

Synthèse

Octobre 2006

Evaluation de la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005

La question du suicide est devenue progressivement une priorité de santé publique au niveau national avec la mise en place d'un programme de prévention du suicide à partir de 1998, puis avec le lancement de la Stratégie Nationale d'actions face au suicide en 2000, pour une durée de cinq ans.

La Stratégie a pour objectif principal la réduction du nombre de suicides en France. Quatre axes prioritaires d'intervention ont été retenus pour atteindre cet objectif :

1. **Favoriser la prévention par un dépistage accru des risques suicidaires,**
2. **Diminuer l'accès aux moyens létaux couramment mis en œuvre lors de suicides,**
3. **Améliorer la prise en charge,**
4. **Améliorer la connaissance épidémiologique.**

Le 1^{er} axe a pour objectifs spécifiques de donner aux professionnels des pratiques communes et des outils validés pour évaluer les facteurs de risque de la crise suicidaire. L'axe 2 comprend notamment la mise en place d'études sur la mortalité par suicide et la mise en place d'un travail interministériel sur la sécurisation des sites utilisés par les suicidants. L'axe 3, quant à lui, comprend l'amélioration de la prise en charge par la généralisation des audits cliniques et des lits d'hospitalisation pour les adolescents, l'amélioration de la qualité des actions de prévention primaire et d'éducation pour la santé ou encore le développement de Programmes régionaux de prévention du suicide. Enfin, l'axe 4 comprend la mise en place de différentes études sur la situation épidémiologique.

En 2006, la Direction Générale de la Santé a fait procéder à l'évaluation externe de cette Stratégie par un cabinet de conseil spécialisé en évaluation de politiques publiques, Eureval, et pour cela elle a demandé au prestataire de répondre aux questions évaluatives suivantes :

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 ?
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 ?
3. 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 ?
4. 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 ?
5. Dans quelle mesure les actions locales mises en œuvre dans l'esprit de la Stratégie nationale ont-elles suffisamment impliqué les médecins généralistes ? Quels seraient les leviers d'action nationaux ou locaux pour renforcer leur mobilisation ?
6. 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 ?
7. 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 mieux ?

Les conclusions présentées dans ce rapport sont formulées en réponse à ces questions, il ne s'agit donc pas d'un jugement global sur la Stratégie nationale. Par ailleurs, l'équipe d'Eureval doit être tenue pour seule responsable des assertions et des préconisations.

Le dispositif d'action

Au niveau régional, le dispositif s'articule principalement autour de trois types d'actions : les formations aux « personnes ressources »², les audits cliniques, et la création de répertoires d'acteurs locaux.

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

Les formations pluridisciplinaires en région, l'intervention phare de la Stratégie Nationale, visent à former des « personnes ressources » dans différents champs professionnels concernés par le repérage de la crise suicidaire. Au total, 291 formateurs ont été formés au niveau national qui ont eux-mêmes formé au moins 12 700 « personnes ressources »³.

Les personnes formées sont réparties dans deux principales structures d'appartenance professionnelles : l'Education Nationale (30% des personnes formées) et les services hospitaliers de psychiatrie (12,5% des personnes formées). En terme de professions, les personnes formées exercent principalement en tant que : infirmiers (24%), travailleurs sociaux (11%), médecins (10%).

Les audits cliniques ont pour objectif d'améliorer la prise en charge hospitalière des personnes en crise suicidaire. On a pu observer que 95 établissements ont suivi la formation HAS (anciennement ANAES), 121 ont effectué la première autoévaluation des pratiques mais seulement 46 établissements ont rédigé un rapport d'audit définitif sur un total de 3023 établissements (1010 établissements publics, 701 établissements privés participant au service public hospitalier et 1312 établissements privés).

Enfin les répertoires locaux ou annuaires ont pour but de référencer l'ensemble des acteurs intervenant sur la problématique du suicide de manière à faciliter leur mise en réseau. 14 régions ont développé des annuaires à l'intention des professionnels, 7 d'entre elles en ont produit un à l'intention du public.

Conditions de mise en œuvre

La démarche de mise en œuvre de la Stratégie Nationale telle qu'énoncée dans la circulaire du 5 juillet 2001 comprend des actions à l'échelle nationale et régionale.

Les orientations nationales sont prises en compte au niveau régional grâce notamment au référent⁴ sur la prévention du suicide désigné dans chaque DRASS, et avant 2004, par les circulaires annuelles d'orientation à destination des DRASS ou encore au cofinancement d'actions.

² La circulaire du 26 avril 2004 définit les « personnes ressources » dans les dix champs d'intervention suivants : les personnels de l'administration pénitentiaire, les bénévoles des associations oeuvrant dans le champ du suicide (par la téléphonie sociale ou l'accueil et le soutien des personnes suicidantes), les intervenants dans les points d'accueil et d'écoute des jeunes, les médecins généralistes, les pédiatres, les urgentistes, les professionnels des secteurs de psychiatrie, les gériatres travaillant en institution, les professionnels de l'éducation nationale (enseignants, infirmiers scolaires), et les professionnels socio-éducatifs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

³ Cf. l'évaluation stratégique réalisée auprès des formateurs à l'intervention de crise suicidaire, réalisé par le Département Qualité et Sécurité du Centre hospitalier Le Vinatier (REQUENA Christelle, TERRA Jean-Louis).

⁴ Un référent suicide est en place dans chaque DRASS. Il peut cumuler plusieurs fonctions (référent santé mentale par exemple). Des réunions de coordination et communication avec les coordinateurs régionaux ont été organisées par la DGS.

Depuis 2004, la loi de Santé Publique a renforcé l'autonomie des DRASS et ne permet plus de cibler les dotations de l'Etat aux services déconcentrés sur des thématiques telles que le suicide. En effet, à présent dans chaque région, un Plan Régional de Santé Publique (PRSP) est défini, sous l'autorité du préfet. Ce PRSP présente les priorités et orientations en santé, élaborées avec la conférence régionale de santé à partir d'un diagnostic partagé avec les partenaires, sur l'état de la santé, sur le bilan des programmes et plans existants et sur l'état régional des ressources. Aussi, les axes, orientations, stratégies des plans nationaux sont déclinés dans le PRSP en fonction des priorités définies au niveau régional.

Mobilisation des acteurs nationaux et régionaux

Au niveau national

L'ensemble des acteurs nationaux de la santé publique s'est mobilisé fortement à partir de 1998 autour de la conception de la Stratégie Nationale et à partir de 2000 autour de sa mise en œuvre en intégrant la problématique suicide dans leurs stratégies d'actions à court ou moyen terme et en allouant des ressources financières pour la prévention mais cette participation tend à se réduire suite à des changements de priorités des structures. Ainsi, la CNAMTS qui s'était mobilisée dès 1998 principalement sur la prévention primaire, s'est désengagée au niveau national suite à la création de l'INPES (anciennement CFES), qui a entraîné une nouvelle répartition des compétences entre ces deux structures. De même, l'HAS (anciennement ANAES) et la Mutualité Française ont étendu leur champ d'action à la santé mentale en générale, la prévention du suicide n'étant plus qu'un des aspects de ce champ. Ces acteurs souhaitent une plus grande coordination avec la DGS, pour certains dès le moment de la conception de la Stratégie et pour d'autres pendant la mise en œuvre.

La Direction de l'Administration Pénitentiaire s'est historiquement fortement mobilisée autour de la prévention du suicide en milieu carcéral et la Stratégie nationale a conforté cette mobilisation. Celle-ci a été facilitée par l'existence d'une Commission centrale de suivi des acteurs suicidaires instaurée par la circulaire de 2002 et par des réunions de travail régulières entre la DAP et la DGS.

Les acteurs nationaux hors du champ de la santé (Education Nationale, PJJ) se sont relativement mobilisés, à partir de 2002 en interne et de manière croissante sur la prévention de la souffrance psychique, en s'inscrivant dans des contrats-cadres ou des circulaires conjointes. On note en particulier que les infirmières scolaires constituent le premier public des formations.

Les associations oeuvrant dans le champ de la prévention du suicide et appartenant à l'UNPS ont été associées à la mise en œuvre de la Stratégie. En revanche, les associations de familles et d'usagers du système de santé ont été moins impliquées, ce qui peut faire défaut en terme de couverture thématique des actions.

Enfin, les relations entre les partenaires nationaux ont le plus souvent été bilatérales entre la DGS et les acteurs nationaux, exception faite des projets communs DGS-CNAMTS-INPES (anciennement CFES)-Mutualité Française réalisés avant fin 2002.

Les quatre acteurs CNAMTS, HAS (anciennement ANAES), l'INPES (anciennement CFES), et la Mutualité Française, noyaux durs des partenaires de la DGS sur la Stratégie

Nationale, se sont donc fortement mobilisés sur la mise en œuvre de la Stratégie. En revanche leur mobilisation a fortement décliné à partir de 2002, suite à des changements de priorité des institutions.

Au niveau régional

La priorité suicide a émergé lors des conférences régionales de la fin de années 90 dans 13 régions sur 26 dans le cadre des PRS Suicide, avant le lancement de la Stratégie. Le plus souvent, la Stratégie a conforté le PRS existant voire même permis de relancer un PRS non mis en œuvre ou en déclin.

Pour l'ensemble des régions, qu'elles aient ou non un PRS, elle a par ailleurs permis la mise en place des trois « actions nationales prioritaires » (formations, audits, annuaires) et contribué à la mobilisation des acteurs notamment autour de la mise en œuvre des formations pluridisciplinaires.

La Stratégie a ainsi pu renforcer une mobilisation régionale mais difficilement la créer ex-nihilo.

Dans l'ensemble les acteurs régionaux de la santé (URCAM, centres hospitaliers, ARH), les Inspections Académiques et les opérateurs régionaux (associations de prévention, ORS, CRES, CODES, CRAM, CPAM) se sont fortement mobilisés et de façon pérenne

Cela n'a pas été le cas des administrations et institutions infrarégionales (DDASS, Conseils Généraux) que les DRASS notamment ont eu du mal à mobiliser. De même, les URML (créées par la loi 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professionnels de santé et l'Assurance Maladie) et les associations de FMC n'ont été que très rarement associées à la mise en œuvre locale de la Stratégie.

Conclusions

- C1. La mobilisation, dans le cadre de la Stratégie Nationale, des partenaires nationaux de la DGS dans le domaine de la santé était très forte dans un premier temps mais elle est insuffisante aujourd'hui.*
- C2. La DAP s'est fortement mobilisée pour la prévention du suicide ces dernières années et y alloue des ressources significatives.*
- C3. Les conventions cadres entre la DGS et les autres administrations centrales, notamment avec l'Education Nationale, sont très utiles pour mobiliser les services déconcentrés.*
- C4. Les associations et organisations indépendantes au niveau national (associations n'appartenant pas à l'UNPS, Conférence nationale des présidents des URML, associations de formation continue, Fondation de France) sont très peu mobilisées dans le cadre de la Stratégie Nationale même lorsqu'elles ont des actions de prévention en propre.*
- C5. La Stratégie Nationale permet de renforcer la mobilisation dans les régions déjà sensibilisées et notamment celles qui avaient déjà un PRS suicide.*

C6. La Stratégie ne suffit pas pour impulser, ex-nihilo, une mobilisation à l'échelon régionale du fait d'une insuffisance d'animation au niveau national et d'adaptation aux spécificités locales.

C7. La mobilisation régionale est fragile car elle dépend de la disponibilité et de la pérennité des animateurs, de la stabilité des réseaux existants et de la temporalité du PRS/PRSP.

C8. La mise en place de la Stratégie nationale a réussi à susciter une prise de conscience en région de l'importance de la prévention du suicide, principalement grâce aux formations des personnes ressources.

Efficacité des actions menées

Les formations

Les formations constituent le cœur de la Stratégie et apparaissent comme particulièrement efficaces. Elles ont permis aux « personnes ressources » d'acquérir des compétences en matière de repérage, d'évaluation et de gestion de la crise suicidaire et, dans une moindre mesure, en terme d'orientation et de prise en charge.

Elles ont, en outre, mis en confiance les « personnes ressources » en leur donnant des outils de repérage et d'évaluation et, elles ont permis une meilleure lisibilité des acteurs de la prévention du suicide et du réseau de la psychiatrie. De plus, le caractère pluridisciplinaire des formations a permis aux différents acteurs d'avoir un référentiel commun. Enfin, il est apparu que les formations étaient trop concentrées sur le repérage et ce au détriment de la prise en charge.

Les formations ont également contribué, dans une certaine mesure, à la constitution de réseau. Elles permettent notamment de prendre connaissance des initiatives locales et de mettre en relation des acteurs implantés dans une même zone géographique.

Les personnes formées remplissent généralement leur rôle de « personnes ressources » en diffusant de l'information et participent au maillage du territoire. Cependant, il est apparu que la définition du rôle des « personnes ressources » n'est pas suffisamment précise.

Malgré la montée en charge des formations, elles n'ont pas atteint un seuil critique, le nombre des « personnes ressources » demeure insuffisant pour avoir une capacité de mise en œuvre et initier des actions dans leurs structures respectives, tout comme la capacité collective existante dans les structures pour repérer et gérer la crise suicidaire.

Enfin, la mise en œuvre de ces formations rencontre des difficultés en particulier en ce qui concerne le recrutement et la pérennisation de l'engagement des formateurs et la mobilisation d'un opérateur efficace. Leur utilité n'est donc pas remise en cause par l'évaluation, au contraire les formations doivent être poursuivies voire renforcées.

La mise en réseau

Les annuaires n'ont pas joué un rôle significatif de mise en réseau des professionnels du repérage et de la prise en charge. De fait, les annuaires constituent un moyen nécessaire mais pas suffisant pour une véritable mise en réseau.

Les réseaux institutionnels (non au sens du code de la Santé publique) connaissent des difficultés de mobilisation sur le long terme. Pour les acteurs rencontrés, le maillage des professionnels à un niveau stratégique et régional reposera sur la mise en place des Programmes Régionaux de Santé Publique, fédérateurs d'objectifs et la mise en place des Groupes Régionaux de Santé Publique.

Les réseaux de professionnels (non au sens du code de la Santé Public), restent rares et très dépendants de l'interpersonnel.

La Stratégie a contribué à créer un premier niveau de maillage informel d'acteurs de la prévention au sein d'une région grâce aux formations pluridisciplinaires. Les réseaux « formels » sont, en revanche, très peu développés en raison notamment du peu de moyens disponibles pour l'animation et la coordination régionales.

Enfin, Il apparaît que le niveau régional n'est pas nécessairement adapté à une mise en réseau des « personnes ressources » : des échelons infrarégionaux doivent être envisagés.

La mobilisation des médecins généralistes

La mobilisation des médecins généralistes autour de la prévention du suicide est faible en région. Le suicide n'est pas une priorité pour les médecins généralistes car ces professionnels identifient peu de cas parmi leurs patients et estiment avoir statistiquement peu de chances de rencontrer un cas de suicide ou de tentatives de suicide dans leur exercice (environ 11 000 suicides par an et 160 000 tentatives de suicide contre 100 000 médecins généralistes exerçant en France).

Peu d'actions ont été spécifiquement conçues pour cibler les généralistes au niveau local, et très rarement avec l'appui des Union Régionale des Médecins Libéraux et des associations de Formation Médicale Continue.

Pour ces professionnels se pose systématiquement la question de la disponibilité des médecins généralistes et de leur rétribution.

Différents leviers de mobilisation des médecins généralistes ont été relevés, notamment l'adaptation des modalités pratiques des formations régionales aux contraintes des généralistes, et l'inscription des formations dans le cadre national de la FMC.

Conclusions

C9. Les formations pluridisciplinaires aux "personnes ressources" ont permis d'améliorer significativement leurs compétences et leurs pratiques en matière de repérage et de gestion de la crise suicidaire.

C10. Le nombre de professionnels formés en régions n'est pas encore suffisant pour pérenniser le niveau de compétences acquis au sein des services concernés et assurer une capacité collective de repérage et gestion des crises suicidaires.

- C11. Les formations contribuent peu au "maillage du territoire" dès lors que les personnes ressources n'ont pas une légitimité adéquate et que leur rôle n'est pas clairement défini.*
- C12. Les formations rencontrent des difficultés de recrutement de formateurs engagés sur plusieurs années et de mobilisation d'un opérateur efficace pour la logistique des formations.*
- C13. Les formations interdisciplinaires et les annuaires ont contribué à créer un début de « maillage professionnel » mais des initiatives complémentaires sont indispensables pour développer et pérenniser cette mise en réseau.*
- C14. Les maillages d'acteurs sont encore peu développés notamment parce que les actions privilégient l'échelle régionale négligeant une échelle territoriale plus restreinte.*
- C15. Les modalités pratiques des formations sont peu adaptées aux médecins libéraux, un public difficile à atteindre en raison de ses contraintes professionnelles (disponibilité, rémunérations...).*

Les publics cibles

La Stratégie a clairement influencé l'orientation des actions régionales d'abord vers les publics cibles tout public et les détenus en 2002, puis vers personnes âgées en 2005 et dans une moindre mesure vers le public jeunes dès 2001, davantage du fait des PRS. Cette orientation a été particulièrement effective envers les publics détenus.

Cette approche par segments de population successifs a permis de créer une dynamique de développement de la Stratégie en région, même si cette approche rencontre parfois des limites : notamment la catégorisation peut limiter les approches multifactorielles (repérer les personnes qui combinent une série de facteurs aggravants) selon les experts de la table ronde organisée sur l'évaluation.

Il semble possible de prolonger cette dynamique en élargissant la Stratégie à d'autres publics cibles (tels que les travailleurs salariés, les jeunes déscolarisés...).

Conclusions

- C16. La Stratégie a clairement influencé l'orientation des actions régionales vers des publics cibles : le tout public, les détenus, les personnes âgées depuis peu et dans une moindre mesure, les jeunes.*
- C17. Cette approche de la Stratégie nationale par segments de population successifs a créé une dynamique institutionnelle positive qui peut être poursuivie en élargissant à d'autres publics cibles (salariés...).*

Recommandations

R1. Le Ministère de la Santé doit développer une stratégie intégrée, pour l'ensemble de ses directions, alliant les problématiques relatives au suicide et celles relatives à la santé mentale.

R2. La conception de la nouvelle Stratégie et son lancement doivent être l'occasion d'une relance de l'animation au niveau national, d'une collaboration étroite avec les associations et d'une re-mobilisation des partenaires dans le domaine de la santé.

R3. La DGS doit mettre en place une animation nationale soutenue au bénéfice des référents et partenaires régionaux.

R4. Les DRASS doivent faire en sorte que les enjeux dans le domaine de la prévention et la prise en charge du suicide soient explicitement pris en compte dans le cadre des PRSP et de leur mise en œuvre à partir de 2007.

R5. La priorité doit être donnée à l'avenir à la création et au renforcement de maillages professionnels aux échelles pertinentes.

R6. L'apport des personnes ressources au sein de leur service doit être renforcé pour que se développe une véritable capacité collective à identifier et gérer les crises suicidaires.

R7. Les formations existantes doivent être démultipliées afin de pérenniser, au sein de chaque service concerné, les compétences indispensables pour identifier et gérer les crises suicidaires.

R8. Des actions de formation spécifiques doivent être conçues et organisées à l'intention des médecins généralistes.

R9. L'approche par publics cibles successifs doit être poursuivie.