



Le rôle de l'Union nationale pour la prévention du suicide

Les associations ont joué un rôle important dans l'histoire de la prévention du suicide. À leur initiative a lieu le 5 février de chaque année, depuis 1997, la Journée nationale de prévention du suicide, maintenant organisée par l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS).

P^r Michel Debout

Membre du Conseil économique et social, président de l'Union nationale pour la prévention du suicide

La prévention du suicide est née en Angleterre le 2 novembre 1953. Un pasteur anglican, le révérend Chad Varah, apprend le suicide d'un jeune. Bouleversé par cet événement tragique, il fait passer cet entrefilet dans tous les grands quotidiens de Londres : « Avant de vous suicider, appelez Man 9000 ». Dès le lendemain, les appels téléphoniques affluent.

Le révérend Chad Varah a été le premier à comprendre combien il est parfois difficile aux personnes isolées, délaissées, de faire appel, de lancer un SOS et surtout de trouver une réponse au moment où elles en ressentent le besoin. Il est le premier à utiliser le téléphone pour venir en aide à toutes les personnes en détresse ou désespérées. C'est grâce à lui que commence la fabuleuse aventure de la « téléphonie sociale ».

Le succès de cette initiative impose au pasteur de s'entourer de bénévoles qui répondent à leur tour aux appels dont le nombre progresse, et ainsi se constitue l'association « des samaritains » consacrant une partie de leur temps à l'écoute de la détresse des autres.

Dès son origine, la prévention du suicide est le fait de non-professionnels.

Au fil des années, devant le nombre de situations difficiles auxquelles les écoutants doivent faire face, il est décidé qu'au-delà de la relation téléphonique anonyme et donc vécue parfois comme distante, impersonnelle, la rencontre directe entre les appelants et les écoutants devient possible. C'est ainsi que sont ouverts les lieux d'accueil en face à face, venant compléter le dispositif téléphonique.

Cette association des samaritains connaît un

large écho en Angleterre et fait des émules bien au-delà des villes britanniques. En France en 1961, la fédération SOS Amitié met en place un numéro d'appel et un réseau d'écouter joignables 24 heures sur 24, avec, comme principe, le respect de la parole de l'appelant et la non-intervention dans ses idées et ses choix.

Dans la même période et grâce aux progrès considérables de la réanimation, de nouveaux services se dessinent dans les hôpitaux pour être capables d'accueillir les malades et les blessés dans des situations médicales critiques et de les raccrocher à la vie : ces lieux disponibles et performants sont les services d'urgence ; c'est là que sont accueillies les tentatives de suicide.

Très vite, les réanimateurs comprennent que ces patients d'un type particulier ont certes besoins de soins physiques, mais nécessitent surtout une écoute et un soutien psychologique. Les psychiatres s'installent donc dans les services d'urgence ; ils sont les pionniers de la psychiatrie d'urgence, mais également les « premiers professionnels » à s'engager pour la prévention du suicide.

En 1969, les professeurs Moron de Toulouse, Soubrier de Paris et Védrette de Lyon, soutenus par le professeur Pichot, chef de service à l'hôpital Sainte-Anne de Paris, le premier président, créaient le Groupement d'étude et de prévention du suicide (GEPS). Le GEPS se donne comme but de favoriser les échanges entre l'ensemble des professionnels : psychiatres, médecins hospitaliers, médecins de ville, psychologues, personnels soignants, mais aussi de toutes celles et ceux qui se sentent engagés dans la prévention du

suicide, et principalement les écoutants de SOS Amitié.

Le groupement, malgré la qualité de ses travaux, ne reçoit aucune aide officielle des pouvoirs publics et reste longtemps confidentiel : pendant ces longues années, la prévention du suicide est le fait de quelques initiés... mais «tabou» pour le plus grand nombre.

La parution d'un livre vient bouleverser l'ordre tranquille des choses : *Suicide, mode d'emploi*. Il suscite de vives réactions qui se cristallisent après la découverte de personnes décédées avec, à côté d'elles, le livre ouvert à la page donnant la «recette» qu'elles ont utilisée pour leur suicide. Proposer au suicidant un mode d'emploi, c'est lui lancer un défi, le sommer de ne pas se «rater», comme si l'essentiel était qu'il meure et non qu'il survive.

L'émotion provoquée par ces morts, même si, heureusement, ils sont peu nombreux, amène les familles, le Pr Soubrier et d'autres professionnels, puis les élus de la nation, à réagir : quatre ans après la publication du livre, le 31 décembre 1987, le Parlement vote à l'unanimité une loi pénale condamnant la provocation au suicide.

Celle-ci dispose dans son premier article que : «*le fait de provoquer au suicide d'autrui est puni de trois ans d'emprisonnement et de 500 000 francs d'amende lorsque la provocation a été suivie de la mort ou d'une tentative*».

Il restait alors à passer du refus de la provocation à l'engagement dans la prévention.

La Journée nationale pour la prévention du suicide

En septembre 1991, je suis nommé membre de la section des Affaires sociales du Conseil économique et social.

Je m'aperçois à cette occasion que la seule «grande» question de société qui n'a jamais été abordée jusque-là par le Conseil — troisième assemblée constitutionnelle de notre pays, après l'Assemblée nationale et le Sénat — est celle du suicide, considéré alors comme relevant d'abord d'un choix personnel et d'une question morale...

Derrière ce positionnement se révèle le poids du tabou qui continue à peser fortement sur les relations de la société française et de ses instances publiques avec le fait suicidaire.

Mais plusieurs arguments permettent de convaincre l'Assemblée de réaliser une étude sur le suicide : le nombre de morts (12 000 par an), le nombre de tentatives (160 000), l'intérêt des politiques de prévention mises en

place à l'étranger, la nécessité de prendre en charge les suicidants, de leur venir en aide ainsi qu'à leurs familles et à celles des suicidés.

Le 6 juillet 1993, l'étude du Conseil économique et social consacrée au suicide est présentée à la presse.

Les principes qu'elle énonce peuvent se résumer en quelques termes : ne jamais banaliser un acte ou une pensée suicidaires ; mettre en place des lieux d'accueil dans tous les hôpitaux, pour que chaque suicidant soit écouté ; organiser en réseau les structures de soins publics et privés et les associations d'aide ; insister sur la place des familles des suicidants et suicidés sur le rôle spécifique des services de médecine légale en cas de décès de la personne ; considérer enfin le suicide comme un grave problème de santé publique et donc développer une véritable stratégie pour sa prévention devant mobiliser les pouvoirs publics et l'ensemble du corps médical et social.

Ce texte, grâce au caractère officiel qui est le sien, a marqué une étape dans la mobilisation.

À partir de là, les contacts entre les représentants de différentes associations et de nombreuses personnalités du champ médical et social se développent.

Depuis SOS Amitié en 1960, d'autres associations ont vu le jour : SOS Phénix Suicide en 1978, qui pratique l'entretien direct en face à face avec les personnes en détresse.

L'association Recherche et Rencontre s'est, elle aussi, mobilisée pour la prévention du suicide. Fondée en 1959, elle est à vocation très généraliste : la lutte contre l'isolement et sa prévention. Elle intervient dans le champ large des maladies mentales, de la marginalisation sociale, et par voie de conséquence du suicide.

L'association Phare Enfants-Parents, qui rassemble les parents endeuillés après le suicide d'un enfant, et qui milite pour une meilleure prise en compte des difficultés rencontrées par les adolescents et leurs proches.

L'implication des pouvoirs publics reste, elle, plus prudente. Certes, à la suite de l'étude du CES, le Haut Comité de la santé publique a placé le suicide parmi les priorités de santé publique et une dizaine de conférences régionales de la Santé¹ ont retenu la prévention

1. Conférence régionale de santé : instance représentant les différents acteurs de santé publique d'une région — professionnels et associatifs — chargés de définir les actions prioritaires. Elles ont été mises en place par le ministre Hervé Gaymard.

du suicide, principalement chez les jeunes, dans leur champ d'intervention.

Il manque en France une structure fédérative capable de rassembler ces forces éparses, parfois même constituées par scission les unes des autres.

C'est ainsi qu'au cours de l'année 1996, l'idée est venue d'organiser une Journée nationale pour la prévention du suicide.

Il n'y a en fait rien d'original à vouloir organiser une telle journée : ce type de manifestation existe pour sensibiliser l'opinion sur de nombreux thèmes sociaux ou médico-sociaux (la lèpre, les maladies cardiaques, le tabac, le sida...).

Mais si, depuis quelques années, l'approche du suicide dans la société française est en train de changer, il reste toujours difficile de parler du suicide, notamment dans sa dimension sociale et collective, de briser le silence.

En 1996, la direction générale de la Santé n'est pas complètement acquise à la nécessité d'organiser une telle journée.

D'ailleurs nous-mêmes, nous nous sommes interrogés sur les risques potentiels que pourrait comporter une telle manifestation, surtout médiatisée comme nous le souhaitons. L'idée de la contagiosité suicidaire traverse toujours nos esprits et il est légitime d'en tenir compte.

D'autres raisons peuvent expliquer aussi certaines réticences : le fait que ce soient des associations représentant les écoutants bénévoles et les familles de suicidants et suicidés qui sont à l'origine de la journée, et non principalement des médecins reconnus qui garantissent aux yeux de l'administration le sérieux scientifique.

Mais malgré les difficultés à l'organiser, cette journée a bien lieu.

Le 5 février 1997 : succès de la première Journée nationale

La presse nationale est au rendez-vous. La presse régionale relaie les différentes manifestations de province ; les radios insistent sur la dimension de santé publique du fait suicidaire, la télévision, avec notamment l'émission *La Marche du siècle* consacré à la prévention du suicide à laquelle nous ont conviés Jean-Marie Cavada et Xavier Pommereau, est diffusée sous l'égide de la Journée.

Depuis 1997, sept années ont passé... Nous en sommes aujourd'hui à préparer la 8^e journée. À l'occasion de la deuxième, Bernard Kouchner, alors ministre de la Santé, a annoncé sa décision d'un programme national pour la prévention du suicide avec un



objectif : faire baisser de 10 % le nombre de morts ; la diminution du nombre de suicidés (derniers chiffres publiés en 1999 : moins de 11 000) nous encourage dans cette voie.

Chaque année, la journée est l'occasion de rencontres entre professionnels et public, de mise en réseau des différents acteurs ; la presse amplifie, par l'écho qu'elle en donne, notre engagement. Le public suit, comprend, s'informe et s'intéresse. Le 5 février est ainsi devenu un rendez-vous attendu par les journalistes, les professionnels et les bénévoles.

Prévenir par la parole

C'est une question qui a longtemps partagé les experts et les médias : faut-il parler du suicide ?

Les réticences à le faire ont souvent été justifiées par l'évocation de la « contagiosité suicidaire ». S'il est vrai que des épisodes de ce type, notamment chez les jeunes, permettent d'évoquer des « épidémies » de suicides, ces faits restent en fait marginaux et l'on a pris conscience à l'inverse que c'est le silence qui, lui, pouvait renvoyer chaque personne tentée par le suicide à la solitude de son désespoir.

Aujourd'hui, lorsque par sondage² on interroge les Français, ils sont 72 % à considérer que c'est une bonne chose de parler du suicide dans les grands médias et à l'occasion de manifestations publiques. Ils sont même 74 % à considérer qu'en parler peut être préventif et limiter le nombre de tentatives.

Ces réponses constituent un encouragement à persévérer dans cette direction et à nous convaincre que, en ce qui concerne le suicide, rien n'est pire que le silence.

Les sondés confortent encore ce point de vue : lorsqu'on leur demande si, pour eux, le fait de parler du suicide et des tentatives de suicide aux adolescents dans les établissements scolaires est une bonne chose car cela peut limiter le nombre de tentatives, ils sont 77 % à approuver cette initiative, et 19 % à penser que cela peut inciter au suicide.

Ainsi, les Français encouragent la pratique des groupes de parole après le suicide d'un collègue ou lycéen déjà développée par certains établissements scolaires, soutenue aujourd'hui par le ministère : il importe que ces pratiques ne se fassent pas seulement dans l'urgence, après la survenue d'un événement tragique, mais qu'elles soient réfléchies en amont avec l'ensemble des acteurs du système éducatif et des intervenants extérieurs qualifiés pour une telle démarche.

2. Sondage réalisé par la Sofres à l'initiative de l'UNPS [7].

Agir

Le comportement suicidaire est complexe, il relève de nombreux facteurs médicaux, familiaux, sociaux.

Prévenir, c'est éviter le passage à l'acte. Il faut sensibiliser les médecins généralistes et autres soignants sur la tentation que peuvent éprouver certains de leurs patients : des programmes de formation sont déjà entrepris, ils doivent être poursuivis. Ils sont intégrés dans le programme national de prévention du suicide mis en œuvre par le ministère de la Santé.

Lorsque le passage à l'acte n'a pu être évité et que le suicidaire survit à son acte, il doit trouver du temps, de l'écoute et du lien, quel que soit l'endroit où il vit et se fait soigner. Il est du devoir de l'ensemble des structures hospitalières de développer des lieux d'accueil pour tous les suicidants, de façon que leur parole puisse être entendue après les soins apportés à leur corps. Des progrès considérables ont été réalisés ces dernières années, mais il reste encore des manques, qu'il faut corriger.

La prise en charge des suicidants par des spécialistes formés à l'écoute doit permettre aussi une meilleure connaissance de la tentation suicidaire : beaucoup d'équipes sont déjà engagées dans la recherche, mais ces recherches gardent trop souvent un caractère local ; il manque des études multicentriques engageant de nombreuses structures de soins dans une approche nationale qui permette d'approfondir nos connaissances.

Lorsque la mort survient, le corps du suicidé est confié au service de médecine légale, qui devient ainsi l'observatoire de la mort par suicide. Les informations dont disposent ces services sont largement sous-utilisées, trop peu d'études, notamment épidémiologiques, sont réalisées à partir des données disponibles, aucune recherche multicentrique n'a encore été réalisée. Il est urgent de remédier à ces carences.

La connaissance des antécédents médicaux des personnes suicidées peut être largement améliorée par l'utilisation, dans le respect de l'anonymat, des dossiers médicaux gérés par les caisses d'assurance maladie : une telle recherche à l'échelle nationale permettrait de porter un regard neuf et une compréhension nouvelle sur la mort par suicide.

D'autres initiatives peuvent être prises, comme la limitation de l'accès à certains moyens particulièrement létaux.

C'est le cas de l'accès aux armes à feu : des études canadiennes ont montré l'effet

positif sur le nombre de morts par suicide de la limitation de l'accès aux armes et de leur entreposage selon des règles de protection strictes ; la France doit, à son tour, s'engager dans cette voie.

Il faut lutter contre les exclusions, le chômage, la précarité et les discriminations, notamment le rejet homophobe ou celui des immigrants à faible intégration sociale.

Il faut se préoccuper de certaines situations qui peuvent devenir suicidogènes comme l'usure et de la souffrance au travail, qu'elles soient liées au stress ou au harcèlement professionnel. D'autres situations doivent être évoquées, comme la réclusion pénale ou le placement en institution, concernant les personnes âgées, qui — s'il est mal préparé — peut faciliter l'involution dépressive et la tentation du suicide.

Être pour la prévention du suicide, c'est être conscient qu'au-delà de la question morale, le geste suicidaire s'inscrit d'abord dans la détresse de la personne et qu'il faut savoir se montrer attentif — personnellement, socialement et médicalement — à cette détresse.

L'Union nationale pour la prévention du suicide, que nous avons créée en 2000, organise maintenant la Journée nationale. Elle regroupe près de 30 associations³, qui toutes interviennent à des degrés divers auprès de suicidants ou de familles de suicidés, de façon professionnelle ou bénévole. Nous devons poursuivre dans cette direction : prévenir le suicide c'est l'affaire des professionnels, des bénévoles, des familles, soutenus par les pouvoirs publics. Il manque encore des moyens — comme un centre de documentation — mais il existe une vraie mobilisation : cette année autour de l'opération « Un message pour la vie »⁴ nous souhaitons convaincre beaucoup de nos concitoyens qu'ils peuvent être eux aussi acteurs de la prévention du suicide et que la tentation suicidaire comme la dépression doivent sortir de la honte (ancestrale) et du silence. 📖

3. Dont les associations à l'origine de la première journée : SOS Amitié ; l'Association Phénix Suicide ; Suicide Écoute ; le GEPS ; l'association Recherche et Rencontre ; l'association Phare Enfants-Parents.

4. Cette opération consiste à demander par voie médiatique à chaque Français de faire connaître à l'UNPS le message (une parole, un livre à lire, une musique à écouter, un film à regarder...) qu'il souhaiterait adresser à un proche en détresse ou qu'il aimerait recevoir s'il était lui-même en détresse. Le contenu de ces messages sera analysé puis publié.

Parole d'un représentant d'association

Phare Enfants-Parents souhaite faire prendre conscience de la nécessité de réagir au phénomène suicidaire. Des progrès ont été faits, mais la prévention et la prise en charge du suicide sont encore largement insuffisantes : pas assez d'information et de soutien, et des dysfonctionnements et carences du système de soins.

Thérèse Hannier

Présidente de Phare Enfants-Parents, association de prévention du mal-être et du suicide des jeunes

Phare Enfants-Parents œuvre depuis douze ans pour la prévention du mal-être et du suicide des jeunes. Elle fonde sa démarche et ses actions sur l'éducation : l'éducation des enfants, l'éducation des parents, partant du principe que tout s'apprend. Dans cet objectif, elle cible deux publics : les parents en priorité et les adolescents, jeunes adultes. C'est pourquoi elle organise ou participe à des conférences et, par ailleurs, intervient dans les lycées auprès des élèves.

Parmi ses actions, figurent la rédaction et l'édition de deux ouvrages : *Repères pour une attitude éducative*, guide pour les parents destiné à leur donner des éléments de réflexion en vue d'éviter les erreurs graves qui peuvent générer le mal-être chez l'enfant ; et *Difficile adolescence, signes et symptômes de mal-être*, guide qui a pour but essentiel de faire connaître les signes de mal-être afin de pouvoir intervenir à temps et éviter les passages à l'acte.

Pour les jeunes, nous avons réalisé un dépliant *Envie de mourir? Oser en parler...* très largement diffusé en milieu scolaire, dans les lycées. Il permet au lecteur d'identifier son mal-être, de se déculpabiliser par rapport à la souffrance, d'envisager de s'adresser à une personne adulte et d'appeler aux numéros communiqués.

Au fil des années, notre savoir s'est enrichi, non seulement des travaux de rédaction d'ouvrages, mais aussi et surtout grâce aux témoignages que nous recevons au quotidien. Ce sont des appels téléphoniques de parents en grande difficulté avec leur enfant (fugue, toxicomanie, violence, troubles de l'humeur,

comportements à risque ou suicidaires). Ce sont aussi des parents d'enfant suicidé que nous entendons soit en entretiens individuels soit dans le cadre des groupes de parole que nous organisons depuis plus de dix ans. Notre rôle consiste à écouter avec bienveillance et sans jugement, à orienter et parfois à conseiller. Cette écoute neutre et bienveillante a pour effet immédiat d'apporter aux parents un soulagement, un sentiment d'être entendus, compris, de sortir d'une solitude dans laquelle les difficultés graves les plongent. Ils appellent souvent lorsqu'ils vivent une situation de crise, ne sachant plus comment agir, réagir. Leurs pleurs parfois ne peuvent être contenus. Ils sont dans une grande détresse.

D'une façon générale, nous constatons un très grand désarroi de la part des parents, mais aussi du corps enseignant, face au mal-être des jeunes.

Premier constat : une situation de détresse

Phare Enfants-Parents n'est pas répertorié dans les numéros d'écoute. Pourtant, c'est plus de 1 000 appels qui ont été traités au cours de l'année 2003 dans le registre des difficultés que les parents rencontrent. Ces appels sont consécutifs à des articles de presse généralement, ou au bouche à oreille, aucune publicité n'étant faite par l'association pour se faire connaître.

Voici ce que nous retrouvons fréquemment comme situations.

Les appelants sont des femmes essentiellement, les mères ou un membre de la famille, la grand-mère, la tante qui se préoccupe de son petit-fils ou neveu. Ce sont aussi souvent



des familles monoparentales, ou, lorsque le père est présent au foyer, celui-ci est passif, sans autorité (ou parfois trop autoritaire) est souvent dans l'incapacité d'établir le dialogue avec son enfant ou a un comportement négatif.

Les jeunes concernés ont entre 13 et 25 ans.

Les problèmes souvent évoqués (et souvent cumulés pour chacun des cas) sont :

Pour les collégiens et lycéens, les mineurs :

- refus de l'autorité, refus des contraintes, de l'effort,
- rejet de l'école jusqu'à la phobie scolaire,
- recherche du plaisir immédiat,
- goût immodéré pour les loisirs : copains, jeux vidéo télévision, Internet,
- violence, verbale ou physique,
- symptômes de la dépression nerveuse,
- consommation de produits : tabac, alcool, cannabis,
- recours à l'auto-agression : scarification, tentative de suicide.

Pour les jeunes adultes : troubles mentaux, troubles du comportement. La consommation de cannabis est souvent évoquée et semble avoir des conséquences communes à tous les cas de figure : désocialisation, crises de violence verbale ou physique, actes de délinquance (vol des parents), dépression nerveuse, jusqu'au geste suicidaire.

Ce tableau peut sembler banal, car connu par bon nombre de spécialistes et même par le grand public puisque certaines émissions télévisées dévoilent cette réalité. Néanmoins, lorsque l'on écoute au quotidien les récits de ces parents et que l'on perçoit leur grand désarroi, il n'est pas excessif de penser que ces situations graves sont à multiplier par dizaine de milliers dans notre pays. En effet, nous constatons que les parents qui nous appellent ont un bon niveau intellectuel, culturel, et manifestent un vif désir de trouver la meilleure solution pour l'enfant concerné. Ils ont pris la peine de rechercher un numéro — souvent relevé dans un article conservé depuis plusieurs mois — ; ils ont eu le courage de décrocher le téléphone et de parler de ce qu'ils vivent, de leurs difficultés, de leurs inquiétudes. Combien, parce que moins bien informés, trop enfermés dans leur drame, restent muets, donc inconnus ?

Face à cette grande détresse, quelles réponses ? Quels recours, quelles solutions possibles ? Force est de constater, pour nous, intermédiaires intervenant dans une démarche

d'aide et de soutien, une certaine défaillance de nos structures sociales et éducatives ainsi qu'une grande carence en matière de soins appropriés en ce qui concerne principalement la toxicomanie au cannabis et la tentative de suicide. Si notre écoute bienveillante, voire la compassion qui s'y ajoute, favorise un soulagement immédiat de la tension et si l'éclairage neutre que nous apportons permet d'orienter, de conseiller, il n'en demeure pas moins que nous sommes souvent confrontés à un sentiment d'impuissance.

Deuxième constat : des dysfonctionnements et des carences

En matière de prévention du suicide, il est incontestable que nous pouvons noter depuis quelques années des évolutions qui vont dans le bon sens : des régions se sont mobilisées pour agir, mettre en place des actions concrètes, des associations qui se sont regroupées sous forme d'union, l'Union nationale pour la prévention du suicide (à la création de laquelle Phare Enfants-Parents a participé) ont contribué à faire avancer la prévention du suicide, de par leurs actions conjuguées et surtout à sensibiliser les pouvoirs publics et le grand public en organisant, depuis 1997, une Journée nationale de prévention du suicide le 5 février chaque année. Le tabou pèse un peu moins lourd, même s'il est toujours présent dans bien des esprits. Un plan national de prévention du suicide a été lancé en octobre 2000 ainsi qu'une conférence de consensus, dans la même période, qui, pour le premier, a permis d'affirmer une volonté politique et d'en définir les axes, pour la seconde, de publier des recommandations pour reconnaître et intervenir dans la prise en charge des crises suicidaires.

Toutes ces mesures et ces actions sont relativement récentes et n'ont pas encore porté tous leurs fruits. Néanmoins, on ne peut que constater, à ce jour, une grande lenteur dans la mise en place des mesures préconisées, concernant notamment la multiplication des lits d'accueil en milieu hospitalier pour les suicidants, la durée de leur séjour, la consultation systématique d'un psychiatre ou d'un psychologue, enfin la prise en charge de l'entourage.

Voici ce que nous sommes amenés à observer à travers les plaintes des parents.

Pour les primo tentatives de suicide :

- séjour à l'hôpital encore trop souvent extrêmement court : les soins médicaux pratiqués, le suicidant est renvoyé chez lui,

- entretien psychologique superficiel, parfois inexistant,

- absence de diagnostic ou, s'il est fait, ni le patient, ni l'entourage ne sont informés,

- absence de dialogue avec le suicidant et avec les parents ou proches sur l'interprétation du geste, la recherche des causes profondes de la souffrance ainsi exprimée,

- paroles maladroites, voire blessantes au suicidant ou aux proches,

- absence d'orientation vers une structure d'accueil, quand la demande est formulée ou s'avère nécessaire.

Aux parents qui expriment leur inquiétude, il est fréquemment répondu de ne pas s'inquiéter, les propos rassurants permettant sans doute d'éviter toute information précise sur l'état de santé du jeune. De même que la réponse laconique du psychiatre qui reçoit dix minutes les parents, « *il arrive fréquemment que des psychoses se développent à l'âge de l'adolescence* », ne renseigne absolument pas les parents et n'est pas de nature à les aider. Au contraire, ils rentrent chez eux un peu plus inquiets avec leur enfant, dont ils voient bien qu'il n'est pas complètement rétabli.

Pour les « récidivistes », même difficultés que pour les primo, auxquelles s'ajoutent :

- prescription de traitements médicamenteux trop lourds, transformant le sujet en zombie,

- parfois refus de rencontrer les parents, que l'on désigne *a priori* comme coupables du mal-être du suicidant,

- transfert souvent décidé dans un service psychiatrique non adapté, où la promiscuité avec des malades séniels ou gravement atteints de troubles mentaux plonge le suicidant dans une plus profonde désespérance et provoque chez lui le rejet de toute prise en charge psychiatrique,

- absence de soutien aux parents.

Pour ceux qui sont suicidaires mais ne sont pas encore passés à l'acte :

La plupart des appels que nous recevons concernent ces personnes... Les parents, les mères généralement, perçoivent le mal-être de leur enfant. Les questions que nous leur posons nous permettent d'évaluer s'il est potentiellement en danger.

Bien souvent, les parents sont confrontés à des situations paradoxales : l'enfant est déjà suivi par un psychologue ou par un psychiatre, mais il ne va pas mieux pour autant ; ou bien l'enfant refuse catégoriquement toute consultation d'un « psy » et s'enfonce dans un mal-

être sous le regard des parents impuissants, complètement démunis.

Dans le meilleur des cas, les parents, aidés par nos soins à comprendre la situation, acceptent et obtiennent le consentement de l'enfant pour la consultation d'un psychologue ou d'un psychiatre. Mais il n'en demeure pas moins que la solution idéale n'est pas forcément trouvée et que le risque suicidaire peut perdurer.


C'est dans cette phase, si importante de l'évolution de la crise suicidaire, que l'absence de structure adaptée se fait cruellement sentir. Combien de parents nous demandent s'il existe des centres pour accueillir leur enfant suicidaire en consultation et en thérapie? Les centres médico-psychologiques sont généralement saturés et des semaines voire des mois sont nécessaires pour obtenir un rendez-vous, et les services psychiatriques traditionnels ne sont absolument pas adaptés à la problématique des suicidaires. Le modèle des centres de prévention du suicide, tels qu'ils sont conçus au Québec, serait le plus conforme aux besoins exprimés aujourd'hui.

Quand le geste suicidaire a été fatal :

De la bouche des parents d'enfant suicidé, nous entendons souvent qu'ils ont la conviction, à tort ou à raison, que tout n'a pas été fait pour sauver leur enfant. «Tout» au sens médical, psychologique et humain. Ils pointent souvent l'erreur de diagnostic : «*je savais que ma fille allait très mal et il m'a été répondu que c'était moi qui allait mal*». Tel père accuse la psychiatrie d'avoir aggravé l'état de sa fille. On l'avait soignée pour une schizophrénie; puis changement de diagnostic, c'était une psychose. Les séjours répétés en psychiatrie fermée l'ont déstructurée, «achevée», affirme ce père meurtri. Dans le cadre des groupes de parole, il est souvent évoqué cette dureté de vie imposée par la psychiatrie : gavage de médicaments, peu de paroles, peu de surveillance, peu de moments favorables pour se reconstruire. En quelque sorte, une forme de maltraitance.

D'autres ont à déplorer le suicide de leur enfant dans l'enceinte du service hospitalier. Ils avaient placé leur confiance dans la médecine, ils étaient rassurés de savoir leur enfant «pris en charge». Trop de suicides se produisent en milieu hospitalier! Ne pourraient-ils pas être évités si le personnel était plus attentif, plus vigilant, plus sensible au risque suicidaire?

Si les statistiques présentent une diminution du nombre de morts par suicide de

1994 (12 041 suicides) à 2000 (10 837), il semble que le nombre de tentatives de suicide augmente. Mais en l'absence de chiffres précis, cela reste difficile à évaluer. Néanmoins, ce que l'on observe sur le terrain nous conforte dans l'idée qu'il est urgent que la prévention du suicide soit réellement une priorité de santé publique. 



Les Pays de la Loire ont mis en œuvre un programme régional de santé de prévention des suicides et des tentatives de suicide permettant d'œuvrer au plus près des intervenants.

Juliette Daniel

Chef de projet du programme régional de santé « Prévention des suicides et des tentatives de suicide », médecin inspecteur de la santé publique, Ddass de Loire-Atlantique

Prévention du suicide : une priorité des Pays de la Loire

La région des Pays de la Loire est l'une des trois régions qui ont expérimenté, depuis déjà près de dix ans, la conduite des programmes régionaux de santé. Même si les termes ont changé, la programmation d'actions de santé connue sous le terme de « PSAS » a été la toute première étape d'une démarche qui n'a fait que se poursuivre au cours de ces dix ans. Ainsi, le 18 décembre 1995, se tenait à Nantes une conférence régionale de santé expérimentale, la seconde du genre après celle de Strasbourg qui a eu lieu en septembre 1995. Les ambitions de ces conférences étaient claires : parler de santé publique, mais surtout déjà définir pour la région des priorités de santé. Cette conférence disposait d'un jury et a bénéficié de travaux préparatoires conséquents. Ils ont associé une synthèse actualisée de la connaissance sur l'état de santé de la population des Pays de la Loire réalisée par l'observatoire régional de la santé et une enquête réalisée par la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (Drass) des Pays de la Loire à partir d'une méthodologie proposée par la direction générale de la Santé. Cette enquête a sollicité un ensemble de 200 acteurs repérés de la région et répartis équitablement dans chacun des cinq départements de la région. Ces acteurs ont répondu à trois questions : les problèmes de santé prioritaires, les déterminants de santé les plus importants et les populations qui devraient bénéficier d'actions spécifiques. Le jury de la conférence, formé de représentants issus de quatre groupes (décideurs financeurs, professionnels, institutions et représentants d'associations), a eu pour rôle de formuler un choix de priorités de santé pour les cinq ans à venir.

Un contexte favorable à la préparation et la mise en œuvre

Dès 1995, le thème du suicide est apparu comme une question prioritaire pour la région, exprimée sous un intitulé plus vaste : suicides, tentatives de suicide et dépressions. Les déterminants principaux étaient la précarité et les conduites d'alcoolisation. Enfin, les populations prioritaires repérées ont été les jeunes et les personnes en situation de précarité.

La décision de mettre en œuvre un programme régional de santé sur le thème du suicide fut prise en 1996 dans un contexte radicalement modifié par les ordonnances d'avril 1996. Elles confèrent à ces dispositifs de programmes et de conférence régionale de santé une base légale.

La région lançait alors simultanément trois programmes de santé sur les thèmes du suicide, de la précarité et du sida. Ce lancement simultané rendait la démarche plus conséquente en créant une vraie dynamique. Pour conduire ces projets, un appel large à candidatures a été réalisé en insistant sur trois critères : la motivation, l'engagement sur une année à conduire le programme et le volontariat. Le chef de projet, nommé par le préfet, avait comme rôle de conduire et d'animer la démarche en bénéficiant d'un soutien méthodologique de l'École nationale de la santé publique et du département de santé publique du professeur Chaperon de l'Université de médecine de Rennes.

Cette question du suicide a fait l'objet déjà en 1996 d'une étude détaillée réalisée par l'observatoire régional de la santé pour la caisse régionale d'assurance maladie des

Pays de la Loire. Elle constitue un état des lieux détaillé et complet pour élaborer un programme. D'un point de vue synthétique, on peut résumer ce constat en cinq points essentiels :

- en Pays de la Loire, le suicide provoque plus de décès que les accidents de la route (soit à l'époque plus de 800 décès par an dans la région),
- le suicide est pour la région la première cause de mortalité prématurée chez les hommes,
- la mortalité régionale en Pays de la Loire dépasse de 25 % la moyenne nationale,
- les disparités sont nombreuses, tant concernant la répartition géographique dans la région (milieu rural, départements plus touchés même au sein de la région) que les catégories socioprofessionnelles concernées,
- environ 8 000 personnes ont été admises en 1995 dans les hôpitaux de la région pour tentatives de suicide.

Le groupe projet a donc été constitué en début d'année 1997, incluant 26 membres avec le chef de projet. Ils sont originaires de la région : médecins hospitaliers, directeurs d'établissement, représentants des services de l'État (ministère de la Santé, Éducation nationale), assurance maladie (CPAM, Cram, Mutualité sociale agricole, Service médical), associations, collectivités locales (municipalités et conseils généraux), et praticiens libéraux (généralistes ou spécialistes).

Le programme régional de santé (1998/2002)

Le choix des objectifs du programme a été une étape importante au cours de cette élaboration, compte tenu de la période de cinq ans pour le mettre en œuvre, à savoir 1998-2002. Fallait-il sur une période aussi courte afficher des objectifs quantifiés ? Si des objectifs quantifiés étaient affichés et retenus, lesquels étaient les plus pertinents ?

Concernant le premier point, l'élément décisionnel a été de permettre à terme une évaluation des résultats, évaluation considérée comme intégrée à tout programme de santé publique. Afficher un objectif quantifié était à l'époque, d'une certaine façon, osé mais témoigne d'une volonté de transparence et d'évaluation sachant qu'à tout moment sur cette question si complexe nous savions que de nombreux facteurs allaient agir sans que l'on puisse forcément les quantifier ou même parfois les envisager, voire les connaître. Le choix des 20 % trouve son origine dans le bilan de l'existant qui identifie une surmor-

talité régionale de 25 % par rapport à la moyenne nationale. Il nous a semblé déjà ambitieux de se rapprocher de cette donnée nationale et l'application de cet objectif spécifique aux suicidants s'explique par l'importance quantitative de ces derniers. Ils représentent une réelle population à risque de suicide avéré.

Ainsi, les objectifs ont été exprimés de la manière suivante :

- Objectif général : réduire dans les 5 ans à venir la mortalité par suicide dans la région des Pays de la Loire.
- Objectifs spécifiques : réduire de 20 % en cinq ans le taux de mortalité par suicide dans la région ; réduire de 20 % en cinq ans le taux de récurrence des primo-suicidants accueillis dans les hôpitaux de la région des Pays de la Loire.

Pour atteindre ces objectifs, cinq grands champs d'action ont été envisagés par les membres du groupe pour ce programme :

1. Des actions dans le champ de la communication : actions de toutes sortes tant concernant les supports utilisés que les publics visés. Ainsi, il est envisagé : des plaquettes, des journées thématiques, des forums, des documents spécialisés ou grand public.
2. Des actions de formation de toute nature : formation à l'écoute, formation à l'accueil, formation au repérage de la crise suicidaire ensuite.
3. Des actions concernant l'organisation des soins.
4. Des actions de lutte contre l'isolement et les dispositifs d'aide.
5. Des actions de recherche.

L'évaluation a fait l'objet d'un chapitre, certes tenu mais bien individualisé.

Chaque point précédemment cité fait l'objet d'un développement précisant les modalités des actions envisagées. L'ensemble a abouti en une année à l'élaboration du programme présenté à la conférence régionale de santé en 1998. Le programme d'une durée de cinq ans (1998/2002) a été diffusé très largement aux acteurs de la région : professionnels, associations, établissements, institutions...

Mise en œuvre du programme dans la région

La mise en œuvre s'est appuyée sur plusieurs piliers :

- L'inclusion du volet « organisation des soins » dans les objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire a permis de réellement considérer cette question du suicide comme une priorité budgétaire et d'utiliser l'outil

qu'est le contrat d'objectifs et de moyens pour mettre en œuvre ces objectifs. La réelle implication du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans cette démarche a permis en particulier de renforcer les dispositifs d'accueil de suicidants aux urgences, en conformité avec les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, et de développer les dispositifs de soins en faveur de publics à risque élevé (santé mentale, addictions...)

- Le choix a été de mettre en œuvre un comité de pilotage régional restreint. Celui-ci, qui a peu varié durant ces cinq années, avait une fonction de suivi et de coordination. La mise en œuvre et l'impulsion ont été jugées plus pertinentes au niveau départemental, associant autant que possible un binôme « État/assurance maladie ». Chaque département a opté pour une stratégie de mise en œuvre différente. Certains ont rapidement constitué des comités de pilotage co-animés et d'autres ont privilégié des liens plus directs des membres référents du comité de pilotage avec les acteurs du département concerné.

- La stratégie nationale d'actions contre le suicide (2000/2004) a été considérée comme un atout et un élément structurant de ce programme, permettant l'impulsion d'actions cohérentes. Elles ont concerné principalement trois grands champs du programme : la formation concernant la prise en charge de la crise suicidaire suite à la conférence de consensus d'octobre 2000 [16], les audits cliniques dans le champ sanitaire et des actions de communication sous forme de colloques régionaux ou inter-régionaux.

- Une dynamique régionale évidente, sachant que les acteurs de tous les champs tant sociaux que sanitaires se sont engagés dans cette mise en œuvre. Des manifestations exceptionnelles, comme la Conférence européenne de septembre 2000, qui s'est tenue à Nantes sur la prévention du suicide chez les jeunes, ont contribué à cette mobilisation mais ont aussi permis de valoriser des actions réalisées dans la région. Cette manifestation a permis de comparer des pratiques et d'inciter encore à agir. De même les actions de formation au repérage de la crise suicidaire ont connu un essor exceptionnel, sachant que plusieurs binômes de formateurs ont pu donner à cette action phare une véritable ampleur et une reconnaissance parmi les acteurs concernés par le repérage des personnes à risque suicidaire. Le fait d'avoir bénéficié en Loire-Atlantique de l'organisation des formations de formateurs a donné une chance



La prévention du suicide

de disposer de plus de binômes (psychiatres et psychologues) engagés ensuite dans cette réalisation.

Les difficultés et les points positifs

Les actions réalisées sont nombreuses et elles ont concerné tous les champs du programme tel qu'il avait été conçu. Il serait impossible de lister toutes ces actions.

Néanmoins, je souhaite mettre en avant les points forts, mais aussi les difficultés rencontrées pour cette mise en œuvre.

Les difficultés majeures sont à mon sens au nombre de trois.

- Les réelles difficultés à mobiliser et à impliquer les acteurs du secteur libéral, et tout particulièrement les médecins généralistes, dans des actions de prévention et d'information auprès des usagers, mais aussi de pouvoir leur permettre de participer à des formations interdisciplinaires, comme celle du repérage de la crise suicidaire. La prise en compte de leurs contraintes a permis néanmoins d'organiser occasionnellement ces formations le soir, mais sans le caractère pluridisciplinaire si spécifique de cette formation.

- Les modalités de financement des actions sous forme d'appel à projet d'une année sur l'autre, et donc avec en général peu de perspective en termes d'actions pluriannuelles, sont un frein à la mobilisation des acteurs. Cela est particulièrement visible dans les actions partenariales en milieu scolaire, ainsi que le champ de la postvention, mais aussi les lieux d'écoute.

- Les difficultés à disposer de données épidémiologiques fiables et en temps réel, tant concernant les données de mortalité que celles, par exemple, concernant les tentatives de suicide admises dans les établissements hospitaliers.

Les points positifs à valoriser sont aussi au nombre de trois.

- Le suicide a été réellement reconnu comme une priorité pour la région, c'est-à-dire par les acteurs et donc leurs institutions. Cette priorité reconnue favorise ainsi la mobilisation des acteurs et leur engagement dans l'action.

- La stratégie nationale d'actions contre le suicide a permis d'impulser des actions de qualité, comme celle de la formation au repérage de la crise suicidaire qui s'appuie sur une conférence de consensus et des méthodes pédagogiques adaptées. Il en est de même pour les actions d'évaluation, comme celle

de l'accueil des suicidants aux urgences en lien avec l'Anaes.

- La région a bénéficié des opportunités de mobilisation des acteurs sur ce thème au travers de manifestations très exceptionnelles. Il convient de retenir tant la toute première conférence de santé expérimentale de 1995 que la conférence européenne de prévention du suicide des jeunes dans le cadre de la présidence française de l'Union européenne ou le colloque interrégional sur « la prévention du suicide et la promotion de la santé mentale », en partenariat avec la direction générale de la Santé, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la Fédération nationale de la Mutualité française, a permis la promotion du guide d'action *Prévention primaire du suicide des jeunes : recommandations pour les actions régionales et locales* en partenariat avec la Mutualité et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

L'impact direct du programme en termes de mortalité et de morbidité est difficile à définir précisément, compte tenu de la complexité de cette question et donc des multiples facteurs susceptibles d'interférer. Les données chiffrées actuellement disponibles laissent envisager une baisse de la mortalité, mais il convient de les prendre avec prudence et modestie.

Conclusion

Les programmes régionaux de santé et les conférences régionales de santé ont permis un réel développement d'une culture de santé publique. Les « outils » que sont les programmes de santé et les conférences régionales de santé ont favorisé cette démarche de santé publique et ont été mobilisateurs. Le choix d'un affichage d'objectifs quantifiés nous permet une évaluation quantitative des résultats tant au niveau de la région que pour chacun des cinq départements. Sur des thèmes reconnus comme des priorités, les acteurs de la région ont pu œuvrer avec des objectifs communs. Une réelle dynamique s'est mise en place. Cette première étape permet maintenant d'aller plus loin, tant sur le travail par objectif que le développement de l'évaluation et de la programmation. Elle a placé la prévention au cœur des enjeux de santé publique à venir, même s'il reste encore beaucoup à faire. La loi d'orientation en santé publique sera l'occasion de faire passer cette démarche de l'adolescence à l'âge adulte. ■

Prévenir le suicide des 15-34 ans : priorité du Poitou-Charentes

Le programme de prévention du suicide de Poitou-Charentes est basé sur le partenariat des institutions et un fonctionnement en réseaux des intervenants

Les conférences régionales de santé ont permis l'expression des priorités de santé, traduction des besoins locaux de ce que veulent les individus. C'est ainsi qu'en 1996, la première conférence régionale de santé du Poitou-Charentes retient comme une des priorités régionales de santé « le suicide et la dépression ».

Sur l'initiative du préfet de région, la déclinaison spécifique d'un programme régional sur le thème du suicide en Poitou-Charentes est engagée dès 1997. Le choix d'une population cible, les 15-34 ans, a été discuté, privilégiant un raisonnement en termes de potentiel d'années de vie perdues, une vision sanitaire qui favorise les jeunes tranches de population.

C'est un choix de santé publique, même si en Poitou-Charentes la surmortalité par suicide reste modérée : 420 décès par suicide par an, dont 70 suicides de jeunes entre 15 et 34 ans avec une dominance féminine. Mais les tentatives de suicide accueillies dans les établissements hospitaliers sont d'environ 4 000 par an, concernant 70 % de jeunes, ce qui justifie un effort de prise en charge. Il était espéré que le programme se répercute sur toute la population, en particulier chez les personnes âgées dont le nombre de suicides est plus élevé.

Le programme se devait de proposer, sur cinq ans, des orientations susceptibles de réduire ou limiter la morbidité et la mortalité liées aux dépressions, aux suicides et aux tentatives de suicide chez l'adolescent et l'adulte jeune. Pour en définir le plan d'actions, une consultation de 400 institutions et associations dans les quatre départements

du Poitou-Charentes a été conduite en 1997. C'est ainsi que les quatre objectifs généraux du programme se déclinent en quinze actions qui intéressent les domaines de :

- l'information,
- la formation,
- la promotion de la santé,
- la prise en charge et le suivi des patients et des familles,
- la connaissance épidémiologique,
- la mise en réseau et la coordination des professionnels.

Ce programme est prévu sur cinq ans, soit 1998-2002. Un calendrier prévisionnel de réalisation a été élaboré en tenant compte de six actions estimées prioritaires par les acteurs consultés, à savoir :

- la création de réseaux départementaux,
- le renforcement de l'accueil spécialisé dans les services d'urgence,
- la formation inter-institutionnelle des professionnels,
- le développement des programmes de promotion de santé,
- la mise en place de recommandations concernant la prise en charge des tentatives de suicide,
- l'amélioration des conditions d'incarcération.

La troisième conférence régionale de santé, en mars 1998, a été le lieu de présentation du programme.

Une déclinaison locale du programme par une coordination départementale

La mise en place d'une coordination départementale de réseau est une des priorités

Anne Barbail
Médecin inspecteur régional adjoint,
Drass Poitou-Charentes



d'actions du programme. Elle a pour finalité d'impulser et d'animer la mise en réseau des professionnels et de mettre en œuvre, avec eux, les différentes actions du programme au niveau départemental ou infra-départemental. Cette action a fait l'objet d'un appel d'offres de l'agence régionale de l'hospitalisation auprès des établissements de santé pour porter ce projet de coordination qui comprend un temps plein de cadre de santé, un temps de supervision médicale et un temps de secrétariat.

Depuis 1999, cinq établissements hospitaliers, un par secteur sanitaire, ont été soutenus pour promouvoir cette coordination locale du programme. Elle est, dans la plupart des cas, portée par un secteur de psychiatrie, mais il convient de souligner l'implication du centre d'examen de santé de la caisse primaire d'assurance maladie, en lien avec le centre hospitalier psychiatrique pour ce qui concerne le réseau Charente.

Ces réseaux départementaux de prévention, prise en charge et suivi sont en bonne voie grâce à l'impulsion donnée par les coordinateurs départementaux du programme. Les coordinations ont initié le fonctionnement en réseau en cooptant les partenaires concernés, professionnels, institutions et associations volontaires. La mobilisation des acteurs s'est faite grâce au développement de la communication sur le thème du suicide par le biais de forums ou de séminaires, qui ont été proposés dans chaque département, mais également à travers les actions concernant l'information sur les professionnels et les structures spécialisées, la mise en place de l'accompagnement des familles de suicidants et suicidés, le développement de projets de promotion en santé mentale.

Les formations favorisant la mise en réseau

Une des actions du programme est consacrée à la mise en place de formations inter-institutionnelles des professionnels des divers champs d'intervention auprès des jeunes (justice, éducation nationale, mission locale, santé, etc.). Cette action, organisée par territoire, vise à faciliter le repérage et l'orientation des adolescents et adultes jeunes présentant un risque de dépression ou un risque suicidaire.

Depuis 1999, plus de 450 professionnels ont suivi cette formation, organisée sur trois jours et financée par l'État et l'assurance maladie. L'évaluation des premières sessions a montré l'intérêt des professionnels, l'importance du caractère inter-institutionnel et

territorial dans la réalisation de ces formations pour la connaissance des uns et des autres. Les professionnels engagés se sont révélés par la suite être des relais aux autres actions du programme.

En 2002, et en lien avec la stratégie nationale de prévention du suicide impulsée par la direction générale de la Santé, cette formation est relayée par les formations sur la crise suicidaire. Chaque coordination départementale du programme (médecin et cadre de santé) a suivi une formation de formateurs à la crise suicidaire, lui permettant ainsi de former les acteurs de son réseau local.

Le thème du suicide intégré dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire

Le renforcement de l'accueil spécialisé des suicidants dans les services d'urgence trouve sa mise en œuvre au travers des volets urgences et psychiatrie des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Ils ciblent prioritairement l'accueil psychiatrique aux urgences, le développement d'unités d'hospitalisation spécialisée pour adolescents. L'inscription de ces orientations dans les schémas en fait une priorité d'accompagnement budgétaire, qui s'est traduite par le renforcement en personnel des services d'urgence et de psychiatrie, la mise en place de lits-portes supplémentaires aux urgences ou le renforcement de services de post-urgences, la création d'unités intersectorielles pour adolescents.

En parallèle, l'élaboration des recommandations de prise en charge des tentatives de suicide était également inscrite dans le programme. Cette action, souhaitée également dans d'autres régions, a été reprise au niveau national (conférence de consensus de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Anaes). Dans le même temps, l'Anaes a proposé, sur la base des recommandations sur la prise en charge hospitalière des tentatives de suicide parues en 1999, une évaluation des pratiques professionnelles selon la méthode de l'audit clinique. Sous le pilotage du correspondant régional de l'Anaes, treize établissements de santé du Poitou-Charentes se sont engagés dans la démarche d'audit. L'analyse des pratiques a montré que les actions correctives ont concerné surtout l'organisation de la prise en charge aux urgences et moins souvent l'articulation de la sortie ou la qualité des relations avec l'environnement du suicidant, alors que l'évaluation montrait des écarts au référentiel plus fréquents sur ces deux catégories de critères.

La prévention

Le développement des programmes de promotion de santé s'est concrétisé par le financement de plus d'une centaine de projets de promotion en santé mentale qui ont concerné des actions telles que les ateliers bien-être, les soirées théâtre-débats, les forums-santé, etc. Leur développement s'est accompagné du renforcement de l'aide méthodologique aux porteurs de projet, aide apportée par le comité régional d'éducation en santé en lien avec les comités départementaux. Des groupes prévention, en partenariat avec l'Éducation nationale et les associations, se sont mis en place dans les départements sous l'égide des coordinations du programme.

Les actions d'information (plaquettes, répertoire, divers produits d'information) et de communication, par l'organisation de congrès, communications ou manifestations autour du thème par chaque coordination départementale, ont été accueillies très favorablement par les partenaires du réseau.

Les actions en milieu carcéral

L'importance des suicides en milieu carcéral a justifié de décliner une action spécifique sur l'amélioration des conditions de détention dans ce programme, d'autant que sept établissements pénitentiaires en Poitou-Charentes accueillent chaque année plus de trois mille détenus. Les formations inter-institutionnelles, puis ensuite les formations à la crise suicidaire, ont associé à la fois le personnel de l'administration pénitentiaire et celui des unités de consultations et de soins ambulatoires. En 2003, au moins une formation aura été réalisée dans chaque établissement pénitentiaire. D'autres projets ont émergé, en lien avec les associations et les services de probation et d'insertion : livret d'accueil, mise en place de groupes de parole, de permanences associatives pour traiter les difficultés médicales, sociales et psychologiques rencontrées lors de l'incarcération. Une réflexion est actuellement en cours avec l'administration pénitentiaire pour coordonner et harmoniser ensemble les projets d'éducation à la santé en milieu carcéral.

L'accompagnement des familles

Ce volet du programme proposait de mettre en place un accompagnement aux familles de suicidants et suicidés sur chaque département. Ce travail s'est appuyé sur les nombreuses associations œuvrant déjà dans ce domaine : Estuaire, Jonathan Pierres Vivantes, Vivre son deuil, l'association Phare

Enfants-Parents, etc.), ou le réseau hospitalier psychiatrique et l'Union nationale des amis et familles de malades (Unafam). C'est ainsi que les lieux d'écoute et d'accompagnement ont été recensés, identifiés ou mis en place si besoin.

Il convient de souligner l'action originale développée par la coordination de Charente-Maritime en partenariat avec l'Éducation nationale, qui a permis d'élaborer un guide de recommandations lors d'un événement traumatique dans une communauté éducative; ce guide sera diffusé à tous les établissements scolaires du département. Une diffusion sur les trois autres départements est actuellement envisagée.

Résultats et enseignements

Le programme régional de santé « Suicidé et dépression chez l'adolescent et l'adulte jeune » a fait l'objet d'une mise en œuvre concrète depuis mi-1999, période à laquelle l'ensemble des cinq coordinations départementales ont été mises en place. À ce jour, douze des quinze actions prévues du programme ont été réellement réalisées, dont les six actions définies initialement comme prioritaires.

L'analyse des résultats en 2003 permet de dégager des éléments favorisant la mise en œuvre du programme. Tout d'abord, un tel programme n'a pu se faire sans un indispensable engagement commun de l'État, de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie. C'est grâce à ce partenariat, qui a fait du suicide une thématique régionale prioritaire, qu'il a été possible de soutenir :

- la mise en place des coordinations départementales du programme, par appel à projet de l'agence régionale de l'hospitalisation auprès des établissements de santé,
- le renforcement des services d'urgence et de la psychiatrie dans les centres hospitaliers,
- le développement privilégié des projets de promotion en santé mentale inscrits dans l'appel à projet commun État-Urcam.

D'autre part, une déclinaison locale de programme implique un effecteur, en l'occurrence un pilotage local par une coordination avec l'aide du réseau d'acteurs. Cette organisation soutenue par l'agence régionale de l'hospitalisation a servi la légitimation du programme. En ce sens, la labellisation hospitalière de la coordination est déclarée comme facilitant la reconnaissance institutionnelle.

Trois actions portées par les coordinations locales apparaissent comme particulièrement

fédératrices pour la mise en place de réseaux locaux :

- la formation inter-institutionnelle au repérage et à l'orientation du sujet présentant un risque suicidaire, qui a permis de réunir des professionnels ayant des intérêts et des interrogations en commun, mais qui ne se connaissent pas ni parfois ne se reconnaissent, de partager un même savoir et de révéler leur souhait d'être acteur de prévention ;
- les actions de communication et d'information, en raison de l'intérêt marqué des partenaires du réseau à disposer de supports d'information, de leur forte mobilisation autour des questions « qui fait quoi ? pour qui ? à quel moment ? » ;
- la structuration du réseau d'accompagnement des familles compte tenu de l'intérêt majeur pour cette action reconnue à la fois par les professionnels, les associations et le grand public.

À l'inverse, des difficultés ont pu être identifiées dans la déclinaison de ce programme, à savoir :

- les possibilités réduites d'accéder dans de brefs délais à des consultations spécialisées en psychiatrie en raison soit de la saturation du dispositif, soit de l'absence de psychiatres sur certains secteurs ;
- la difficile mobilisation des médecins généralistes, des psychiatres libéraux ; le dispositif de formation médicale continue reste peu lisible et le rôle du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville dans la constitution de réseaux demeure complexe. L'identification de médecins leaders sur certains territoires pourrait être un objectif pour développer, en lien avec le secteur psychiatrique, des réseaux gradués de prise en charge ;
- le développement des actions de prévention s'est heurté à l'insuffisance du réseau d'acteurs locaux formés à la méthodologie de projets, probablement en lien avec l'absence d'un cadrage national sur les objectifs et les contenus d'une politique de promotion en santé mentale. Par ailleurs, bien que, à l'instar d'autres régions, un appel à projet commun entre l'État et l'assurance-maladie ait été mis en place en Poitou-Charentes, les acteurs soulignent la complexité des financements dédiés à la prévention et la multiplicité des financeurs potentiels ;
- trois des actions du programme n'ont pas été déclinées sous la forme prévue initialement, soit parce qu'elles relevaient d'un niveau national (par exemple : mise en place d'une ligne d'écoute téléphonique, développement des programmes de recherche) soit

parce qu'elles n'ont pas été jugées pertinentes (par exemple : la création d'un registre des suicides et des tentatives de suicide non retenue par le Comité national des registres). Cependant, elles ont été reprises à travers la création, localement, de lieux d'accueil et d'écoute, et la réalisation d'études régionales contribuant à la connaissance des suicides.

Enfin, il convient de poser la question de la mesure de l'impact du programme en termes de réduction de mortalité et de morbidité. L'absence de données facilement « collectables » sur les tentatives de suicide, la disponibilité des données de mortalité en temps réel restent des obstacles pour mesurer les évolutions des tendances épidémiologiques au fur et à mesure du déroulement de la programmation.

Conclusion

La mise en œuvre d'un programme régional de santé sur le thème du suicide, tel que celui proposé en Poitou-Charentes, a nécessité un engagement prioritaire des trois principaux partenaires institutionnels régionaux que sont les services déconcentrés de l'État, l'agence régionale de l'hospitalisation et l'Urcam. Ce partenariat a largement contribué à instaurer une dynamique et à dégager les moyens nécessaires pour mettre en œuvre le programme d'actions. En ce sens, la mise en place de coordinations départementales a été le relais indispensable pour fédérer les partenaires locaux autour de la déclinaison territoriale des actions.

Au terme des cinq années prévues pour ce programme régional, il s'agit d'envisager de nouvelles perspectives. En lien avec les orientations du schéma régional d'éducation et de prévention en santé et du projet de loi d'orientation en santé publique, quatre domaines d'interventions sont à privilégier dans le champ de la santé mentale : la promotion de la santé, l'information, la formation et l'animation du travail en réseau. Quatre populations seraient prioritairement ciblées : les jeunes, les précaires, les détenus et les personnes âgées. Pour cela, il s'agit de faire évoluer le rôle des coordinateurs départementaux vers une coordination territoriale en suicide-santé mentale, tout en conservant leur positionnement à partir des centres hospitaliers.

Tel est le sens des réflexions actuelles qui devront nous conduire à définir le contenu et les modalités de réalisation des orientations retenues pour cette évolution du programme régional de santé vers la déclinaison régionale de cette priorité de santé publique. ■