le CORES travaille également à l'ORS et, dans ce cadre, a réalisé l'évaluation du PRS. Il était donc déjà impliqué dans la politique régionale de prévention du suicide.

Une journée de restitution réunissant les personnes formées a été organisée le 20 octobre 2004 en présence de Muriel Rabort et avec l'intervention de Jean-Louis Terra. Cet évènement a réuni environ 150 personnes et a été l'occasion de présenté un bilan des formations tant du point de vue des formateurs que des personnes formées, et de développer d'autres points tels que la conduite de l'entretien (Jean-Louis Terra) et la prise en charge hospitalière des adolescents.

Des tentatives ont été faites pour toucher les médecins généralistes par l'intermédiaire La Fédération Bourguignonne des associations de formation médicale continue (FMC) mais cela n'a pas fonctionné notamment parce que le médecin généraliste membre du comité de pilotage du PRS n'avait d'après les acteurs rencontrés, que peu d'influence sur les organisations dont il est membre. De plus, le responsable du CORES a souligné le fait que les FMC ont un fonctionnement peu hiérarchisé. La fédération Bourguignonne des FMC a inscrit ces formations dans son offre de formation, mais la demande n'a pas suivi. D'après le responsable du CORES, il aurait donc fallu travailler localement avec chaque FMC ce qui demandait un travail trop important aux vues des ressources humaines et financières disponibles.

Formations spécifiques en milieu pénitentiaire

Un binôme de formateur à été formé en 2004 pour dispenser ces formations régionalement : il s'agit d'un psychiatre et d'une psychologue du SMPR de Dijon. Les formations sont organisées de manière totalement indépendante par les services de formation continue de la Direction Régionale de l'Administration Pénitentiaire (DRAP). Pour le moment, les formations sont au début de leur mise en œuvre. Cependant, ces formations sont entièrement facultatives et intéressent peu le personnel pénitentiaire : la DRAP rencontre ainsi de grandes difficultés à recruter des personnes souhaitant être formées.

Annuaire

Le CORES a réalisé, à la demande de la DRASS, les répertoires départementaux qui sont structurés en trois parties. La première partie présente les recommandations de l'ANAES sur le repérage et la prise en charge de la crise suicidaire. La seconde partie présente l'ensemble des structures départementales de prévention et de prise en charge du suicide. Enfin, la troisième partie présente les institutions pouvant intervenir dans le domaine du suicide. En 2003, sa première version a été éditée en version papier, il est aujourd'hui en ligne sur le site du Internet du CORES et connaît des mises à jour régulières. Ces répertoires sont destinés aux professionnels et des petites plaquettes, à destination du grand public ont également été réalisées. Initialement, les annuaires départementaux intégraient les « personnes ressources », mais celles-ci ne se sentaient pas suffisamment compétentes pour y figurer.

Audits cliniques

Ils ont été effectués dans le cadre expérimental du PRS « suicide des jeunes ». En 1999, six Etablissement de santé (ES) « pilotes » se sont portés volontaires pour réaliser ces audits. En 2000, les audits ont été étendus à l'ensemble de la région, ils ont concerné au total 12 ES. Quand le projet a été lancé il n'existait pas encore de protocole, un groupe de travail s'est consacré à l'élaboration d'un protocole régionale. Puis les recommandations de l'ANAES sont sorties en novembre 1998 et ont été suivies. Il y a eu des réunions avec l'ensemble des services d'urgences des établissements hospitaliers de la région. Le premier tour d'audit a été bien suivi par l'ensemble des services d'urgence mais le correspondant régional a observé des difficultés de mobilisation pour le deuxième tour d'Audit.

Mise en œuvre des actions régionales de prévention du suicide

Durant le PRS, les dossiers de subvention relatifs aux actions de prévention du suicide étaient adressés directement à la DRASS qui gérait l'ensemble de ces actions au niveau régional, elles étaient alors systématiquement traitées de manière prioritaire. Avec la fin du PRS il n'y a plus d'instance de coordination régionale et le suicide n'est plus considéré comme une priorité régionale. Le référent DRASS, du fait de son statut de cadre B, ne pense pas avoir la légitimité d'animer ce type d'instance. A présent, les DDASS financent directement les actions locales relatives au suicide et le référent assure le suivi régional.

La DRASS est maître d'œuvre du volet psychiatrie du SROSS, c'est le directeur régional des affaires sanitaires et sociales qui préside la commission régionale de concertation en santé mentale assisté par le médecin inspecteur responsable du plan de santé mentale, lui-même assisté par le référent sur les questions relatives au suicide.

Analyse des effets du dispositif

L'impulsion d'une politique régionale

La stratégie n'a pas eu de véritable effet d'impulsion d'une politique régionale dans la mesure où celle-ci lui préexistait au travers du PRS « suicide jeune ». Elle a cependant permis d'élargir le champ de cette politique notamment en direction du milieu pénitentiaire et des personnes âgées avec la mise en place de formations spécifiques. Ces actions ont permis de compléter le système en place.

La mobilisation des acteurs

La totalité des acteurs rencontrés s'accordent à dire que la Stratégie Nationale a eu le mérite de faire passer un message fort sur le suicide. Elle a apporté une validation scientifique et nationale à ce qui s'était fait précédemment dans le cadre du PRS en terme de formation et de mise en réseau (annuaires). La Stratégie a ainsi renforcé la mobilisation du CORES et a permis de prolonger la mobilisation des acteurs de la psychiatrie par l'intermédiaire des formateurs régionaux.

En revanche, la fin du PRS se traduit par une communication moindre sur la thématique du suicide et, de fait, par la réduction du nombre d'action et du nombre d'acteurs mobilisés. Il n'y a plus d'instance de réflexion et de conception de nouvelles actions sur cette thématique. Le passage de relais aux DDASS, qui sont peu mobilisées sur cette thématique, provoque plutôt une forme de désengagement. Les projets sur le suicide sont ainsi jugés « difficiles à financer au niveau départemental », ce qu'atteste le non-renouvellement de la subvention au réseau 21. Cependant, les associations d'écoutes restent mobilisées et leurs personnels suivent les formations mises en place.

La forte mobilisation du référent est reconnue par l'ensemble des personnes contactées. Mais cette mobilisation ne traduit pas la place qui est faite au suicide à la DRASS, les financements ont été considérablement réduits : de l'ordre de plus de 100 000 euros par an à l'époque du PRS ils ont été réduits de moitié en 2004 (58 311 euros) avec la fin du PRS. De plus, pour le référent « quand une institution met en avant un cadre B c'est qu'elle met moins de poids dans cette politique que si elle mettait en avant un cadre A ».

Certains acteurs ont fait remarquer qu'il est difficile de mettre en place des actions de prévention primaires du fait que la mesure des résultats est particulièrement difficile, or c'est sur ce type d'action qu'il est possible de mobiliser certains acteurs en particulier du secteur social. De plus, les réticences des personnels médicaux sur ce type d'action au sein du PRS se sont manifestées à plusieurs reprises.

La mise en réseau des professionnels

La Stratégie a contribué à la mise en réseau sous de nouvelles formes, au travers des formations et des annuaires, mais l'essentiel de cette mise en réseau s'était effectuée dans le cadre du PRS.

Le PRS a permis la mise en place d'une instance de coordination régionale pluridisciplinaire et la création de multiples réseaux locaux, en Côtes d'Or et en Bresse Louhanaise notamment. La création de l'association réseau 21 a ainsi permis aux médicaux universitaires ou non universitaire et aux non-médicaux de travailler ensemble. Ils ont appris à mieux se connaître, notamment en organisant des visites dans leurs établissements respectifs. La principale difficulté pour ce réseau a été de penser des actions à mettre en œuvre en commun. De fait, sa principale activité correspond à l'organisation d'une conférence annuelle lors des journées nationales pour la prévention du suicide (cette année, cette association organise le congrès du GEPS¹⁴) et d'une assemblée générale annuelle. Les principales actions de création de réseaux formalisés ne sont donc pas attribuables à la Stratégie mais au PRS.

Cependant, d'après plusieurs acteurs rencontrés, il n'y a pas eu de véritable dialogue d'égal à égal entre les personnels médicaux et sociaux dans le comité de pilotage du PRS, ce qui s'est manifesté notamment sur la question des actions de prévention primaire (Cf. supra). Il existe donc un certain clivage entre professionnels de la santé et professionnel du secteur social qui n'a pas véritablement pu être dépassé.

Par ailleurs, la réalisation par le CORES des répertoires départementaux constitue, dans une certaine mesure, une mise en réseau. L'actualisation de ces répertoires permet notamment

¹⁴ Groupement d'études et de prévention du suicide

de relancer les institutions qui y figurent sur cette thématique. De plus, le CORES entretient avec les « personnes ressources » un certain suivi dans la mesure où elles viennent y suivre d'autres formations.

Enfin, les formations permettent la création de « micro-réseaux » locaux (à l'échelle d'une ville par exemple), notamment du fait qu'elles sont elles-mêmes organisées de manière très localisée. L'un des formateurs régionaux affirme que des personnes qui ne se connaissaient pas mais qui « travaille dans la même rue », dans un même territoire, apprennent à se connaître et découvre qu'elles peuvent travailler ensemble. Les formations permettent donc la création d'un maillage du territoire qui fonctionne. Elles ont également permis la mise en relation entre les personnes formées et la psychiatrie, ces personnes n'hésitent pas à appeler le psychiatre qui les a formées quand elles rencontrent un cas. Des passerelles se sont donc créées entre les « personnes ressources » et le milieu psychiatrique.

La pérennisation des actions

La Stratégie nationale a permis de pérenniser la présence de la thématique suicide dans le discours de la DRASS. Un des formateurs régionaux souligne cette continuité dans le discours et la mobilisation de l'institution depuis 1998 qu'il apprécie particulièrement. La Stratégie s'est ainsi fait l'écho d'actions initiées dans le PRS et qui n'auraient pas été pérennisées sans cela, en particulier les formations et les répertoires.

Cinq actions mises en place dans le cadre du PRS sont encore financées. D'après l'ancien coordinateur du PRS, ces actions ont pu être pérennisées dans la mesure où les structures qui les portent se sont imprégnées de la thématique du suicide. C'est le cas notamment en Bresse Louhanaise où le problème du suicide était profondément ancré sur le territoire¹⁵ et au sein de certaines familles. Dans ce cadre, COBAS et de multiples acteurs se sont mis en réseau et sont toujours fortement mobilisés.

Les formations permettent également de poursuivre la mobilisation des acteurs auxquels elles s'adressent. Par exemple, elles sont inscrites au programme de la formation continue du rectorat et, malgré le nombre important de personnes formées (plus de 300), la liste d'attente du CORES ne désemplit pas.

Enfin, le représentant du CORES/ORS note que la Stratégie offre des opportunités aux formateurs de s'impliquer sur cette thématique, notamment en réalisant et en publiant des études, ce qui leur permet de valoriser leur travail et d'en tirer une satisfaction personnelle. Ce qu'atteste le fait que les formateurs régionaux ne souhaitent pas que d'autres formateurs suivent les formations au niveau nationales et prennent leur relais.

L'amélioration des compétences

Les formations, de l'avis des formateurs, ont permis un meilleur repérage notamment en libérant la parole des personnes formées sur le sujet. Elles sont plus sereines face à des personnes présentant des risques et parviennent plus facilement à désamorcer la crise. Les

¹⁵ Le référent a ainsi parlé de « culture du suicide » sur ce territoire, évoquant des images très fortes : le puit, le fusil..., qui renvoie à une dimension socio-anthropologique du suicide sur ce territoire.

personnes ressources ont de meilleurs repères géographiques pour situer les institutions qui peuvent prendre en charge. Elles ont en particulier acquis une meilleure connaissance du réseau de la psychiatrie ce qui a permis de le démystifier à leurs yeux.

Pour toutes les personnes investies dans l'organisation et la mise en œuvre de ces formations celles-ci sont jugées très utiles, elles n'ont « aucun doute sur les actions menées », dont les objectifs sont clairs. Ces formations constituent à leurs yeux le meilleur moyen pour faire de la prévention sur le suicide. Pour le CORES, la prévention du suicide est ainsi devenue un aspect transversal de leurs formations, lié à des thématiques aussi diverses que « l'éducation à la sexualité » ou le « bien vieillir ».

Conclusions

Cette étude de cas permet d'observer comment s'est déroulée la transition entre le PRS de prévention du suicide chez les jeunes et la mise en œuvre de la Stratégie. Cette transition fait apparaître un certain nombre de phénomènes ambivalents : la mobilisation de crédits spécifiques sur les actions nationales prioritaires qui pérennisent des actions initiées par le PRS, mais le retour à une gestion des actions locales par la DDASS qui se traduit par une certaine démobilisation.

Cette monographie permet également de souligner l'importance du rôle du référent DRASS : de son implication d'une part, mais aussi de son statut. La mobilisation du référent est largement reconnue, mais il considère que son statut ne lui donne pas la légitimité d'animer une instance régionale de coordination.

Enfin, cette étude illustre également comment les formations peuvent permettre la mise en place d'un maillage très territorialisé du fait de la manière dont elles sont organisées.

Déclinaison de la Stratégie Nationale d'actions face au suicide en Languedoc-Roussillon

Septembre 2006

Personnes rencontrées

- M. Bonneville, vice-président de l'association Prévention Suicide en Languedoc Roussillon
- Dr. Puech, médecin inspecteur, DRASS
- Dr Agnès Fraïssé, médecin inspecteur, DRASS
- Dr. Gidde, secrétaire générale de l'URML Languedoc-Roussillon
- Mme Cabanes, chargée de prévention, URCAM
- Dr. Courtet, Praticien Hospitalier, Service de Psychologie Médicale, Hôpital La Peyronie à Montpellier
- Dr Davy, médecin conseiller technique, responsable du service de Santé Scolaire, Inspection Académique de l'Hérault
- Mme Laurence Lussereau, infirmière conseiller technique, responsable départemental du service infirmier, Inspection Académique de l'Hérault
- Mme Rougy, chef du département Santé, Conseil Régional
- Mme Barbier, chargée de mission « politiques des jeunes », Conseil Régional
- Mme Olivo, chargé de projet, Comité Régional d'Education à la Santé, CRES
- Dr. Ledesert, directeur de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS)
- Dr. Bœuf, médecin inspecteur, ARH Languedoc Roussillon

Documents consultés

- Plan Régional de Santé « Mal-être et suicide des jeunes »
- Programme gardois de prévention du mal être et du suicide des jeunes, Programme pluriannuel 2000-2005
- Présentation des orientations nationales pour la prévention du suicide, colloque du 17/11/2005 à Nîmes

Contexte

Situation démographique et socio-économique du territoire

En mars 1999, la région Languedoc-Roussillon comptait 2 296 357 habitants. Une forte croissance démographique, la plus importante de France caractérise ce territoire : entre 1990 et 1999, la population du Languedoc-Roussillon s'est accrue de 8,5 % (3,3 % pour la France métropolitaine).

On observe également une part importante des personnes âgées : un habitant sur dix (9,5 %) a 75 ans ou plus (7,7 % sur le plan national).

Sur le plan économique, c'est la région de France métropolitaine ayant le plus faible PIB par habitant (18 324 Euros en 2001), inférieur de 25 % au niveau national.

De même la territoire compte le second plus fort taux de chômage de France métropolitaine : le taux de chômage régional (calculé en juin 2004) est de 13,6 % pour un taux national de 9,9%.

L'espérance de vie, en Languedoc-Roussillon, est supérieure à celle relevée sur le plan national. Les rapports de sur ou sous-mortalité par rapport à la moyenne nationale sont très variables par âge en Languedoc-Roussillon. Ainsi, on observe une très forte surmortalité entre 15 et 45 ans, surtout chez les hommes. A partir de 55 ans, on observe une sous-mortalité en région, ce qui explique la position favorable de la région en termes d'espérance de vie.

Epidémiologie du territoire

Les indicateurs sur le suicide¹⁶ montrent une progression de ce phénomène dans la région depuis plusieurs années. On a relevé en 2000, 329 décès d'hommes par suicide et 119 décès de femmes. Les niveaux actuels de mortalité par suicide sont identiques à ceux observés au niveau national : pour les hommes, l'indice comparatif de mortalité est de 101, celui des femmes est de 100.

L'évolution des taux de mortalité depuis le début des années 80 montre qu'à cette époque, il y avait une nette sous-mortalité dans la région. Cette sous-mortalité n'existe plus aujourd'hui. Entre 1981 et 1998 (en moyenne triennale autour de ces dates), les taux de mortalité par suicide ont progressé dans la région (+8,8 % pour les hommes et +6,0 % pour les femmes), alors qu'ils ont baissé au niveau national (-16,2 % pour les hommes et -22,3 % chez les femmes). Les avantages de la région tendent à disparaître voire à se transformer en situations désavantageuses.

Une enquête régionale¹⁷ nous apprend que 8,9 % des élèves de 6ème déclarent avoir déjà pensé au suicide et 59,5 % n'en ont parlé à personne ; 18,2 % des élèves de 3ème déclarent avoir déjà pensé au suicide et 56,1 % n'en ont parlé à personne.

¹⁶ Données issues des bases de données ORS et de l'exposé de l'ORS au colloque de 2003 de l'association Prévention Suicide Languedoc Roussillon.

¹⁷ Données issues du dispositif d'enquête permanent mis en place au sein du Rectorat de l'Hérault par l'Observatoire régional d'épidémiologie scolaire, en partenariat avec la DRASS et le Rectorat.

Historique

Historiquement, la problématique du mal être est apparue en Languedoc Roussillon lors des conférences régionales de la santé en 1996 et 1998. Dès 96, le Comité Régional d'Education à la Santé (CRES) a proposé des formations aux personnels de l'Education Nationale, et aux généralistes. En 1997, une importante enquête a été réalisée par l'Observatoire régional de la santé (ORS), à l'initiative de l'Union régionale des médecins libéraux et de l'Agence régionale de l'hospitalisation auprès de l'ensemble des hôpitaux et cliniques de la région. En 1999, a été mis en place un observatoire régional d'épidémiologie scolaire, en partenariat entre la DRASS, le Rectorat et l'ORS suite à la Conférence Régionale de Santé de 1996. Son objectif était de doter la région d'un outil d'information sur l'état de santé des jeunes.

La création d'un PRS « Mal-être et Suicide des Jeunes » fut décidée en 2001 sur la base des propositions des ateliers préparatoires à la conférence régionale de santé de janvier 2000.

En parallèle, le milieu hospitalier a lui-même lancé en interne des actions de prévention, notamment lors de la tentative de suicide. L'Education Nationale est pour sa part impliquée en interne sur cette question, fortement en Languedoc Roussillon.

Enfin, entre 1995 et 2005 ont été mis en place des Plans Départementaux Santé des Jeunes en Hérault et en Pyrénées Orientales, suite à legs reçu par la Fondation de France dans le département de l'Hérault. De nombreuses actions en faveur en particulier du mal être des jeunes ont été menées pendant 10 ans par principalement la DDASS, la Fondation et les associations, dans un cadre local.

Ainsi, avant le lancement de la Stratégie, le Languedoc Roussillon n'avait pas mené d'actions en faveur de la prévention du suicide, mais avait lancé différentes initiatives autour de la prévention du mal-être. La Stratégie Nationale s'est inscrite comme un nouveau dispositif en parallèle des autres décrits ci-dessus.

Enfin le thème de la prévention du suicide a été repris dans le projet du Plan Régional de Santé Publique (PRSP), plus précisément dans l'objectif 15 « Réduire la mortalité par suicide en agissant sur la prévention de la récurrence » comprenant la piste d'action suivante : « Développer les stratégies pluridisciplinaires, coordonnées et de proximité, respectant les référentiels de bonne pratique ».

Les réalisations dans le cadre de la Stratégie nationale

Les actions nationales prioritaires

Un référent DRASS a été nommé en 2001. En 2003, ce référent a été secondé par un nouveau médecin inspecteur, formant ainsi un binôme de référent. Depuis début 2006, le nouveau référent DRASS a été nommé.

Les formations

Pour la période 2001-2005, un binôme de formateur a été formé. Il s'agit d'un binôme constitué d'un médecin psychiatre au Centre Hospitalier Universitaire de Lapeyronie, et d'une psychologue, également du CHU de Montpellier. Un deuxième binôme est en cours de formation.

Ce binôme a dispensé **quatre sessions de formations**, formant ainsi **65 personnes** entre 2003 et 2005. Une cinquième session est prévue au mois de juin.

Ces sessions se sont poursuivies, à la demande des personnes formées, par des journées supplémentaires de capitalisation, 6 mois après chaque formation, réunissant l'ensemble des personnes formées. Trois de ces « journées à thèmes » ont eu lieu, animées par le binôme de formateur.

La majorité des personnes formées étaient issues de l'Education Nationale (34%), et des associations de bénévoles (16%), ainsi que les services hospitaliers de pédiatrie (7%). Aucun médecin généraliste n'a été formé au repérage de la crise suicidaire à travers ce vecteur.

En terme de profession, les infirmiers ont été les plus représentés (40% des effectifs), ainsi que les membres d'associations (23%).

Les héraultais représentent la moitié des effectifs formés. Les quatre autres départements ont une représentation proches de leur poids démographiques (Gard puis Pyrénées Orientales, Aude et Lozère).

Les **formations en milieu pénitentiaire**, organisées conjointement par la Direction Régional des Services Pénitentiaires, ont été mises en œuvre en 2005 et concernent les personnels pénitentiaires (administration, surveillants) et les personnels hospitaliers des UCSA. Un binôme, composé d'un médecin chef du SMPR de Perpignan et une psychologue en Midi-Pyrénées. Cinq sessions de formations ont eu lieu à la date d'aujourd'hui dans les différents départements. Au total **78 personnes** ont été formées dans 5 Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA)

Les audits cliniques

La DRASS n'a pas connaissance des audits cliniques ANAES sur la prise en charge des suicidants en milieu hospitalier réalisés en Languedoc Roussillon. Les résultats des audits ont été transmis directement à l'ANAES.

La formation ANAES à l'audit clinique a été organisée par la DRASS pour des représentants des personnels de 9 Services d'Accueil d'Urgence (SAU). 9 SAU sur 10 ont participé à cette formation.

Les entretiens ont montré qu'au moins un service hospitalier, celui de psychologie médicale du CHU de Montpellier, s'est engagé dans la démarche en 2005 et a réalisé un premier rapport d'audit. Ce service travaille actuellement sur la mise en œuvre des recommandations de la première évaluation ANAES, en prévoyant notamment de mettre en place un suivi coordonné avec les associations des suicidants après leur sortie de l'hôpital.

L'annuaire

Des annuaires répertoriant les lieux d'écoute en Languedoc-Roussillon ont été financés par la DRASS et l'Association Régionale des Caisses de Mutualité Sociale Agricole en 2004 et 2005 et réalisé par le Comité Régional d'Education à la Santé (CRES).

Ces annuaires étaient à destination des acteurs de terrain pour qu'ils puissent orienter la population sur ces lieux en ayant une meilleure connaissance de leur offre.

Sans prétendre à l'exhaustivité, et tenant compte de la densité et répartition géographique des lieux retenus, trois annuaires ont donc été créés : un pour les structures du département

de l'Hérault, un pour les structures des départements du Gard et de la Lozère, et un pour les structures des départements de l'Aude et des Pyrénées.

Chaque annuaire est composé de cinq parties distinctes :

1. Les associations actives sur plusieurs villes du département
2. Les associations locales
3. L'écoute par téléphone
4. Quelques services de droit commun
5. Index par structure

Ces annuaires ont été réalisés sous forme papier dans un premier temps. En 2006, le CRES a été financé par la DRASS pour actualiser les annuaires et les mettre à jour.

Les actions régionales

Les actions régionales de prévention du suicide ont été financées dans le cadre du PRS Mal-être et suicide des jeunes et dans le cadre des conventions signées avec le CRES et l'ORS.

Dans le cadre du PRS, les actions financées ont concerné principalement la création et le développement de points écoutes, dans le but de créer un lien avec la structure et le milieu de soin. Ces structures sont des Points Ecoutes Parents Enfants (PEPA) et des lieux d'écoutes dans les établissements scolaires, et milieu universitaire.

De nombreux dossiers ont été présentés dès la première année par les associations lors de l'appel à projet commun, sans pour autant être en rapport avec la thématique.

Entre 2002 et 2006 :

- 27 actions ont permis de financer des points-écoute, des accueils téléphoniques, des permanences, des groupes de discussions.
- 10 actions ont concerné des formations dispensées par les associations ou par des intervenants dans différents milieux, dont le milieu scolaire.
- un programme départemental a été financé (dans le Gard)
- 57 actions sont relatives à la sensibilisation au sens large mises en œuvre par des associations (dont des pièces de théâtre)
- l'organisation en 2004 et 2005 d'une journée sur la prévention des suicides avec l'association régionale prévention suicide a été financée.

Dans le cadre de la convention avec le CRES, un document de réflexion sur l'écoute a été réalisé par le CRES, financé par la DRASS et l'ARCMSA. Il a pour objectif de fournir aux acteurs de terrain et aux personnes susceptibles de s'intéresser aux services et aux formes d'écoute (décideurs, publics, etc.) un cadre de questionnement, une réflexion permettant de mieux comprendre la diversité des pratiques d'écoute.

En 2003, le CRES a également mené une formation de 3,5 jours auprès des professionnels sanitaires et sociales, financé par le « Comité Gardois de prévention du suicide des 12-25 ans », lui-même financé partiellement par l'Etat et le FNPEIS. L'objectif général est de développer des compétences chez les professionnels de terrain vis-à-vis de la détresse des jeunes en leur apprenant à repérer les attitudes qui peuvent sous-tendre la détresse d'un

jeune, développer une attitude d'écoute au jeune en détresse, identifier les relais locaux et savoir à quel moment orienter un jeune, élaborer un projet d'action de prévention en partenariat. Ces formations ressemblent à la formation pluridisciplinaire de la Stratégie Nationale, dans la mesure où les formations sont pluridisciplinaires et également dans la mesure où la répartition des participants est proche de celle des formations DRASS : essentiellement de l'Education Nationale, de structures associatives diverses travaillant auprès de jeunes, de la justice ou de la mairie, de la prise en charge hospitalière.

Dans le cadre de la convention avec l'ORS, un suivi épistémologique des a été mis en place.

Ainsi, les actions de prévention primaire (comprises au sein de la Stratégie dans l'axe « prise en charge ») sont les actions les plus représentées en Languedoc Roussillon, suivi des actions de formation au repérage du mal être (se rapprochant de l'axe 1 de la Stratégie sur le repérage de la crise suicidaire). Aucune action n'a concerné l'amélioration de la prise en charge en milieu hospitalier (axe 3 de la Stratégie). Quant à l'axe 4 (Amélioration de la connaissance), il est représenté à travers les études du CRES et de l'ORS.

Par ailleurs, et de manière déconnectée de la Stratégie Nationale et du PRS Mal-être, sont mises en place :

- des actions au niveau départementales, au sein des plans départementaux santé des jeunes, conduits en Hérault et en Pyrénées Orientales. Ces actions, qui ne visent pas spécifiquement la prévention du suicide, mais du mal être, ont notamment financé des actions de mises en réseau et des points écoutes et des actions de sensibilisation.
- Des actions spécifiques de l'association, encore peu nombreuses : notamment l'intervention de membres de l'association dans la formation initiale des infirmières et la mise en place de groupes de travail sur le suicide chez les jeunes et les personnes âgées.
- Des actions spécifiques au sein de l'Education Nationale, pilotée par l'Inspection Académique, notamment la mise en place de réseau de prise en charge.
- Des actions au niveau hospitalier : mise en place d'un protocole de prise en charge des suicidants étalé sur une semaine, suivi des suicidants renforcé, articulation avec les services d'urgence, ouverture d'une consultation externe, projet de travail commun avec l'association PSLR sur le suivi des suicidants par les bénévoles. Excepté cette dernière action, les actions hospitalières n'ont pas fait l'objet d'une coordination avec la DRASS.
- Des actions inscrites dans le volet « urgences suicide » du SROS II de 2003, un des huit axes prioritaires depuis 2000, concernant l'organisation de la prise en charge du suicidant (accueil, suivi, généralisation des psychiatre au sein des urgences, etc.) ; les services psychiatrie les plus importants de la région ont été réorganisés (Montpellier, Nîmes).

Financements

L'enveloppe consacrée par le Conseil Régional et les trois communes au dispositif est depuis 2002 de 30 490 €.

Les crédits utilisés en Languedoc Roussillon pour financer l'ensemble des actions décrites ci-dessus sont ceux issus de l'appel à projet ETAT/ FNPEIS. Ils sont répertoriés dans le tableau ci-dessous.

• Année	• Actions concernées	• Crédits Etat (Chapitre 39-01) en euros	• Crédits FNPEIS en euros
• 2000	• Actions nationales prioritaires	•	•
	• Autres actions régionales	• 154 000	• 90 000
	• Total	•	•
• 2001	• Actions nationales prioritaires	•	•
	• Autres actions régionales	• 55 000	• 100 000
	• Total	•	•
• 2002	• Actions nationales prioritaires	•	•
	• Autres actions régionales	• 24 367	• 18 435
	• Total	•	•
• 2003	• Actions nationales prioritaires	• 32 477	•
	• Autres actions régionales	• 46 793	• 69 787
	• Total	• 79 270	•
• 2004	• Actions nationales prioritaires	• 3 000	•
	• Autres actions régionales	• 26 746	• 37 964
	• Total	• 29 746	•

Au total, les actions nationales prioritaires ont été financées à hauteur de 35 477€ par des crédits DRASS.

Les actions régionales ont été financées de manière équitable, par des crédits Etat et des crédits FNPEIS, à hauteur de 306 906€ pour l'Etat et 316 186€ par le FNPEIS, soit un total de 623K€.

Au total, 659 K€ ont été mobilisés par l'URCAM et l'ETAT pour la prévention du suicide entre 2001 et 2004.

Ces financements sont considérés comme très limités par l'ensemble des acteurs rencontrés.

Les crédits ARH ne sont pas connus par la DRASS.

Sont considérées comme des actions nationales prioritaires : les formations de personnes ressources sur le repérage de la crise suicidaire, les formations spécifiques en milieu carcéral, les audits cliniques, les répertoires locaux, et l'impulsion d'un travail de réseau.

Les actions régionales prioritaires comprennent principalement la création ou la pérennisation des points écoutes jeunes, et des projets associatifs et la journée annuelle de l'association PSLR.

La mise en œuvre des actions

Les structures de décision de la prévention du suicide

Le PRS « Mal-être et suicide des jeunes » a vu le jour, en 2003, après l'arrivée d'un nouveau médecin à la DRASS. Auparavant, plusieurs actions inscrites dans d'autres programmes ont pu concourir à la prévention du mal-être et ont été financées par des crédits dévolus à ces programmes dans la région (PRAPS et Plan santé jeune de l'Hérault notamment).

Depuis deux ans, ce thème se trouve doté d'une enveloppe spécifique suite à la mise en place de la Stratégie Nationale. Ainsi, si le PRS Mal Etre n'existe pas en tant que tel, il existe d'une part un déclinaison régionale de la stratégie nationale de lutte contre le suicide, et d'autre part des actions financées dans le cadre de l'appel à projet sur le thème du « Mal être et Suicide des jeunes ». Dans ce cadre le financement des lieux d'écoute pour les jeunes a été une priorité en 2004.

Il n'existe pas en tant que tel de structure de pilotage de la politique de prévention du suicide en Languedoc Roussillon. Les actions de priorité nationale, comme montré ci-dessus n'ont pas impliqué la réunion d'acteurs. C'est donc la DRASS qui pilote seule ces actions et gère les opérateurs de ces actions.

Parallèlement a été créé en 2003 l'association Prévention Suicide en Languedoc Roussillon (PRSL), par un membre de l'UNPS installé en région. Le premier colloque sur la prévention du suicide en région a eu lieu en 2003 à Montpellier, parallèlement au colloque de l'UNPS à Paris. Il a été l'occasion de réunir des professionnels, des institutionnels et des associatifs en lien avec la prévention du suicide. L'occasion a été saisie de créer une association avec les intervenants de ce colloque. Depuis l'association réunit dans son assemblée générale un nombre significatif d'acteurs de la prévention et joue un rôle de lieu de réflexion et de réunion. Elle a mené peu d'actions jusqu'à maintenant.

Les réunions de l'assemblée générale de l'association PSLR, qui réunissent à la fois des professionnels, des institutionnels et des associatifs, sont un lieu de concertation autour de la prévention du suicide (chef du service de psychologie médicale au CHU de Montpellier, cliniques, UNPS, SOS Amitiés, ORS, Astrée, Mutualité Française de l'Hérault, ARSMSA, DRASS, Inspection Académique, etc...)

Des initiatives sont proposées, des groupes de travail (autour du suicide chez les jeunes et autour du suicide chez les personnes âgées) proposent des actions à mettre en œuvre, et des financements sont recherchés. Des projets peuvent être proposés pour l'appel d'offre Etat-URCAM.

Les actions prioritaires nationales

Les formations pluridisciplinaires

Les formations pluridisciplinaires aux personnes ressources ont été pilotées et financées par la DRASS et gérées par le CRES.

La DRASS a formé le binôme de formateurs et se charge de lancer un appel d'offre aux différentes structures et de sélectionner les participants en assurant une certaine diversité.

La mise en œuvre de ces formations (logistique) a été déléguée au CRES, dans le cadre de la convention qui le lie à la DRASS. Les formateurs sont payés directement par le CRES. Les aspects logistiques (invitation des participants, gestion de la salle, gestion du suivi) sont géré par le CRES.

On observe qu'il existe une forte demande pour ces formations mais qu'il y a également un fort désistement des personnes inscrites. La formation du binôme n'a pas posé de difficultés particulières.

Ces formations pluridisciplinaires ont évolué dans le temps. Suite aux formations, les participants ont exprimé le souhait de pouvoir se réunir 6 mois après, au cours d'une journée supplémentaire de capitalisation et de mise au point. Ces journées permettent l'échange de pratiques professionnelles et posent les bases d'un réseau entre professionnels. Ces journées n'étaient pas prévues dans les financements et la DRASS a eu des difficultés à les financer.

Les formations en milieu pénitentiaire

Pour mettre en œuvre les formations pluridisciplinaires en milieu pénitentiaire, la DRASS a travaillé avec la Direction Régionale des Services Pénitentiaires de Toulouse, comme prévu dans la circulaire relative aux formations. Selon la DRASS, l'absence d'interlocuteur auprès de l'administration pénitentiaire a retardé le début des formations.

Le binôme de formateurs a été constitué par la DRASS. Une réunion entre la DRSP, la DRASS et le binôme s'est déroulée à Perpignan et a posé les bases du fonctionnement de ces formations.

La logistique est prise en charge la DRSP, et les formations sont à la charge de chaque organisme de tutelle : le milieu hospitalier pour la formation de personnels des UCSA et les établissements pénitentiaires pour la formation des personnels pénitentiaires.

Une des difficultés rencontrées est le manque de disponibilité des personnels des UCSA (dépendant du milieu hospitalier), contrairement aux personnels dépendant du milieu pénitentiaire, qui bénéficie d'ERIG (Equipes de Remplacement Itinérant pour les Formations).

Les audits cliniques

Suite à la circulaire relative à la mise en place des audits cliniques, la DRASS a organisé, avec le correspondant ANAES, la formation relative aux audits cliniques sur la prise en charge des suicidants en milieu hospitalier. Sur les dix Services d'Accueil d'Urgence de la région, 9 étaient présents.

Depuis cette réunion, la DRASS n'a eu aucune information sur les audits cliniques.

Le premier tour de l'audit réalisé au SAU du CHU de Montpellier a été porté par les deux psychiatres du service de psychologie médicale, dont l'un fait partie du binôme de formateurs au repérage de la crise suicidaire.

Annuaire

Ces annuaires ont été réalisés sous forme papier dans un premier temps par le CRES. En 2006, le CRES a été financé par la DRASS pour actualiser les annuaires et les mettre en ligne. Cet annuaire correspondait à un besoin des acteurs de terrain, qui a été mis en évidence par le CRES, à l'origine de ces annuaires.

Pour identifier les structures susceptibles de faire partie de cet annuaire, le CRES a d'abord réalisé une enquête qui s'est appuyée sur sa propre base de données, ainsi que sur celle de l'Observatoire Régional de la Santé qui répertoriait les structures oeuvrant auprès des personnes en situation de précarité. Ces adresses ont été complétées par les structures elles-mêmes, auxquelles le CRES demandait de transmettre les coordonnées de lieux susceptibles d'être concernés par ce recensement. Un repérage en cascade a donc été effectué.

Ce travail s'est couplé avec un travail sur l'écoute qui a abouti à un document méthodologique à destination des professionnels.

Ces deux travaux ont été piloté par un groupe pluridisciplinaire qui regroupait des responsables de points d'écoute, de centre d'hébergement, un psychologue hospitalier, un psychologue d'un point écoute, des, écoutants, une conseillère Jeunesse et Sport, un conseiller insertion et probation, des éducateurs, des associations, c'est-à-dire des gens de terrain et des chargés de missions de structure.

Ces annuaires ont été fortement apprécié par les structures à qui ils ont été diffusés selon le CRES. En revanche, la DRASS regrette une trop faible diffusion.

Un budget pour l'impression et la diffusion de ces documents en 2003 a été sollicité auprès de la DRASS et de l'URCAM.

Autres actions régionales

L'Inspection Académique a mis en place un Plan académique de formation pour faire face à l'augmentation des suicides. Ce Plan n'a pas fait l'objet de concertation préalable avec la stratégie.

L'inspection a participé à la constitution d'un réseau de prise en charge des suicidants. Les actions internes à l'Inspection restent cependant peu connues pour les acteurs extérieurs.

Par ailleurs deux réseaux, « Fil Ado » (localisé à Sète, Montpellier et l'Est du Département) et « Résado » (localisé sur l'ouest du département), ont été montés pour améliorer la prise en charge des adolescents en grande difficulté pour lesquels les grandes institutions sont démunies et sont à destination des professionnels. Ces réseaux sont financés par l'ARH et doté chacun d'un coordinateur à temps plein,

Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées par la DRASS sont :

- un manque de ressources humaines disponibles, sachant qu'un nombre important de PRS ont été lancées en même temps, et que peu de postes de médecins étaient disponibles sur ce sujet (la référente DRASS était disponible à 5% de son temps sur la question du suicide) ;
- des moyens financiers consacrés au suicide en Languedoc Roussillon très limités et qui ont notamment freiné la mise en place d'un véritable PRS Mal-être, dans le cadre d'une région qui n'a pas posé le suicide comme la première priorité régionale (50% du budget de prévention est fléché sur la prévention VIH, et une grande partie du reste sur l'hépatite) ;
- la disponibilité des binômes de formateurs limitée ;
- la constitution encore récente de l'association régionale PSLR, sur qui repose de plus en plus la coordination des actions de prévention du suicide ;
- Le manque de maîtrise de l'organisation des formations en milieu pénitentiaire et la difficulté de partenariat avec la DRSP, qui a été un facteur d'allongement des délais de mise en place de ces formations, d'autant que les régions sanitaires et pénitentiaires ne sont pas superposables.

Les effets du dispositif

L'impulsion d'une politique régionale de prévention

Les objectifs opérationnels de la Stratégie Nationale ont été entendus en Languedoc-Roussillon comme la mise en œuvre de la formation de personnes ressources, la réduction de l'accès aux moyens létaux, l'élaboration et la diffusion d'un annuaire régional répertoire, et la réalisation d'audits cliniques, c'est-à-dire à la fois comme la mise en œuvre des actions prioritaires nationales (formations pluridisciplinaires, annuaires et audits cliniques), ainsi que la contribution aux quatre axes de la Stratégie Nationale. La DRASS a entendu son action comme une application des circulaires, et non comme l'impulsion d'un dispositif global.

Les actions mises en place au niveau régional ont ciblé, outre les formations régionales, principalement le public des jeunes.

L'ensemble des acteurs estime que la Stratégie a eu l'aspect bénéfique de généraliser les formations régionales et de multiplier les acteurs de terrain conscients de la problématique. Elle a également permis de rendre la problématique de la prévention du suicide visible et légitime.

Ainsi, la DRASS estime que sans la Stratégie a principalement contribué à mettre en place des formations pluridisciplinaires au repérage de la crise suicidaire en région et que l'ensemble des autres actions (annuaires, points écoute) auraient été mis en place, notamment à travers le PRS et le financement par appel à projet. La coordination (et notamment les échanges de pratiques) aurait été possible avec davantage de moyens financiers et de disponibilité des médecins inspecteurs de la DRASS.

Pour le CRES, la Stratégie a permis à la DRASS de se saisir à partir de 2003 de la problématique du suicide et du mal être, « dormante » jusqu'à cette date, à une période où,

bien que cette priorité soit affichée au niveau régional, la DRASS rencontrait des difficultés à traiter le sujet et laissaient les acteurs de terrain se saisir de la problématique.

Cette priorité reste cependant « dormante », dans le sens où le mal-être et le suicide sont les seules priorités régionales ne disposant pas d'un groupe de travail régional. La DRASS souhaite la réorienter vers davantage de coordination et davantage d'actions pour la prise en charge des suicidants et leur suivi.

En revanche, le foisonnement d'initiatives et de mobilisation laisse également apparaître, au-delà de la dispersion des acteurs, des convergences de thématiques prioritaires (PRS, PRSP, ARH, Education National, Plans Santé Jeunes).

La mobilisation des partenaires

La Stratégie Nationale a peu contribué à mobiliser des partenaires autour de la prévention du suicide puisqu'elle a consisté principalement en le financement des formations régionales. En revanche, de nombreux acteurs se sont mobilisés par eux-mêmes, pour répondre à des besoins identifiés au niveau local.

La **DRASS** est le financeur des actions de prévention du suicide liées au PRS Mal être et à la Stratégie Nationale d'actions face au suicide. Elle ne joue pas un rôle de coordinateur des actions de prévention autour de ce sujet. En revanche elle soutient ponctuellement à travers un appel à projet certaines initiatives répondant à cette problématique : financement de points écoute, de projets associatifs, financement des annuaires du CRES. Elle participe cependant ponctuellement aux réunions de l'association PSLR qu'elle considère comme le lieu de structuration de la prévention du suicide.

L'**URCAM** a financé indirectement des actions de prévention du suicide ou du mal-être à travers le fonds FNPEIS. Néanmoins, le suicide ne fait pas partie de ses priorités de financement puisque ce thème ne fait pas partie des axes du programme régional de l'Assurance Maladie (PRAM), qui est un outil structurant et unique pour l'ensemble des organismes d'Assurance Maladie de la région.

Le **Conseil Régional** s'est impliqué depuis 2004 sur la thématique « Jeunes » et a également créé un service Santé. Ces nouvelles compétences ont amené le Conseil Régional à intervenir dans le champ de la prévention du suicide, notamment en participant aux réunions de travail autour du nouveau PRSP. A terme le Conseil Régional fera partie du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP). Il a notamment organisé un colloque très visible médiatiquement autour de la Bande Dessinée « Le Passage » de Marcel Rufo et la distribution de cet ouvrage au sein de l'Education Nationale. Le Conseil Régional ne s'est pas encore coordonné avec les autres institutionnels ou les associations existantes mais envisage de le faire prochainement. Une nouvelle dynamique est en train de se construire.

L'**Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)** n'a pas travaillé en concertation avec la DRASS autour de la Stratégie Nationale. En revanche, elle a mis en place en 2000, une commission régionale de santé mentale, devenue réglementaire en 2006, à laquelle la DRASS a participé. Celle-ci y a présenté la Stratégie mais aucune action spécifique n'a été conçue. Par ailleurs, l'ARH a travaillé sur le SROS Santé Mentale sorti en 2003 en Languedoc Roussillon, notamment avec l'Assurance Maladie et les DDASS. Enfin l'Agence a apporté son soutien aux réseaux « Fil ado » et « Résado » cf. ci-dessous.

L'Inspection Académique de l'Hérault a été très volontaire sur la prévention du suicide. Ayant saisi ce sujet en interne depuis plusieurs années, notamment en organisant des réseaux internes et en proposant des formations en interne, sa représentante participe activement à l'association PSLR, et a travaillé avec la DRASS sur la mise en place de points d'écoutes dans les établissements scolaires et la mise en place de

En interne, un groupe de travail entre les infirmières formées régionalement au repérage de la crise suicidaire, les animateurs de bassins scolaires et le formateur régional a été organisé afin de « démultiplier » les formations en interne. En effet, ces formations sont considérées comme très intéressantes, mais insuffisamment étendues au sein du personnel scolaire. Ce groupe travaille sur la mise en place d'une grille de repérage de la crise suicidaire à diffuser en interne. De plus, ces infirmières diffusent en interne, en tant que « personnes ressources », les compétences acquises en formation auprès des animateurs de bassins non formés. L'Inspection regrette que ces formations ne soient pas plus développées et ne puisse pas être démultipliées par d'autres formateurs ou par les « personnes ressources ».

L'Association Prévention du Suicide Languedoc Roussillon, créée en 2003, suite à l'organisation d'un colloque sur la prévention du suicide par l'UNPS, a rassemblé dans son assemblée générale les intervenants de ce colloque. Elle a joué un rôle de mise en réseau des acteurs de la prévention du suicide, sans pour autant s'imposer comme le lieu de décision et de concertation autour du suicide. Le rôle de coordination de l'association est en cours de construction. Actuellement, les réunions sont davantage un lieu de réflexion que d'actions, faute de financement, de disponibilité des acteurs, fonctionnant sur la base du volontariat pour les acteurs non-professionnels. Les projets ont des difficultés à émerger, à être financés

Les Praticiens Hospitaliers (PH) et les Professeurs des Universités- Praticiens Hospitaliers (PUPH) se sont fortement impliqués sur la prise en charge des patients ayant commis une tentative de suicide, au sein du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Montpellier et au sein de différentes cliniques de la région. Certains font partie de l'association PSLR, notamment le formateur régional. L'hôpital La Peyronie est engagée dans une démarche d'audits ANAES et travaille actuellement sur la mise en œuvre des recommandations de la première évaluation ANAES. Le service est en cours de réorganisation et envisage de se coordonner avec les associations de bénévoles pour assurer le suivi des suicidants. Un système de suivi par de personnels hospitaliers, suite à la sortie d'un patient, est d'ors et déjà mis en route. Enfin, depuis plusieurs années, le service de psychologie médicale est coordonné avec le SAU pour prendre en charge les suicidants et a mis en place un protocole d'une semaine de prise en charge des suicidants.

L'Observatoire Régional de la Santé (ORS) a mené pour le compte de la DRASS différentes études sur la situation épistémologique du suicide en Languedoc Roussillon.

Le CRES s'est chargé de la logistique des formations pluridisciplinaires, à la demande de la DRASS, dans le cadre d'une convention liant les deux structures. Il avait une implication antérieure à la Stratégie, puisque entre 1996 et 1999, suite aux conférences régionales de santé, il a proposé des formations pluridisciplinaires ou auprès de publics spécifiques, dont les médecins généralistes. Le CRES dispense également des formations en parallèle de la Stratégie auprès du Comité Gardois de Prévention du Suicide. Le CRES souhaite se mobiliser davantage, notamment sur la conception des formations et la mise en réseau des partenaires

(à travers notamment la diffusion d'informations à l'ensemble des réseaux existants. Il s'est d'ailleurs chargé d'organiser des journées d'échanges de pratiques entre les personnes formées.

Le **Comité Gardois de Prévention du Suicide** est une structure nouvellement constitué au niveau départemental, piloté par le CODES 30, réunissant les associations locales, une CPAM, la DDASS. Ils ont proposé un programme « Prévention et mal être du suicide des jeunes. Ils proposent notamment des formations que le CRES anime. Ils agissent à un niveau local.

Les DDASS et les Conseils Généraux ne se sont pas impliqués sur la prévention du suicide, suite au lancement de la Stratégie Nationale d'actions face au suicide. Ils n'ont d'ailleurs pas été informés de ce programme. En revanche, ces acteurs ont été particulièrement impliqués sur les deux Plans Départementaux de Santé des Jeunes, évoqués en introduction de cette monographie, qui n'ont eu aucune interaction avec les actions régionales.

L'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), créée en 1995, ne s'est pas impliquée sur la prévention du suicide et cela pour plusieurs raisons : d'abord la structuration de l'URML, structure jeune, a nécessité plusieurs années ; ensuite la prévention du suicide ne fait pas partie des missions légales, ni des priorités de l'URML ; de plus l'URML n'a pas été sollicitée par les acteurs de la prévention du suicide ; enfin l'URML constate un manque de mobilisation des médecins libéraux autour de la question du suicide. Cependant l'URML se montre prête à collaborer, notamment en informant et en sensibilisant les médecins à travers son bulletin mensuel.

Au final, cette liste met en évidence le foisonnement d'initiatives, d'impulsion et de mobilisation existant auprès des acteurs de terrain, sans que cette mobilisation s'organise au niveau régional. L'acteur le plus mobilisé et le plus porteur d'initiative semble être l'Inspection Académique de l'Hérault.

Parmi ces acteurs, la Stratégie a permis de mobiliser la DRASS qui rencontrait des difficultés à traiter le sujet. Les autres acteurs étaient mobilisés. La mobilisation du Conseil Régional, récente, n'est pas consécutive au lancement de la Stratégie.

La mobilisation des médecins généralistes

Les médecins généralistes n'ont pas participé aux formations pluridisciplinaires, puisque la DRASS n'a pas trouvé le vecteur pour leur transmettre l'appel à projet. En effet, elle a contacté le conseil de l'ordre des médecins, qui a demandé une formation spécifique pour les médecins généralistes et leur rémunération. L'URML n'a pas été contactée.

Les difficultés mises en avant par la DRASS pour expliquer la non participation des généralistes aux formations est leur manque de disponibilité, qui rend difficile l'arrêt d'une date, et le coût d'une rémunération des médecins participants.

L'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), créée en 1995, explique sa non-mobilisation par différents points : d'abord la structuration de l'URML, structure jeune, a nécessité plusieurs années ; ensuite la prévention du suicide ne fait pas partie des missions légales, ni des priorités de l'URML ; de plus l'URML n'a pas été sollicitée par les acteurs de la prévention du suicide ; enfin l'URML constate un manque de mobilisation des médecins

libéraux autour de la question du suicide. Cependant l'URML se montre prête à collaborer, notamment en informant et en sensibilisant les médecins à travers son bulletin mensuel.

Notons que le CRES avait proposé entre 1996 et 1998 aux généralistes des formations sur la prévention du suicide, qui incluait le repérage de la crise suicidaire. Pour cela, le CRES avait travaillé avec une association de Formation Médicale Continue (FMC). Deux formations ont eu lieu. Elles ont été suivies car les médecins étaient indemnisés, et les horaires étaient aménagés.

La pérennisation des actions et des partenariats

La mobilisation de l'ensemble des acteurs semble pérenne. Il existe une volonté de se mobiliser dans la durée, mais le manque de financements disponibles et l'arrivée d'un nouveau référent freine la mise en action.

Un des garants de l'implication des acteurs est la constitution d'un comité de pilotage du Plan Régional de Santé Publique (PRSP) qui inclut un objectif de diminution du suicide. Il s'est réuni au mois de janvier 2005. Il rassemble des représentants de l'Etat (DRASS, DDASS, Rectorat, DRTEFP), de l'assurance maladie (URCAM, CPAM, CRAM, MSA), de l'Agence régionale de l'hospitalisation, du conseil régional et des conseils généraux.

Ainsi si la pérennisation de la mobilisation des acteurs se confirme, la Stratégie n'a que peu contribué à ce résultat, excepté à travers les formations pluridisciplinaires, qui permettent de construire un groupe d'acteurs mobilisé sur le terrain.

La mise en réseau des professionnels

La déclinaison régionale de la Stratégie Nationale a peu contribué à la mise en réseau des partenaires autour de la prévention du suicide.

En réalité coexistent historiquement en Languedoc Roussillon différents opérateurs et réseaux d'acteurs, qui œuvrent dans le domaine de la prévention du suicide, mais ne travaillent pas ensemble et parfois ignorent leurs existences respectives.

Les « réseaux », informels ou non, recensés sont les suivants :

- La DRASS et l'URCAM financent ponctuellement des actions sur le mal être. La DRASS pilote les actions prioritaires nationales et travaille pour cela avec le CRES. Un réseau de personnes formées au niveau régional se constitue progressivement.
- L'association PSLR constitue un lieu de réflexion de certains institutionnels, professionnels et de l'ensemble du monde associatif, et peut soumettre à la DRASS une demande de financement de projet. Cette association est considérée par la DRASS comme un comité de pilotage régional de la prévention du suicide (elle ne souhaitait pas créer un doublon avec l'association). Les montants pour l'instant accordés sont faibles (environ 10 000€ depuis la création) et les projets rares. L'association manque de financements de fonctionnement et pâtit du manque d'expérience institutionnel de ses responsables et d'une difficile communication entre les professionnels et le milieu associatif. L'association peine pour l'instant à formaliser des projets (projet de permanence téléphonique

régionale) mais souhaite renforcer son rôle de mise en réseau et fédérer les projets. Elle connaît cependant encore peu le paysage institutionnel et les réseaux existants.

- L'Inspection Académique, qui regroupe les médecins et infirmières scolaires participe au réseau précédent mais mène en interne depuis longtemps des actions de sensibilisation et de formation des infirmières scolaires. Elle travaille également en collaboration avec un PH du CHU de Montpellier.
- Le milieu hospitalier travaille avec l'ARH pour développer des actions de prise en charge des suicidants, en réorganisant les services (Services d'Accueil d'Urgences, service de Psychologie Médicale), en accord avec l'ARH, depuis une vingtaine d'années. Certains praticiens font partie de l'association.
- Le niveau départemental a lancé il y a 10 ans les programmes Santé des Jeunes en Hérault et en Pyrénées Orientales. Les acteurs DDASS, associatifs, CPAM, etc. se connaissent et travaillent ensemble. Par ailleurs, les nombreux points écoutes financés dans ce cadre se sont constitué en réseau formel à la fin du programme en Hérault, autour du « Collectif Santé Jeunes ». Ces réseaux n'ont pas d'interaction avec les acteurs régionaux (la référente DRASS a appris récemment l'existence de ces plans). Le « Comité Gardois de prévention du Suicide » constitue un autre réseau départemental, et réunit la mutualité française, la DDASS, la santé scolaire, les usagers, les associations. Il cherche à se mettre en réseau avec les acteurs régionaux en participant à l'association PSLR. Sans être incohérentes avec la Stratégie, les actions mises en œuvre recoupent d'autres actions menées au niveau régional (les formations).
- Le Conseil Régional, nouvel acteur dans le domaine, cherche à construire un programme de prévention du mal être des jeunes. Il ne connaît pas pour l'instant les acteurs en place, mais a l'intention de contacter l'association PSLR, que l'interlocuteur ne connaissait pas avant l'entretien.

Selon le CRES, il existe encore peu de régionalisation des réseaux et d'information régionale sur les actions réalisées (ils sont d'ailleurs volontaires pour être moteur sur cette question). Ces réseaux coexistent sans pour autant se connaître. Par exemple, la DRASS ne connaît l'existence du Comité Gardois que depuis très peu de temps et l'association PSLR ne connaissait pas les actions menées par le Conseil Régional. Le CRES estime nécessaire, non pas de créer un réseau régional mais de fédérer l'ensemble de ces réseaux.

Il apparaît cependant qu'une ébauche de réseau régional se constitue autour de l'association PSLR, soutenue par la DRASS. D'après les acteurs rencontrés, la mise en réseau des acteurs autour de l'association découle davantage d'une opportunité que d'une réelle volonté politique de la DRASS. On observe cependant un déclin de la mobilisation des acteurs jusque là très présents au sein de l'association. Ceux-là expliquent leur manque de motivation par une charge de travail importante et surtout par un découragement face au constat de manques d'actions concrètes et de moyens financiers pour passer au stade de projets.

En terme d'outils, il apparaît que les formations pluridisciplinaires sont un vecteur plus efficace de mise en réseau que les annuaires.

En effet les sessions se sont poursuivies, à la demande des personnes formées, par des journées supplémentaires de capitalisation, 6 mois après chaque formation, réunissant l'ensemble des personnes formées. Ces journées permettent l'échange de pratiques

professionnelles et posent les bases d'un réseau entre professionnels. Les coordonnées des participants sont d'ailleurs distribuées à cette occasion.

En revanche, les annuaires n'ont pas contribué à une mise en réseau des acteurs au sein du groupe pluridisciplinaire, puisque ces acteurs se connaissaient déjà et avaient l'habitude de travailler ensemble. Ces annuaires ont cependant répondu à une forte demande des acteurs de terrain et ont contribué à une meilleure orientation des personnes en crise suicidaire. Selon la DRASS, ces annuaires ont le mérite d'exister mais la question de leur diffusion se pose, (notamment dans le milieu scolaire, où parfois le directeur d'établissement ne diffuse pas vers les infirmières scolaires).

En Languedoc Roussillon, les actions de mises en réseau sont rares : outre l'annuaire et le réseau induit suite aux formations pluridisciplinaires, deux actions ont concerné le financement d'un réseau, dont l'organisation de la journée de prévention du suicide de l'association PSLR.

Pour l'ensemble des acteurs, la connaissance interpersonnelle des acteurs est un moyen essentiel pour constituer les réseaux et les formations pluridisciplinaires sont pour cette raison un outil intéressant, davantage que l'annuaire, considéré comme un outil d'orientation.

Les populations ciblées

La population des jeunes a été particulièrement ciblée par le PRS Mal-être et Suicide des Jeunes, peu développé, et décidé avant le lancement de la Stratégie.

La DRASS a ensuite ciblé une population large avec les formations pluridisciplinaires et la population des détenus avec les formations en milieu pénitentiaire. Aucune autre action spécifique n'a été conduite sur cette population.

L'amélioration des compétences

L'ensemble des acteurs rencontrés partagent l'idée que les formations pluridisciplinaires ont été appréciées par les participants et qu'elles ont permis à la fois l'acquisition de nouvelles compétences, et comme l'atteste la forte participation aux journées d'échanges de pratiques qui ont suivi, une meilleure connaissance entre les hospitaliers, associatifs, éducatifs, etc.

L'amélioration de la prise en charge hospitalière

Les actions de prise en charge des suicidants sont le fait du milieu hospitalier, Professeurs Universitaires et Praticiens Hospitaliers (PUPH) et ARH. Depuis 20 ans, ont été développés des actions d'améliorations du suivi des personnes ayant fait une tentative de suicide. La Stratégie n'a pas contribué à améliorer ce volet de la prévention du suicide. La DRASS a d'ailleurs peu de contact avec l'ARH sur ce sujet du suicide. En revanche, l'ARH a proposé un SROS Santé Mentale, qui a permis de répondre aux besoins des services spécialisés.

Récemment, un projet de suivi des suicidants à la sortie de l'hôpital par des associations bénévoles est en cours de construction (projet piloté par un psychiatre hospitalier et l'association PSLR).

Conclusions

En région Languedoc Roussillon, la Stratégie Nationale d'actions face au suicide a été déclinée tardivement, en complémentarité du PRS Mal-être et Suicide, peu développé. Elle a été entendue principalement comme la mise en place des actions prioritaires nationales : formations, audits et annuaires.

Un certain nombre d'actions régionales ont été mises en œuvre en région par des acteurs mobilisés, notamment dans le milieu hospitalier, et au sein de l'Education Nationale, et par des acteurs locaux, associatifs et autres, soit dans le cadre du PRS, soit en interne des structures. Ces actions n'ont pas été impulsées par la Stratégie ou la DRASS.

La région se caractérise par ailleurs par un nombre significatif de réseaux informels ou non d'acteurs oeuvrant dans le domaine de la prévention du suicide ou du mal-être, non coordonnées en eux, et non régionalisés. Depuis 2003 émerge progressivement un réseau régional autour de l'association Prévention Suicide en Languedoc Roussillon, qui assure la fonction de comité de pilotage régional autour de la priorité suicide, auquel participe la DRASS, sans être pour autant moteur.

La Stratégie a principalement permis la mise en place de formations régionales, qui ont considérées comme très utiles par les participants, et qui contribuent actuellement à construire un réseau informel de personnes ayant suivi la formation.

Déclinaison de la Stratégie Nationale d'actions face au suicide en Haute-Normandie

Septembre 2006

Personnes rencontrées

- Dr Merlin-Bernanrd, médecin inspecteur de santé publique à la DRASS Haute-Normandie, référent régional pour la Stratégie
- Dr Fouldrain, psychiatre au CHU de Rouen, formateur régional
- M. Bouisse, coordinateur du PRS suicide, directeur adjoint de la DDASS de Seine Maritime jusqu'en 2003.
- Mme Volle, au rectorat de 1995 à 2004
- Dr Villet, Médecin à l'ORS de Haute-Normandie
- Dr Navarre, psychiatre au CH
- Mme Viard, chargée de mission, ARH de Haute Normandie
- Dr Soublin, Médecins généraliste, membre de l'URML, participe au PRS

Documents consultés

- PRS suicide 1999-2001
- CR du comité de pilotage du PRS suicide (1999-2001)
- PRSP de Haute-Normandie
- Plan régional de Santé mentale
- CR du comité de pilotage des formations, mai 2005
- PRAPS de Haute-Normandie 2004-2008
- SROS 3 de Haute-Normandie, arrêté le 30 mars 2006

Le contexte régional

Situation démographique et socio-économique du territoire

La Haute-Normandie est la treizième région française avec 1 780 439 habitants au dernier recensement, soit 3% de la population nationale, dont 51,4% de femmes sur un territoire de 12 317 km² dont la densité est de 145 habitants par km². Les estimations de population de

l'INSEE pour la région Haute-Normandie donnent un chiffre de 1 804 541 habitants au 1^{er} janvier 2004.

La région se situait dans les premières régions françaises pour la part des moins de 20 ans en 1999, avec une proportion de 28%. En 2004, elle garde cette position bien que cette proportion ait légèrement diminué, comme dans l'ensemble des régions (26,9%).

La Haute-Normandie est une région relativement moins âgée que la moyenne nationale. Elle présente une proportion de personnes âgées de 75 ans et plus de 7,1% (contre 7,9% en France métropolitaine). De même, les personnes âgées de 85 ans et plus représentent 2,1% de la population totale en Haute-Normandie contre 2,4% en France métropolitaine.

Sur le plan économique, la Haute-Normandie est une région de première importance au plan national. Elle regroupe 76 établissements classés " Seveso 2 " (soit 6% de l'effectif national), 2 centrales nucléaires, une centrale thermique, 3 raffineries et 2 ports d'importance majeure. Cette prédominance se retrouve dans la structure de l'emploi régional : la proportion d'ouvriers dans la population active est une des plus élevées de France avec 31,2% contre 25,6% pour la France métropolitaine.

Par ailleurs, la Haute-Normandie est également une région rurale avec une forte activité d'élevage. Ces caractéristiques ont un impact certain sur la qualité de l'environnement.

Le taux de chômage régional au début 2004 est de 12,3%. L'Eure est sensiblement moins touché que la Seine-Maritime. Le taux régional est supérieur à celui de la France entière (11.9%). Le taux de chômage des jeunes actifs est très élevé (24.8%) : il est le double de la moyenne régionale.

Par ailleurs les femmes demeurent plus touchées par le chômage que les hommes avec un écart d'environ 4 points entre les deux sexes (14,4% pour les femmes contre 10,5% pour les hommes).

Les problèmes de pauvreté et de précarité sont importants. La Haute-Normandie occupe le 7^{ème} rang en métropole pour le taux d'allocataires du RMI (supérieur de deux points au taux national) et comprend également un fort taux de chômeurs de longue durée.

Épidémiologie du suicide sur le territoire

La Haute-Normandie se trouve au 8^{ème} rang nationale 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.

Il existe donc une surmortalité par suicide en Haute-Normandie par rapport à la moyenne nationale, mais pas de surmortalité chez les jeunes.

Démographie médicale et offre de soin

Le taux d'équipement en lits (0,71 contre 1,02) et places (1,11 contre 1,49) est très inférieur aux moyennes nationales en psychiatrie générale et en pédopsychiatrie.

La densité des personnels médicaux et infirmiers est inférieure aux moyennes nationales pour les médecins elle correspond à 6,54/100 000 habitants contre 9,1.

Historique

Un PRS « Prévenir le suicide des jeunes (10-24 ans) en Haute-Normandie » a été mis en place sur proposition de la Conférence régionale de santé de 1997 et décision de la préfecture. Il est piloté par un groupe de programmation interdisciplinaire. Ce groupe a été coordonné par le directeur adjoint de la DDASS de Seine Maritime (représentant l'Etat) qui s'est fortement impliqué, et le responsable du service info santé de la CRAM de Normandie.

Le groupe de programmation s'est constitué suite à la réunion de lancement du PRS le 5 février 1998, lors de la 2^{ème} journée nationale de prévention du suicide. Suite à cette réunion 20 personnes ont été retenues pour leur représentativité de la diversité institutionnelle. Il s'agit de personnels des milieux médical, social et éducatif aucun représentant des médecins généralistes ni des collectivités territoriales n'était présent.

La première réunion du groupe de pilotage s'est tenue le 26 mars 1998. Les réunions se sont tenues tous les mois pour définir les orientations puis de manière moins régulière effectuant simplement la coordination et le suivi des actions mises en place.

Le PRS devait initialement s'étaler sur 3 ans de 1999 à 2001, mais les actions se sont poursuivies (certaines se poursuivent encore) et le groupe de pilotage a continué à se réunir jusqu'en 2003.

En fait, il semblerait que c'est à la suite du départ du coordinateur du PRS à la DRASS en 2003, qui s'était fortement investi, que le groupe de pilotage ne s'est plus réuni. D'autres facteurs ont joué un rôle. Tout d'abord, la durée initiale du PRS était largement dépassée. De plus, le départ d'autres personnes membres du comité de pilotage a freiné la mobilisation. Enfin, une certaine « usure » et « amertume » de ces membres, notamment suite à l'échec de plusieurs projets comme la mise en place des cellules d'intervention rapides a découragé les membres du comité de pilotage. L'actuel référent DRASS arrivé en 2004 a affirmé que le dossier avait été laissé « dans un placard » entre le moment du départ du coordinateur du PRS à la DDASS et son arrivée à la DRASS.

Les réalisations dans le cadre de la Stratégie nationale

Les actions prioritaires nationales

Les formations pluridisciplinaires au repérage de la crise suicidaire

Cinq sessions de formation ont été dispensées au 31/12/2004, elles ont permis de former 75 personnes.

L'annuaire régional

Aujourd'hui, la création d'un annuaire régional et d'outils de communication est programmée dans le cadre de l'objectif n°1 du plan santé mentale « Améliorer l'information », objectif repris dans la mesure 2.2.2-5 du PRSP.

Les audits cliniques

Très peu d'informations ont pu être collecté sur la réalisation des audits cliniques en Haute-Normandie. Le référent n'a pas pu nous fournir d'information, l'ancien coordinateur du PRS a

parlé de tentatives avortées en la matière, un seul audit aurait ainsi été réalisé. Aucun responsable ou coordinateur de ces audits n'a pu être rencontré dans cette région.

Les actions régionales

Les actions régionales de prévention du suicide peuvent se classer selon les 4 axes de la Stratégie Nationale d'actions face au suicide. Dans le cas de la Haute-Normandie une grande part de ces actions sont issues du PRS « prévenir le suicide des jeunes ».

AXE I Favoriser la prévention par un dépistage accru des risques suicidaires

On peut classer dans cet axe les actions relatives à l'écoute : extension des points écoutes jeunes, création d'un dispositif d'écoute téléphonique et formations à l'écoute téléphonique. Ces actions correspondent à l'objectifs 1-2 du PRS « donner des réponses concrètes en situation de crise » et ont été principalement financées sur crédits d'Etat et fonds FNPEIS.

Axe II Diminuer l'accès aux moyens létaux

Un message de prévention en direction des détenteurs d'armes à feu a été réalisé sous la forme d'une plaquette diffusée auprès des associations de tir et de chasseurs. Il s'agit de l'action 1-3-A du PRS, portée par la CPAM de Dieppe et financée par des fonds FNPEIS.

AXE III Améliorer la prise en charge

L'objectif 1-4 du PRS avait un intitulé similaire : « Améliorer la prise en charge globale et multidisciplinaire ». Trois actions ont été réalisées dans ce cadre : l'organisation de réunions d'échanges de pratiques entre les acteurs concernés, création d'une cellule régionale de référence en suicidologie au CHS du Rouvray financée par des crédits ARH, Renforcement des actions de prévention des récurrences de tentatives de suicide à Rouen.

AXE IV Améliorer la connaissance

L'objectif 1-1 du PRS avait un intitulé proche : « Améliorer la connaissance des professionnels ». Dans ce cadre un projet de recherche en suicidologie a été réalisé au CHU de Rouen. En 1997, avant le lancement du PRS une étude a été réalisée par l'ORS intitulée « Enquête sur les prise en charge des suicidants auprès des services d'accueil des urgences ». D'autres enquêtes ont également été menées auprès du SAMU, du département d'information médicale des établissements et sur l'analyse de la prise en charge des suicidants par les médecins généralistes.

En terme de communication vers le public, l'objectif 2 du PRS prévoyait de « Contribuer à changer les regards de la société sur l'acte suicidaire ». Dans ce cadre, une plaquette d'informations indiquant les adresses Santé Jeunes a été diffusée dans chaque département avec le soutien de la fondation de France. Enfin, des actions de communication et de sensibilisation telles que la réalisation d'une émission télévisuelle, d'un journal, d'un spectacle interactif ou encore la promotion des centres médico-psychologiques ont également été réalisées dans ce cadre. Ces actions ont été menées avec des partenaires tels que l'Education nationale, le CRES et les CODES notamment.

Financements

Les crédits d'Etats dépensés pour la période 2000-2004 sont estimés à 1 134 774 Euros. Le référent n'a pas pu nous fournir les financements détaillés par action, considérant que de nombreuses actions ne concernent pas directement le suicide qui recouvre plutôt à un aspect transversal.

Nous n'avons pas pu obtenir de données financières sur les crédits FNPEIS et l'ARH.

La mise en œuvre des actions

Mise en place d'une structure de pilotage et de suivi

Le pilotage des actions de la Stratégie nationale concerne principalement les formations. En effet, l'actuel référent DRASS a repris le dossier de la prévention du suicide notamment en mettant en place un comité de pilotage relatif au dispositif de formation au repérage de la crise suicidaire avec les membres de la cellule de suicidologie du CHU. Cependant, ce comité ne coordonne pas comme le précédent l'ensemble des actions relatives au suicide qui se trouvent essaimées dans le PRSP et intégrées dans le plan de santé mentale et le PRAPS.

Mise en œuvre des actions prioritaires nationales

Formations

Les formations régionales ont été intégrées comme une priorité du plan régionale de santé mentale (Objectif 2, « Améliorer la formation des professionnels », et objectif 3 « Développer les dispositifs de prévention »).

Cinq sessions de formations ont été dispensées au 31 décembre 2004, qui ont permis de former 75 personnes. Trois binômes de formateurs ont été formés qui se répartissent sur les principales agglomérations de la région : un binôme assure les formations sur Rouen, un second binôme assure les formations sur Le Havre et, enfin, un dernier binôme assure les formations sur Evreux. Il n'existe pas encore de formation spécifique en milieu pénitentiaire, un binôme devant être formé prochainement. De même, à l'heure actuel c'est un binôme pluridisciplinaire qui effectue les formations en géro-psycho-geriatrie.

Avec la fin du PRS l'organisation des formations demeure la seule occasion de coordination par la DRASS sur la thématique. Le référent DRASS a mis en place un « *comité de pilotage relatif au dispositif de formation au repérage de la crise suicidaire* » qui réunit une fois par an les différentes institutions concernées par les formations (personnels hospitaliers, du SMPR, de la DRASS et de l'administration pénitentiaire comme le Directeur de la maison d'arrêt de Rouen). La première réunion s'est tenue le 3 mai 2005 (la prochaine le 29 juin 2006), son premier travail a été la préparation d'un budget type pour les demandes de subvention à la DRASS. La coordination des formateurs se fait dans le cadre de la cellule de suicidologie mise en place par le PRS, qui centralise les informations.

Les formations de formateurs s'organisent de la façon suivante

- les binômes de formateurs sont proposés par la DRASS à la DGS,

- la DGS les contacte directement,
- les frais sont pris en charge des frais par le CH Vinatier dans le cadre de sa convention avec la DGS,
- les binômes sont intégrés au copil et doivent effectuer au moins 3 sessions de formation.

Les formations régionales s'organisent de la façon suivante :

- L'administration de l'hôpital dont dépend chaque binôme de formateur envoie une demande prévisionnelle de subvention en début d'année en fonction du nombre de formation qu'il prévoit de dispenser,
- La DRASS verse les crédits à chaque équipe,
- Les sessions locales de formation sont organisées par chaque binôme (envoi d'une affiche et de bulletins d'inscription aux institutions concernées, inscription des participants, réservation de salle et location de matériel de vidéo projection)
- Les formateurs envoient leurs bilans d'activité à la cellule de suicidologie qui centralise l'information.
- La DRASS réunit annuellement le comité de pilotage incluant les nouveaux formateurs régionaux.

Par ailleurs, la mise en place des formations dans le milieu pénitentiaire révèle la difficulté d'intervenir auprès de professionnels dépendant d'administrations différentes. Ainsi, un médecin du SMPR dépend administrativement du CHU, tandis qu'un psychologue de l'administration pénitentiaire souhaitant suivre la formation de formateur doit demander une autorisation à la direction régionale des services pénitentiaires de Lille. Le circuit de décision est donc complexe et manque de cohérence.

Audits cliniques

Nous n'avons pas pu recueillir suffisamment d'informations pour développer cet aspect. Le peu d'informations qui nous a été possible de rassembler suggère que les audits n'ont pas abouti. De toute évidence, ils ne sont pas gérés de manière intégrée aux autres actions de prévention et de prise en charge du suicide par le référent.

Annuaire

Les annuaires ont été inscrits dans le PRSP et dans le plan santé mentale régional.

Mise en œuvre des actions régionales de prévention du suicide

De nombreuses actions de prévention du suicide ont été mises en œuvre dans le cadre du PRS suicide des jeunes, qui a pris fin en 2003.

Les autres actions régionales de prévention du suicide ne sont pas mises en œuvre dans un cadre spécifique. Elles sont intégrées dans la programmation régionale au titre du PRAPS et du plan santé mentale mais ne font pas l'objet d'une coordination ou d'un suivi.

Les travaux de la cellule de suicidologie correspondent à la seule action qui connaît une coordination approfondie avec la DRASS. La cellule a été mise en place en 2000 dans le cadre du PRS avec la création d'un poste de PH ayant à sa charge uniquement la prise en charge des TS, d'un poste d'infirmière à mi-temps et d'un poste d'assistante sociale. L'emploi du

temps du praticien hospitalier (PH) se divise en deux temps : le matin il prend en charge les tentatives de suicide et l'après-midi il se consacre à la mise en réseau avec les intervenants sociaux et les associations. L'infirmière et l'assistante sociale effectuent également le suivi post-hospitalier des TS en proposant notamment des réévaluations hors de l'hôpital.

Au travers de cette action, un réseau s'est donc progressivement constitué à partir de la cellule de suicidologie et a été renforcé par la mise en place des formations gérées par ce même service.

Analyse des effets du dispositif

L'impulsion d'une politique régionale

La Stratégie nationale n'a pas permis l'impulsion d'une politique régionale de prévention et de prise en charge du suicide dans la mesure où le PRS était antérieur à sa mise en place régionale. Cependant, elle a permis d'une part de donner un second souffle à cette politique régionale suite à la fin du PRS, notamment à travers les formations pluridisciplinaires et, d'autre part, d'élargir les actions mises en œuvre à la prise en charge alors que le PRS s'était principalement centrée sur la prévention.

La mobilisation des acteurs

Le groupe de pilotage du PRS a permis aux acteurs des secteurs médical, social et éducatif de se rencontrer régulièrement sur la thématique du suicide. Il constituait un lieu d'échange, de coordination et de suivi dont la disparition est regrettée par plusieurs acteurs rencontrés. Le PRS a contribué à mobiliser l'assurance maladie, l'Education nationale, la psychiatrie, la PJJ et les associations d'écoute et ainsi d'atténuer le clivage entre les secteurs social et sanitaire. Cependant, les difficultés liées au dialogue interinstitutionnel et l'échec de certaines actions pluri-partenariales, telles que la mise en place d'une cellule pluridisciplinaire d'intervention, malgré une forte mobilisation de certains acteurs ont provoqué une certaine « amertume » et une démobilisation de ces derniers.

La Stratégie nationale a été relativement mal perçue par les acteurs du PRS dans la mesure où celui-ci avait choisi de se concentrer sur la prévention et très peu sur le soin. La Stratégie a donc pu apparaître comme « une négation du travail de terrain » perturbant l'organisation du PRS telle qu'elle avait été pensée initialement.

Cependant, la Stratégie, notamment au travers des formations a permis un certain renouvellement des acteurs mobilisés sur le suicide au moment où la fin du PRS et de nombreux départs engendraient une certaine démobilisation. Ainsi, le premier formateur régional en charge de la coordination des formations n'était pas membre du PRS. Il a observé de grandes difficultés à obtenir des financements DRASS pour la mise en place des formations jusqu'à la nomination de l'actuel référent qui a permis de débloquer la situation. Ce renouvellement des acteurs a donc permis de relancer la mise en œuvre de la Stratégie freinée par l'*a priori* négatif qu'en avaient les acteurs du PRS. Cependant, elle n'a pas permis de mobiliser une aussi grande diversité d'acteurs que le PRS.

Les formations ont également suscité une forte demande du rectorat qui s'est mobilisé sur cet aspect en finançant la formation de 120 personnes sur la crise suicidaire mais également de façon plus large sur la dépression des jeunes.

La mobilisation des médecins généralistes

Il y a de grandes difficultés à mobiliser les médecins généralistes sur les formations dans la mesure où la Haute-Normandie connaît de sérieuses difficultés en termes de démographie médicale. Les médecins généralistes ont peu de temps à accorder aux formations pluridisciplinaire et sont de plus très sollicités par les formations proposées par les laboratoires et par les associations de FMC.

Il existe une formation proposée par une association de FMC sur le thème du suicide qui n'a pas de lien direct avec les formations pluridisciplinaire et la Stratégie. Un Médecin généraliste, conseillé par un formateur régional, a conçu une formation spécifique sur le suicide dans le cadre de son association de FMC, MGFORM. Un séminaire s'est tenu durant lequel 24 médecins généralistes ont été formés. Cette formation a été agréée par MGFORM et fait désormais partie de son catalogue de formation national, chaque association locale de MGFORM peut donc mettre en place cette formation en l'inscrivant à son plan de formation présenté à l'appel d'offre de l'OGC¹⁸.

La mise en réseau des professionnels

La mise en réseau des professionnels a commencé dans le cadre du PRS notamment sous la forme d'un projet d'annuaire régional des associations impliquées dans la prévention du suicide qui n'a pas abouti et des activités de la cellule de suicidologie.

Les annuaires prévus dans la Stratégie n'ayant pas été réalisés pour l'instant, ils n'ont pas contribué à la mise en réseau. En revanche, les formations pluridisciplinaires gérées ont permis de prolonger et de renforcer la mise en réseau avec les acteurs sociaux et associatifs autour de la cellule de suicidologie. Elles sont notamment un moyen de prendre connaissance de l'existence d'initiatives locales et d'échanger des contacts. L'objectif actuelle de la DRASS par rapport à ces formations est de les délocaliser sur tout le territoire afin de contribuer à un maillage des personnes ressources sur le territoire.

Actuellement, la Stratégie Nationale est perçue en Haute-Normandie, notamment par la DRASS, comme uniquement la mise en place de formations pluridisciplinaires au repérage de la crise suicidaire.

La pérennisation des actions

La stratégie nationale a permis de prolonger les activités de la cellule de suicidologie. Celle-ci est devenue en quelque sorte le cœur de la mise en œuvre régionale de la Stratégie, le lieu

¹⁸ L'OGC, l'organisme de gestion conventionnel, est une émanation de l'assurance maladie qui finance la formation médicale continue. Il est géré par l'Assurance Maladie et les syndicats signataires de la convention.

de référence au niveau régional. De plus, le financement d'un poste de PH ayant vocation à animer le réseau de la psychiatrie et du secteur médico-social sur ce thème permet la pérennisation de ce réseau.

L'inscription des actions nationales et régionales dans le PRSP à l'initiative du référent est également un gage de pérennisation de celles-ci.

Les formations et l'amélioration des compétences

Les formations sont jugées « utiles », « nécessaires », « fondamentales » par les acteurs rencontrés. Cependant elles demeurent difficilement accessibles pour les personnes qui n'appartiennent pas au secteur public et il existe toujours une demande supérieure à l'offre.

L'apport des formations aux personnes ressources réside dans le fait qu'elles permettent de lever leur crainte, notamment quand elles réalisent que très peu de personnes passent à l'acte. Les jeux de rôle leur permettent de mieux comprendre comment aborder le sujet avec une personne présentant des risques. Les personnes ressources prennent conscience qu'elles peuvent être plus insistantes, qu'elles ont le droit d'en parler à la famille et qu'elles ne peuvent pas rester seul face à une personne présentant un risque. D'après un formateur régional, ce qui est le plus marquant c'est l'acquisition de compétences pour évaluer le potentiel suicidaire. Cela permet d'avoir des points d'alerte communs.

L'amélioration de la prise en charge hospitalière

Les audits n'ayant pas été réalisés, ils n'ont pu avoir d'effet sur la prise en charge hospitalière. En revanche, la mise en place de la cellule de suicidologie dans le cadre du PRS a été l'occasion d'impulser une démarche qualité interne au CHS du Rouvray basée sur les recommandations issues de conférences de consensus.

Conclusions

Cette étude de cas apporte des éléments particulièrement intéressants à deux niveaux : au niveau de la transition entre un PRS et la mise en place de la Stratégie, et au niveau de la mise en œuvre des formations et du développement d'un réseau à partir d'un service hospitalier, la cellule de suicidologie du CHS du Rouvray.

La transition entre le PRS et la Stratégie permet de souligner les incohérences qui peuvent exister entre des actions nationales prioritaires et des actions régionales conçues à partir d'une analyse de la situation locale. Ces contradictions ont pu créer des situations de blocage et la Stratégie, selon la façon dont elle est perçue, ne permet pas nécessairement de renforcer les initiatives locales.

A l'inverse, c'est la cellule de référence en suicidologie qui a permis d'assurer la transition entre le PRS et la Stratégie. A ce niveau, la Stratégie a permis de renforcer cette initiative locale. La cellule étant le point de départ hospitalier d'un réseau associant les personnels sociaux et associatifs que les formations pluridisciplinaires ont permis de renforcer. Cela soulève néanmoins le problème de l'organisation logistique des formations par les établissements hospitaliers.

Annexe 7 Comptes-rendus des Tables rondes

Compte rendu de la table ronde réunissant les experts et les acteurs nationaux

Paris le 01/09/2006

Personnes présentes

- Sandrine Leiser, chargée de prévention, CNAMTS
- Xavier Pommereau, psychiatre au Centre Abadie à Bordeaux
- Pr. Michel Walter, psychiatre au CHU Brest
- Pr. Schmidt, psychiatre à la clinique des vallées en Haute Savoie
- Anne Claire Horel, Chargée de mission EAAD Centre Hospitalier René Dubos)
- Dr Baudouin, psychiatre du même centre hospitalier.
- Mme Espérandieu, chargée de mission à l'INPES

Méthode

- discussion à 2 autour de 2 conclusions par questions.
- 2 conclusions par groupe de 2
- reformulation
- regroupement les conclusions

Question 1.1 – 1.2 - 3

Conclusions

CCL1 : La réussite de la mobilisation dépend de l'existence d'un PRS. La Stratégie peut renforcer une mobilisation régionale mais pas de la créer ex-nihilo (elle n'en a pas les moyens).

Recommandation correspondante :

- La Stratégie doit s'adapter aux caractéristiques et aux moyens de chaque région.

CCL2 : Le manque de personnel et de moyens dédiés à la coordination compromet le déploiement de la Stratégie. Les moyens mis à disposition sont hétérogènes d'une région à l'autre. Enfin la mobilisation est fragile car elle dépend de quelques personnes.

Recommandations : La fonction du niveau national : le rôle d'animation du niveau national est essentiel. Relancer ce rôle d'animation. Donner les moyens de la coordination

CCL3 : La Stratégie nationale ne tient pas assez compte des spécificités régionales. La mobilisation des professionnels est inégale car la Stratégie nationale ne les différencie pas (*ou on constate une résistance à la mise en place de la Stratégie en région ou la SN n'a pas ciblé les professionnels adaptés, cad les médecins.*)

CCL 3 bis : la Stratégie a été descendante et pas assez de cadre d'évaluation. Il n'y a pas assez eu d'adaptation au niveau régional. On n'a pas de méthodologie. On ne connaît pas ce qui se fait dans les autres régions, on n'a pas de comparaison.

Recommandations 3 : La Stratégie nationale doit tenir compte des spécificités régionales, en s'appuyant sur un diagnostic régional. La Stratégie doit cibler les médecins et notamment les médecins psychiatres et les médecins hospitaliers.

Recommandations 3 bis: la Stratégie doit s'appuyer sur un diagnostic régional. Elle doit s'adapter aux régions et au diagnostic régional. Si une région préfère cibler des populations ou des partenaires, alors il ne s'agit plus d'une approche longitudinale.

Recommandations 3 bis bis : Dans un deuxième temps, la prévention, à travers la Stratégie, doit être diffusée transversalement de manière à prendre en charge certaines populations spécifiques. Ensuite, la Stratégie peut renforcer les mesures existantes régionalement.

CCL 4 : La mise en place de la SN a suscité une prise de conscience à l'échelle régionale (focus sur la prévention du suicide). La durée de 5 ans du programme est trop longue pour maintenir la mobilisation.

Recommandations 4 : La bonne durée c'est 3 ans. Rendre la Stratégie plus lisible.

Retour sur la question 3 : donner plus de compétences aux régions, aux départements. Cela pourrait être abordé par les conférences de santé régionales, les GRSP. Elargir à la souffrance psychique.

Question 2.1 et question 2.2

Conclusions 1 : Les formations sont utiles pour le repérage de la crise suicidaire mais moins sur la prise en charge des suicidants. Le contenu des formations sur la prise en charge est insuffisant. Les stages de professionnels dans les services spécialisés ne sont pas inclus dans la SN.

De manière générale dans la Stratégie, il y a une insuffisance dans la définition de la prise en charge. L'accent est mis sur le repérage et l'orientation. Il y a un manque sur la prise en charge.

La prévention, c'est de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, c'est très segmenté.

Recommandations 1 : il est nécessaire de développer une cellule de régulation des consultations très rapide qui évalue les besoins.

Recommandations 1 bis : Inclure dans la Stratégie les stages de professionnels venant travailler sur la prise en charge. Définir la place et les rôles des différentes personnes autour de la prise en charge. Mieux articuler prévention et prise en charge.

Conclusion 2 : Les formations sont utiles car elles sont multicatégorielles. Des filières existent mais dépendent encore beaucoup de facteurs personnels.

Conclusion 3 : Le lien entre la prévention du suicide et la souffrance psychique est insuffisant.

Recommandations 3 : il faudrait parler de la Stratégie de manière plus globale et l'articuler avec le Plan de Santé Mentale. (*Les gens qui se suicident sont des gens dépressifs. Le suicide c'est l'expression d'une souffrance plurifactorielle*).

Conclusion 4 : L'efficacité des formations dépend des dispositions prises en amont. L'efficacité des formations dépend de la place de la personne dans la chaîne.

Recommandations 4 : Il faut élargir les formations. L'information des populations doit être faite. Il serait intéressant de former les inspecteurs du travail et les CPE, ainsi que les populations plus larges (familles). Communication plus large vers les familles en souffrance.

Conclusion 5 : On constate un manque de coordination des réseaux. La notion de réseau ne s'appuie pas sur le bon échelon (pays).

Recommandations 5 : Mettre en place des régulations locales ou départementales qui aideraient les partenaires à voir si ils ont des difficultés à mettre en réseau. Ca suppose la création de réseaux. Coordonnateur de réseau en pluridisciplinaire

Recommandations 5 bis : Mettre en place des dispositifs selon le modèle des « cercles concentriques » autour de la personne en souffrance. Création de postes d'animateurs de santé. Mise en place de réseaux institutionnels selon le modèle breton : existence de comités de pilotage de la prévention du suicide au niveau régional, départemental et local.

Recommandations 5 bis bis : mieux repérer et traiter et gérer les approches en réseau (transversale) et en filière (longitudinal)

Conclusions 6 : les médecins libéraux ne se forment pas dans le cadre actuel. Les professionnels du monde du travail n'ont pas été pris en compte.

Recommandations 6 : élargir la cible des formations à d'autres catégories de publics

Conclusion 7 : les logiques DRASS et ARH divergent.

Recommandations 7 : faciliter les liens ARH DRASS sur le sujet, qui freine la coordination sur la prise en charge. Impliquer l'ARH sur le sujet

Recommandations 7 bis: construire une Stratégie globale qui prenne en charge la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Inclure la SN dans un cadre de santé plus large.

Question 2.3.

Conclusion 1 : l'approche par segments de population a permis de donner une certaine dynamique à la Stratégie mais rencontre des limites.

Conclusion 2 : l'approche par parcours de vie est trop peu développée.

Conclusion 3 : la SN a réussi à influencer les stratégies régionales.

Conclusion 4 : certaines populations n'ont pas été prises en compte : la souffrance au travail (inspecteurs du travail), les jeunes déscolarisés.

Question 2.4 : médecins généralistes.

Conclusion : le suicide n'est pas une priorité pour les médecins généralistes, et il est difficile de les mobiliser sur la question de la prévention du suicide. Ceux qui se forment sont toujours les mêmes. Les médecins ne suivent pas les formations compte tenu des modalités pratiques (durée, horaires, etc..).

Recommandation : Intégrer des messages dans les campagnes de communication de la dépression, de la souffrance psychique au niveau national.

Miser sur le crédit temps.

Intégrer des critères qualitatifs dans les crédits de formations FMC pour que la souffrance psychique soit un point de passage obligé.

- travailler avec les associations de FMC en les rémunérant
- proposer des formations le soir, payées, spécialisées pour eux, adaptées.
- le message sur la prévention du suicide doit apparaître dans les formations régionales, les recommandations nationales, la formation initiale, dans des messages plus large sur la prévention de la souffrance psychique.

Compte rendu de la table ronde réunissant les référents régionaux de la Stratégie

Date

5 septembre 2006

Objectifs

Formulation des conclusions et propositions de recommandations

Personnes présentes

Mme M.-L. Férial, référent DRASS Limousin

Mme F. Desbois, référent DRASS Bourgogne

Mme H. Noël, référent DRASS Picardie

Mme F. Dorlancourt, référent DRASS Basse Normandie

Mme M. Bouchet, Référent DRASS Midi-Pyrénées

Mme M.-C. Ponsard, référent DRASS Ile de France

M. C. Filser, référent DRASS Alsace

M. C. Peyroux, référent DRASS Centre

Mme C. Lombard, référent DRASS Rhône-Alpes

Pr. Chavagnat, PRS Poitou-Charentes

Animation (1) et rédaction du compte-rendu (2)

(1) Delphine Pupier (DPU)

(2) Laurent Raffier (LRA)

Méthode

Discussion libre autour des questions

Question 1.1, 1.2 et 3

CONCLUSIONS QUESTIONS 1.1, 1.2, 3

- Les régions se sont mobilisées à des échelles différentes en fonction de leurs moyens et de leurs priorités régionales.
- La Stratégie a été perçue comme peu adaptées pas aux spécificités régionales.
- Les ARH se sont mobilisées autour du thème de la prise en charge, notamment au sein des SROS, même si cela ne s'est pas fait dans le cadre de la Stratégie.
- Les formations régionales constituent un ancrage régional fort de la mobilisation.
- Dans certaines régions, les opérateurs régionaux (associations) prennent de nombreuses initiatives
- Des outils méthodologiques et d'échanges de pratique ont manqué aux référents suicide pour mettre en œuvre la Stratégie.
- Les PRSP sont gages d'une mise en cohérence et d'une pérennisation de la prévention.
- Il existe une redondance dans les structures d'animation autour de la santé mentale en région.
- La convention cadre avec la DAP a facilité la mise en œuvre des formations en milieu pénitentiaire en région.

RECOMMANDATIONS

- Proposer une approche plus globale de la prévention du suicide au sein de la Stratégie Nationale,
 - en élargissant à la prévention de la souffrance mentale
 - et en prenant en compte la prévention à tous les stades : primaire, secondaire, tertiaire.
 - En insistant sur la prise en charge
 - En réfléchissant en terme de « filières »
 - En laissant la mobilisation s'organiser à un niveau pertinent (département, pays, bassins de vie).
- Proposer des possibilités d'adaptation de la Stratégie Nationale aux spécificités régionales en donnant davantage d'autonomie aux DRASS sur le sujet :
 - S'adapter aux priorités et aux moyens des régions

- S'appuyer sur les réseaux existants (référents=facilitateur de réseaux)
- S'appuyer sur les PRSP, gages de pérennisation et de mise en cohérence de la prévention.
- Proposer des outils aux régions : critères de suivi, clarification des circulaires, échanges de pratiques, cadrages.
- Augmenter les moyens sur la santé publique et la prévention en particulier
- Clarifier en région les structures de concertation autour de la santé mentale.
- Développer les conventions cadres avec les acteurs nationaux pour faciliter la mise en œuvre régionale de la Stratégie.
- Créer les ARS, pour faciliter la cohérence entre le milieu sanitaire et sociale et le milieu hospitalier.

Questions 2.1 sur les formations pluridisciplinaires

CONCLUSION

- Les formations sont un des seuls outils pour le repérage de la crise suicidaire même si des initiatives locales (théâtre) existent. Cet outil est considéré comme un corpus minimum de savoirs sur la crise suicidaire.
- Elles sont déployées à des niveaux différents dans les régions. Les CORES et CODES sont souvent un soutien logistique important.
- Il n'y a pas assez de personnes formées dans les structures et ces personnes ressources n'ont généralement pas la légitimité pour lancer une dynamique de prévention.
- Il existe des difficultés de mobilisation et de recrutement des binômes de formateurs.
- Ces formations sont un ancrage régional fort en terme de maillage, notamment lorsque les formations sont suivies d'une journée de capitalisation.
- Le rôle des personnes ressources n'est pas clairement défini.

RECOMMANDATIONS

- Les formations doivent être :
 - Poursuivies, et notamment sous forme pluridisciplinaires sauf pour les médecins généralistes
 - Elargies à d'autres catégories : actifs salariés, (dont policiers, pompiers, armée, etc.)
 - Prolongées par des journées de suivi, des « piqûres de rappel », permettant le maillage des personnes formées.
- Le rôle des personnes ressources doit être clarifié. Les structures auxquelles elles appartiennent doivent montrer une volonté politique de prévenir le suicide.

- Travailler avec les associations de FMC pour intégrer la formation au repérage au sein de leurs programmes.
- Permettre la démultiplication des formations, après vérification de l'expérience du formateur.
- Continuer à travailler avec les structures nationales, sur le modèle de la DAP, pour faciliter le travail de terrain (notamment avec la DHOS, pour faciliter le travail de terrain avec les ARH).

Question 2.2 Mise en réseau

Conclusions :

- Plus que des réseaux, la Stratégie a contribué avec les formations à créer un premier niveau de maillage d'acteurs de la prévention au sein d'une région. Les acteurs locaux sont davantage à la recherche de la constitution d'un maillage que d'un réseau formel.
- La dotation DRDR nécessite un lourd travail de constitution de projet, ce qui freine la constitution de réseaux formels.
- Les annuaires peuvent être un maillon du maillage des acteurs, à condition d'être portés, promus, et réactualisés.
- Le maillage repose sur la conjugaison de différentes initiatives : former les personnes, créer un observatoire, un centre de ressources, organiser des échanges sur les pratiques, journée d'échanges et d'études.
- Les réseaux ne se décrètent pas
- Les PRSP sont des facteurs de mises en réseaux.
- Une des difficultés rencontrées est la rémunération au sein d'un réseau (ce n'est pas possible si le réseau n'est pas financé par la DRDR).

Recommandations

- La constitution de réseaux « stratégique » autour de la prévention du suicide sera facilitée par l'existence des GRSP.
- Les filières peuvent être développées à partir d'un service hospitalier, par initiative locale.
- La Stratégie doit s'appuyer sur les réseaux existants à différentes échelles selon la région (régional, départemental, bassins de vie, pays) et laisser l'initiative des réseaux/maillage au niveau local.
- Les réseaux doivent se structurer autour de la santé mentale et non autour de la prévention du suicide.
- Les annuaires doivent être portés, actualisés, et évalués.

- Un cahier des charges clair des financements (DRDR, etc) doit être fait à destination des opérateurs régionaux, notamment pour les projets de réseaux, pour une meilleure lisibilité.

Question 2.4 Médecins généralistes

Conclusions :

- Les conclusions présentées sont validées.
- Les médecins généralistes sont difficilement mobilisables.

Recommandations

- Il est nécessaire d'adapter les formations aux médecins généralistes
 - Une journée ou une soirée
 - Pas de formation pluri catégorielle
- Une solution nationale serait souhaitable, notamment en inscrivant la formation au repérage au sein du programme des FMC.
- A défaut, des solutions régionales peuvent être trouvées ; des actions en direction des médecins généralistes nécessitent un travail de terrain avec les associations de FMC et les URML

Question 2.3 Orientations nationales

Conclusions :

- Les orientations nationales en direction d'une population ont clairement orienté le travail de terrain, notamment en direction des détenus (les formations en milieu pénitentiaire ont bien fonctionné).
- La catégorisation des publics cibles est considérée comme pratique car il existe des partenaires et des réseaux dédiés. Ce ciblage est une opportunité, un appui pour le niveau régional.

Recommandations

- Continuer à catégoriser les publics cibles en les élargissant, tout en permettant aux régions de cibler des publics repérés comme spécifique au niveau régional.

Autre point abordé : les audits cliniques

Les audits cliniques n'ont pas fonctionné car :

- Ces audits étaient complexes
- La procédure n'a pas été promue
- Les audits n'ont pas été généralisés et élargis

- Les DRASS n'ont pas été informé du suivi de la mise en œuvre, et n'ont pas reçus de retours sur la mise en œuvre.