



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. ■