

Octobre 2006

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

Lyon ■

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

Paris ■

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

www.Eureval.fr

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



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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

Note de synthèse

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

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

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.

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

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).

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.

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

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.

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.

Sommaire

Introduction	12
1 La Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005	15
Les objectifs de la Stratégie nationale	15
Les mesures et actions prévues	15
2 Bilan des réalisations.....	21
Bilan des actions mises en œuvre au niveau national	21
Bilan des actions prioritaires nationales en région.....	22
Bilan des autres actions mises en œuvre par les programmations régionales	24
Bilan financier	26
3 Un double niveau de mise en œuvre	28
Le système d'acteurs	29
Les leviers d'actions de la DGS.....	31
4 Quelle mobilisation des acteurs nationaux et régionaux ?	35
La mobilisation au niveau national entre 2000 et 2005.....	35
Une mobilisation régionale selon les contextes spécifiques.....	40
La pérennité de la mobilisation des acteurs	44
5 Quelle efficacité des actions menées ?	47
L'utilité des formations territoriales pluridisciplinaires pour repérer et gérer la crise suicidaire	47
Les coopérations et la mise en réseau des divers professionnels	53
L'efficacité des actions destinées aux médecins généralistes.....	56
6 Quelle prise en compte des publics ciblés par la Stratégie Nationale ?	60
Les orientations stratégiques en région	60
Conclusions et recommandations.....	62
Conclusions synthétiques.....	62
Recommandations et suggestions opérationnelles	64
Annexe : Liste des rapports techniques	68
Annexe : liste des acronymes.....	69

Introduction

L'évaluation de la politique mise en œuvre par la Stratégie nationale d'actions face au suicide sur la période 2000-2005 vise à :

- fournir une meilleure connaissance de la réalisation des actions préconisées par la Stratégie nationale et notamment de sa déclinaison en régions,
- dégager des axes d'amélioration permettant le lancement d'un deuxième dispositif rénové et adapté aux besoins des acteurs œuvrant dans ce domaine, en tenant compte des dispositions légales de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui prévoit notamment la réduction de la mortalité par suicide de 20 % en cinq ans,
- produire des recommandations en vue de valoriser le futur dispositif auprès des partenaires institutionnels.

Il s'agit de répondre à trois groupes de questions évaluatives :

1. La mobilisation des partenaires :

- 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 pertinentes⁵ en régions ? Quelles formes a pris cette mobilisation ?
- 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 ?

2. L'efficacité des actions menées

- 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 ? 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 ?
- 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 ?

3. Les publics ciblés dans la Stratégie

⁵ Une action pertinente signifie ici une action cohérente au regard des axes de la stratégie nationale.

- 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 ?
4. Enfin, il s'agit de proposer des initiatives à adopter par le niveau national, pour mobiliser les acteurs régionaux suite aux changements institutionnels introduits en 2004.
- 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 travaux réalisés au cours de cette évaluation sont les suivants :

- une analyse documentaire approfondie des textes législatifs et réglementaires, des différents rapports relatifs au système de santé français, à ses composantes; et des bilans d'activité des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) dans le cadre de la Stratégie nationale ;
- des entretiens de cadrage : 7 questionnaires nationaux et 3 questionnaires des régions ;
- 4 entretiens avec des experts reconnus pour leurs compétences et leurs travaux sur la thématique suicide ;
- des études de cas sur un échantillon de cinq régions (Aquitaine, Bourgogne, Haute-Normandie, Languedoc et Limousin) à travers la réalisation de 49 entretiens ;
- une enquête en ligne, dans ces mêmes 5 régions, pour approfondir l'analyse des formations des professionnels en région (92 répondants sur 574 personnes contactées) ;
- des entretiens individuels et collectifs avec des acteurs nationaux : Haute Autorité de la Santé (HAS, anciennement ANAES), Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES, anciennement CFES), Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), départements ministériels (administration pénitentiaire, éducation nationale, Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)), Mutualité Française, Fondation de France, Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML), associations de Formation Médicale Continue (FMC) ;
- deux tables rondes avec des experts et acteurs nationaux (6) et des référents régionaux (10).

Le comité de pilotage s'est réuni quatre fois et l'équipe projet une fois. Le comité de pilotage réunissait des représentants de la Direction Générale de la Santé (DGS, bureau 6c), de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation Sanitaire (DHOS), de la CNAMTS, de l'INPES (anciennement CFES), de la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP), de la Direction de l'Enseignement Scolaire (DESCO), de trois DRASS (Bretagne, Provence-Alpes-Côtes d'Azur, Picardie), et d'associations de patients et de familles (UNAFAM et FNAP Psy).

Ce document constitue le rapport final de l'évaluation. Il comprend une synthèse et un rapport d'une soixantaine de pages qui a été rédigé dans la perspective de le rendre accessible à un public le plus large possible. Afin d'alléger la lecture, les aspects les plus techniques ont volontairement été regroupés dans les rapports annexes. Tous les rapports techniques (rapports d'enquête, études de cas, ...), soit plus de 100 pages, sont disponibles sous forme informatique (voir la liste des annexes en fin de rapport).

Les conclusions de ce rapport sont formulées en réponse aux questions évaluatives citées, il ne s'agit donc pas d'un jugement global sur la Stratégie nationale.

L'équipe d'Eureval est seule responsable des éventuelles inexactitudes et des opinions exprimées qui ne reflètent pas nécessairement celles des membres du Comité de Pilotage.

L'équipe d'Eureval tient à remercier l'ensemble des participants au Comité de Pilotage pour la qualité de leurs contributions.

1 La Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005

Les objectifs de la Stratégie nationale

L'objectif de la stratégie est de réduire le nombre de suicides. Cet objectif a été chiffré par la circulaire du 05/07/01 et surtout par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n°92 réduire de 20% le nombre de suicides en population générale d'ici à 2008 (passer d'environ 12 000 à moins de 10 000 décès par suicide par an).

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**
3. **Améliorer la prise en charge,**
4. **Améliorer la connaissance épidémiologique.**

Les mesures et actions prévues

Pour chacun de ces axes initiaux de la Stratégie de 2000, sont déclinées des mesures à mettre en place, aux niveaux national et/ou local par la DGS, l'INPES (anciennement CFES) et la CNAMTS, ou encore par les DRASS au niveau local. Ces axes initiaux ont ensuite évolué en fonction des circulaires émises relatives à la Stratégie nationale⁶.

L'axe 1 « **Favoriser la prévention par un dépistage accru des risques suicidaires** » a pour objectif de donner aux professionnels des pratiques communes et des outils validés pour évaluer les facteurs de risque de la crise suicidaire. Cet axe comprend l'élaboration de recommandations, la formation pluri-professionnelle organisée dans toutes les régions et le soutien aux associations d'écoute et d'accueil des personnes en souffrance psychique. Il se décline en deux chapitres :

1. Prévenir les tentatives de suicides notamment chez les jeunes :
 - par le renforcement des lieux d'accueil et d'écoute,
 - par la production de recommandations pour le repérage de la crise suicidaire (conférence de consensus),

⁶ Pour davantage de développements, voir l'annexe 2 « Les principales étapes de la genèse de la Stratégie nationale »

- par l'élaboration d'une formation pluridisciplinaire pour le repérage de la crise suicidaire.
- 2. Améliorer la formation des professionnels à l'utilisation d'outils de détection de la crise suicidaire :
 - par l'organisation de sessions de formation nationales de formateurs régionaux sur la question de la crise suicidaire,
 - par la sensibilisation des personnels des établissements scolaires au repérage de la souffrance psychique des jeunes,
 - en formant au travail en réseau autour de la prise en charge des personnes en crise suicidaire⁷.

L'axe 2 « **Diminuer l'accès aux moyens létaux** », comprend un seul chapitre « Mieux comprendre les circonstances des suicides et diminuer l'accès aux moyens létaux » et vise :

1. la mise en place d'études sur la mortalité par suicide (par intoxications médicamenteuses, par armes à feu) et sur les autopsies psychologiques,
2. la mise en place d'un travail interministériel pour sécuriser les sites géographiques les plus souvent utilisés par les suicidants,
3. une responsabilisation des détenteurs d'armes à feu.

L'axe 3 « **Améliorer la prise en charge** » comprend cinq chapitres :

1. Améliorer la prise en charge par :
 - La généralisation des audits cliniques,
 - Le renforcement des lits d'hospitalisation pour les adolescents.
2. Améliorer la qualité des actions de prévention primaire et d'éducation pour la santé à travers :
 - L'élaboration d'outils de prévention et de diffusion des bonnes pratiques.
3. Etablir des recommandations de bonnes pratiques pour les acteurs de prévention travaillant en dehors de l'hôpital, grâce à :
 - La diffusion de pratiques validées sous forme de recommandations pour favoriser la qualité des actions.
4. Améliorer l'accompagnement des familles ou des proches :
 - En élaborant des recommandations avec les partenaires,

⁷ La circulaire du 5 juillet 2001 a orienté la Stratégie vers la prévention du suicide des jeunes en priorité. En 2002, à travers la circulaire du 26 avril 2002, la Stratégie nationale s'oriente vers un nouveau public : les détenus. Enfin, la DGS a invité les DRASS le 28/06/05 à élargir la Stratégie nationale à la prévention du suicide chez les personnes âgées.

- En renforçant les lieux d'accueil et d'écoute associatifs ou hospitaliers.
- 5. Développer les Programmes régionaux de prévention du suicide par l'inscription d'actions :
 - Des outils d'information sur les acteurs locaux de prévention du suicide,
 - Une organisation de la prise en charge médico-sociale en réseau,
 - Un plan de formation primaire.

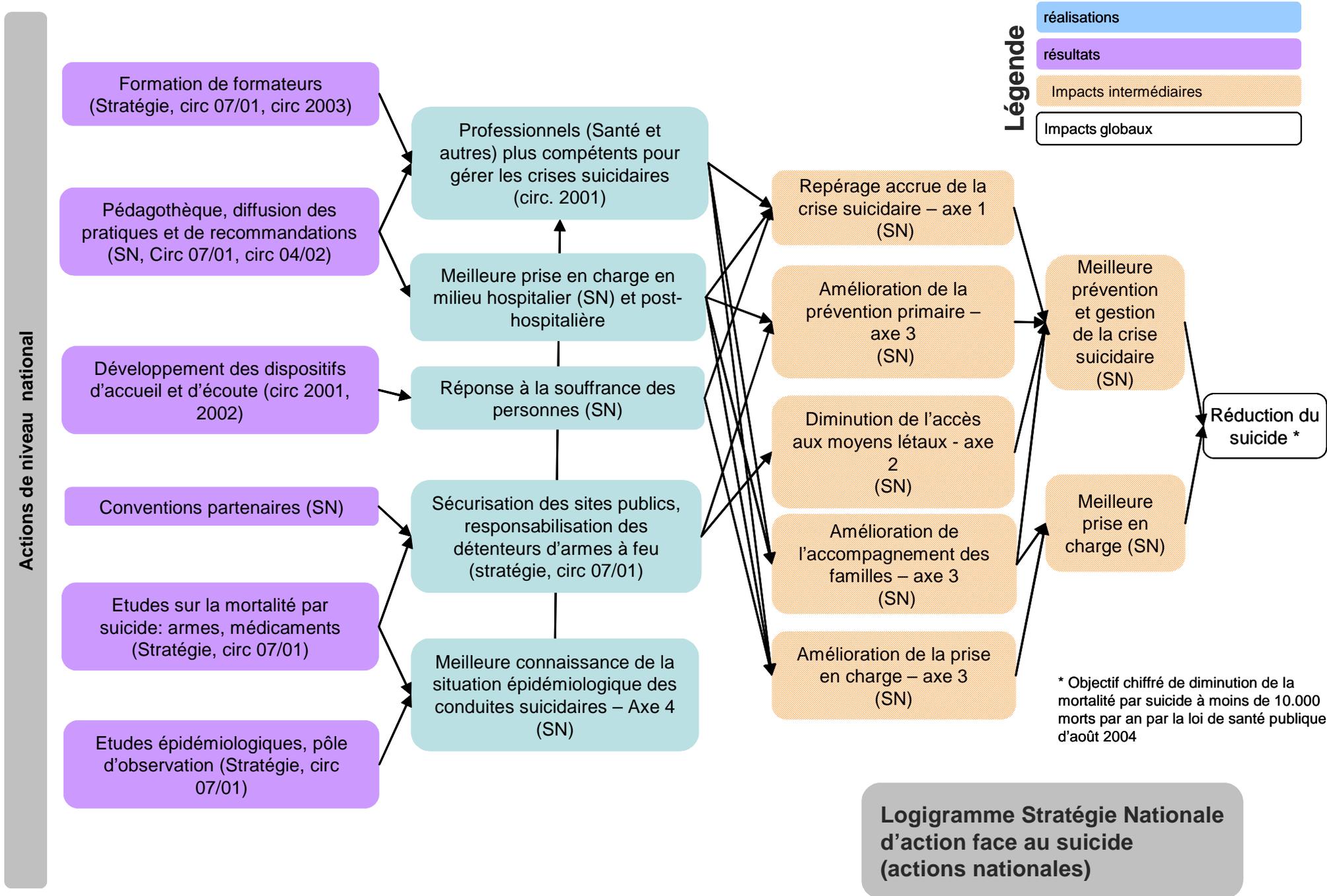
Enfin, l'axe 4, « **Améliorer la connaissance** », vise à :

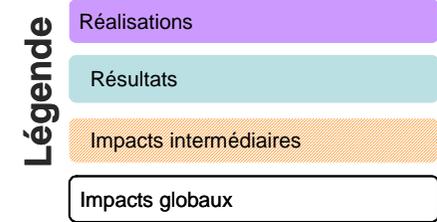
1. Mieux connaître la situation épidémiologique :
 - Par la mise en place d'un pôle d'observation en continu sur la prévention du suicide,
 - Par l'élaboration de protocoles nationaux de déclaration des décès par suicide et de transmission des données de mortalité.
2. Mieux connaître les tentatives de suicide prises en charge par les établissements de santé et par les médecins généralistes :
 - Par la construction d'indicateurs,
 - Par la mise en place d'un recueil de données sur les tentatives de suicide.
3. Améliorer les connaissances en population générale et mieux connaître les perceptions du public :
 - Le soutien à des enquêtes (UNPS, Baromètres santé-jeunes),
 - L'élaboration d'outils d'information sur les acteurs locaux de prévention du suicide au niveau des régions.

Synthèse de la logique d'action

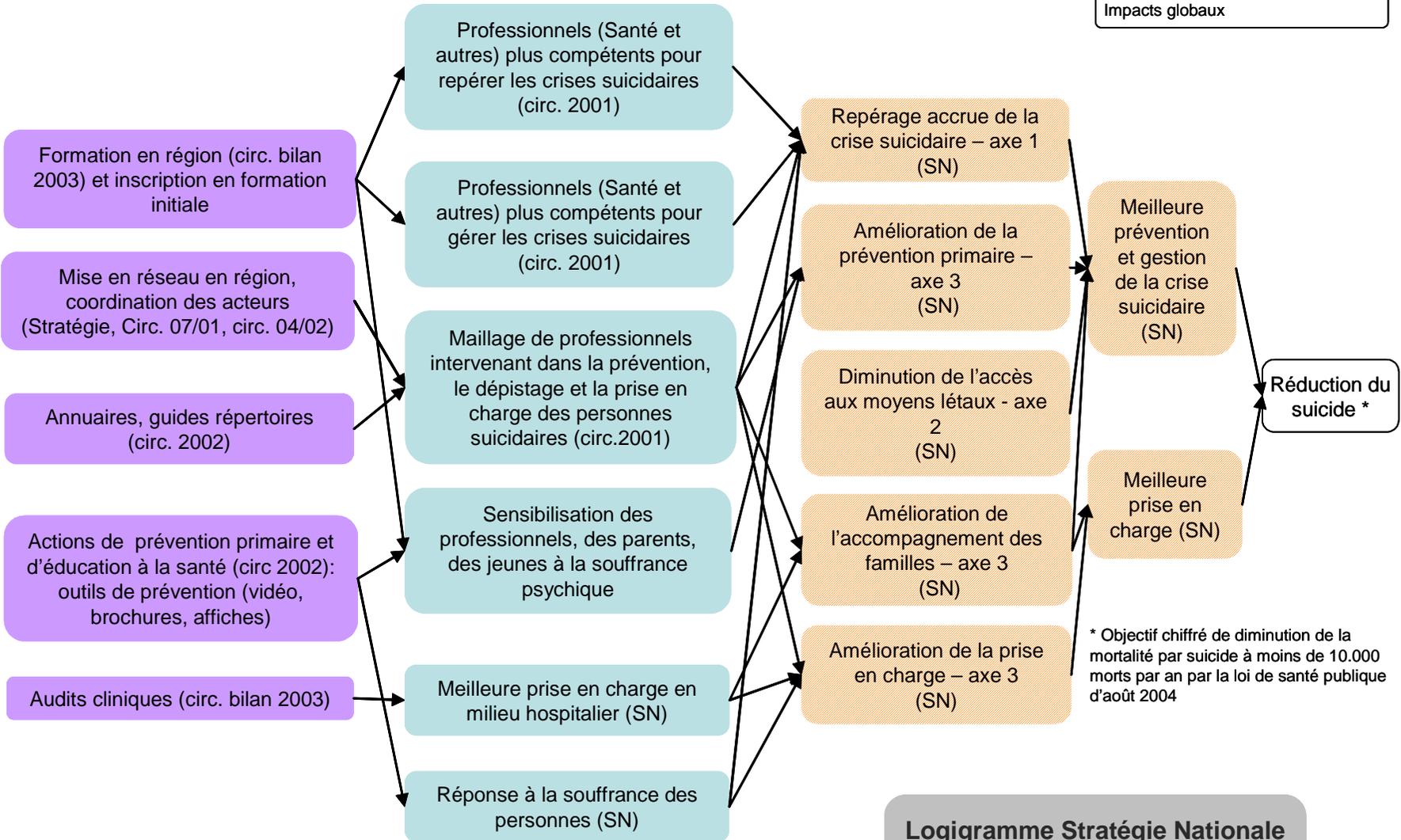
L'ensemble des mesures, des axes et des objectifs de la Stratégie nationale décrit ci-dessus peut s'articuler dans un schéma dit « logigramme ». Celui-ci permet de mettre en évidence les liens entre les acteurs, les actions et l'objectif recherché de réduction du nombre de suicides.

Chacune des « mesures » de la Stratégie est considérée comme une « réalisation », les chapitres de chaque axe sont des « résultats » et les axes constituent autant d'impacts intermédiaires de la logique d'action.





Actions de niveau régional



* Objectif chiffré de diminution de la mortalité par suicide à moins de 10.000 morts par an par la loi de santé publique d'août 2004

Logigramme Stratégie Nationale d'action face au suicide (actions régionales)

Les logigrammes ci-dessus font apparaître que :

- La logique d'action de la Stratégie présente une cohérence d'ensemble : un nombre élevé d'actions contribue à la réalisation de résultats en nombre plus réduits, eux-mêmes conduisant à des impacts intermédiaires et un impact global.
- Les actions sont mises en œuvre aussi bien au niveau régional qu'au niveau national, que ce soit par la DGS directement ou par les partenaires de la Stratégie nationale.
- La Stratégie en elle-même rassemble de nombreuses actions qui sont financées par la DGS et/ou par les partenaires institutionnels. Ce constat nous a amené à décrire les différents leviers d'actions que la DGS peut mobiliser.

2 Bilan des réalisations

Bilan des actions mises en œuvre au niveau national

L'axe 1 « **repérage de la crise suicidaire** » a été avancé à travers l'élaboration de recommandations et la formation, au niveau national, de formateurs. Le champ d'application des formations s'est étendu à un large public. Initialement en 2001, la Stratégie a été orientée vers le public « jeunes », puis en 2002, vers les publics « tout public » et « détenus », et en 2005 vers le public « personnes âgées ».

Cet axe s'est concrétisé également par des actions de sensibilisation des personnels de l'Education Nationale, du champ du médico-social, et le développement de la mise en réseau et de l'échange de pratiques avec ces acteurs.

L'axe 2 « **Diminuer l'accès aux moyens létaux** » a consisté en la mise en place d'études et de travaux de partenariats (étude sur les armes à feu, partenariat UNPS/RATP). Surtout, les nouvelles dispositions de la loi n°2001-1062 du 15/11/01 relative à la sécurité quotidienne (circulaire du 29/04/02) ont permis la prise de mesures administratives de retrait d'armes à feu en cas de danger pour la personne. Ces dispositions ont ensuite été complétées par la loi du 16 mars 2003, qui renforce les conditions d'acquisition et de détention d'armes à feu en exigeant un certificat médical attestant de l'état de santé physique et psychique de la personnes, et par le décret en Conseil d'Etat du 23 novembre 2005, relatif au régime des matériels de guerre, armes et munitions, qui prévoit que ce certificat médical soit daté de moins de 15 jours à la date de demande d'autorisation d'acquisition et de détention d'armes à feu.

L'axe 3 « **Améliorer la prise en charge** » a permis la généralisation des audits cliniques, l'élaboration de recommandations, le renforcement des lieux d'accueil. La réalisation des actions retenues a été inégale suivant les régions.

Enfin l'axe 4 « **Améliorer la connaissance** » a permis la réalisation d'études, et la mise en place d'indicateurs.

Ce bilan est détaillé en annexe 3 « Bilan des actions nationales de la Stratégie ».

Bilan des actions prioritaires nationales en région

Les formations pluridisciplinaires territoriales

Les formations pluridisciplinaires en région visent à former des « personnes ressources⁸ » identifiées dans 10 champs professionnels⁹ différents sur le repérage de la crise suicidaire. Chaque binôme régional composé en général d'un universitaire médecin psychiatre et d'un universitaire psychologue clinicien formés au niveau national, s'est engagé à assurer la restitution du contenu de cette session nationale, dans le cadre de formations locales en vue de permettre la diffusion et l'appropriation des conclusions de la conférence de consensus par les professionnels des différents champs sanitaire, social, médico-social et éducatif.

Le développement de l'activité de formation

Selon les résultats de l'évaluation stratégique réalisée auprès des formateurs à l'intervention de crise suicidaire menée en 2006 et présentés par le Pr. Terra lors des journées du GEPS le 21 septembre 2006 à Dijon :

- 291 formateurs ont été formés au niveau national,
- au moins 12 700 personnes ont été formées au niveau local.

La répartition par région

Sur la base des remontés d'informations de 23 régions sur 26 qui ont communiqué leurs données à la DGS à la date du 07/09/06, on constate que :

- les régions ayant un PRS ont davantage contribué à former des personnes : 83% des personnes formées viennent de régions en PRS ;
- la répartition des personnes formées par structures d'appartenance professionnelles n'est pas modifiée entre les régions avec PRS et les régions sans PRS ;
- si les régions ayant un PRS ont formé en pourcentage davantage d'enseignants, les régions sans PRS se sont concentrées sur la formation des psychologues et des médecins.

⁸ La circulaire n° 2002/258 du 29 avril 2002 indique au sujet des personnes ressources que « la personne ressource n'a pas vocation à devenir formateur. Elle doit relayer la formation par la diffusion d'informations pertinentes sur la prévention du suicide dans son champ d'intervention. »

⁹ 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 géiatres travaillant en institution, les professionnels de l'éducation nationale (enseignants, infirmiers scolaires), et les professionnels socio-éducatifs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

Les profils de personnes formées :

Les personnes formées sont réparties dans deux principales structures d'appartenance professionnelles, selon les remontées d'informations de 23 régions sur 26 qui ont communiqué leurs données à la DGS à la date du 07/09/06 :

- 30,0 % viennent de l'Education Nationale,
- 12,5% viennent de services hospitaliers de psychiatrie.

Les autres structures représentées sont entre autre :

- les collectivités territoriales (5,3%)
- les services hospitaliers d'urgence (4,9%)
- les associations de bénévoles (3,7%)
- la médecine de ville –toutes spécialités (3%)
- les institutions pour personnes âgées (3,6 %)
- la PJJ (2,5%)
- l'administration pénitentiaire (2,6%)
- les services hospitaliers de pédiatrie (2,2%)
- les points accueil et écoutes jeunes (1,7%),
- les CSST et CAAA (1,0%),
- les services de jeunesse et sport (0,04%),
- les UCSA et les SMPR (1,4%).

Les structures « autres » non identifiées représentent 25,6% des répondants.

En terme de professions, les personnes formées exercent principalement en tant que : infirmiers (24,3%), travailleurs sociaux (10,8%), médecins (10,1%). Les autres professions sont moins représentées en pourcentage : 9,3% d'enseignants, 5,2% d'éducateurs, 5,1% de psychologues, 1,5% de surveillants pénitentiaires et 33,7% d'autres professions non déterminées.

Les formations spécifiques sur la crise suicidaire en milieu carcéral :

A partir de 2004 ont été mis en place en région des formations spécifiques au milieu pénitentiaire.

Selon les remontés d'informations de 23 régions sur 26 qui ont communiqué leurs données à la DGS à la date du 07/09/06 :

- 29 sessions de formation ont été organisées, dont 20 dans des régions ayant un PRS ;
- 365 personnes ont été formées sur l'année 2004, dont 62% dans des régions ayant un PRS ;
- 42% des personnes qui se sont formés sont des personnels surveillants et 12% sont des infirmiers. Les autres professions représentées sont les psychologues des UCSA/SMPR (4%), les médecins des UCSA/SMPR (4%), les directeurs (2%) et les conseillers d'insertion (2%).

Les audits cliniques sur la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide

Depuis 2001, on constate une diminution d'intérêt des établissements pour cette démarche :

- 95 établissements ont suivi la formation ANAES,
- 121 ont effectué la première autoévaluation des pratiques,
- 27 ont effectué la deuxième autoévaluation des pratiques,
- 46 établissements ont rédigé un rapport d'audit définitif.

A titre de comparaison, le nombre total d'établissements hospitaliers en France de 3023 établissements (1010 établissements publics, 701 établissements privés participant au service public hospitalier et 1312 établissements privés, habituellement désignés sous le terme de "cliniques privées" (source « Les chiffres de l'Assurance Maladie 2003 »).

Les répertoires locaux

La circulaire du 5 juillet 2001 engage les référents DRASS sur la prévention du suicide à élaborer, en lien avec les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS), des outils régionaux d'informations sur l'offre de prise en charge dans le domaine de la prévention du suicide, dans le souci de répondre à un besoin de lisibilité locale des acteurs de différents champs d'intervention impliqués dans ce domaine.

Suite à cette demande :

- 14 régions ont développé des outils d'information diffusés auprès des professionnels (dont 11 ayant un PRS),
- dont 7 régions ont diffusé des outils d'information auprès du public (dont 5 ayant un PRS).

Les actions régionales impulsant un travail de partenariat

Enfin, des actions de partenariats ou de réseaux ont été recensées dans 14 régions sur 23 (dont 10 ayant un PRS).

Bilan des autres actions mises en œuvre par les programmations régionales

En dehors des actions nationales prioritaires, les régions ont développé, dans le cadre de leur PRS, ou par d'autres financements (PRAPS, autres lignes budgétaires) des actions de prévention du suicide propres.

Les remontés d'informations de 23 régions sur 26 qui ont communiqué leurs données à la DGS à la date du 07/09/06 montrent que :

- Au sein de l'axe 1 sur la prévention par repérage accru des risques suicidaires, 279 actions ont été développées dans les 23 régions suivies. Au sein de cet axe le chapitre « améliorer la formation des intervenants » est le plus développé.
- 188 actions ont été réalisées ou sont en cours de réalisation au sein de l'axe 3 « Améliorer la prise en charge »
- Dans le cadre de l'axe 4 « Améliorer la connaissance », 119 actions ont été mises en oeuvre.
- Dans le cadre de l'axe 2 « Diminuer l'accès aux moyens létaux », problématique nationale, une action a été réalisée en région.

Les actions développées largement au niveau local sont :

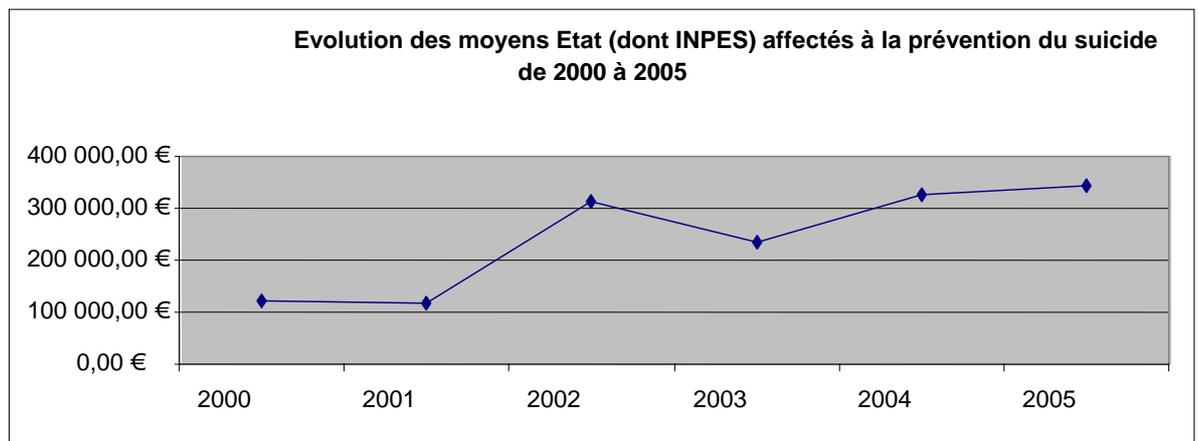
- l'extension des points écoutes jeunes,
- les interventions en milieu scolaire,
- la mise en place d'une permanence d'écoute spécialisée dans les Missions Locales,
- la formation que ce soit pour des bénévoles des associations d'écoute, ou pour les personnels de l'Education Nationale,
- le renforcement des équipes de psychiatrie dans les services d'urgences et la mise en place d'unités hospitalières avec lits pour adolescents,
- des actions de prévention primaire : valorisation du bien être, etc...
- la mise en place d'organisations locales en réseau,
- des études statistiques et plaquettes d'information.

On constate donc que les actions mises en place en région correspondent aux axes retenus dans le cadre de la Stratégie nationale.

Bilan financier

Les actions nationales

Au niveau national, le financement de la Stratégie nationale a atteint un montant de 1 453 567 € pour la période 2000-2005.



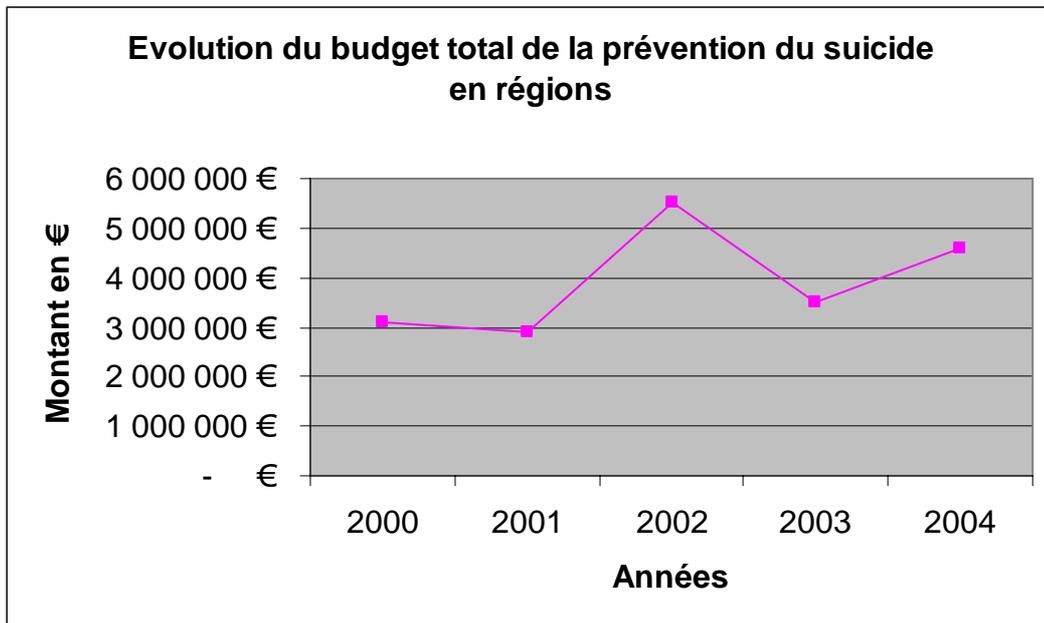
Entre 2000 et 2005, le montant du financement a progressivement augmenté, avec un pic en 2002 (expliqué par la subvention DGS pour la mise en place de deux sessions de formation de formateurs régionaux sur le repérage de la crise suicidaire, reconduite en 2003, 2004, 2005).

Ce budget a servi à financer les actions de formation de formateurs, le congrès du GEPS, des actions de promotion et des actions d'information et de sensibilisation concourant à la prévention du suicide, ainsi que certaines actions des associations d'écoute et d'accueil des personnes suicidantes et de leurs familles.

Les actions en régions

Selon les données financières issues des DRASS, pour 20 régions ayant répondu, et pour la période 2000-2004 (inclus), les régions auraient dépensé un total de **19 649 205 €** pour des actions de prévention du suicide, soit une moyenne de **982 460 €** par région sur la période. En moyenne, le financement par année est de 242 261 €. Toutefois la répartition par région et par année est très hétérogène sur la période étudiée.

L'observation du budget accordé par année montre une variabilité importante, avec une pointe en 2002 (expliquée par l'augmentation de la DGS aux régions pour contribuer aux nouvelles mesures de prévention demandées aux DRASS).



Le financement de la prévention du suicide s'est réparti en régions entre l'Etat, avec 12 671 431 €, soit 64% du montant total, l'Assurance Maladie (FNPEIS) avec 2 651 198 €, soit 13% du montant total et l'assurance maladie, ONDAM hospitalier des ARH, avec 3 768 129 € soit 19% du montant. Les 3% restants sont des financements dont la répartition Etat/ Assurance Maladie n'est pas connue.

Les actions financées sont majoritairement des actions régionales avec 13 769 266 € soit 92% du montant total. Les actions nationales représentent donc 8% du montant total dépensé sur la période dans le cadre de la Stratégie nationale d'actions face au suicide.

3 Un double niveau de mise en oeuvre

La stratégie a appliqué une méthode pragmatique d'élaboration. Elle a été initialement conçue autour d'une méthode ascendante, selon laquelle le niveau national devait capitaliser sur la base des expériences développées en région pour l'élaboration du cadrage national de la prévention. Elle a cherché à renforcer la « dynamique de mutualisation des réflexions et expériences menées au niveau régional et au niveau national »¹⁰.

La Stratégie de prévention a cherché à impliquer l'ensemble des acteurs et des champs d'intervention prévus pour sa mise en oeuvre (sanitaire, médico-social, social, et éducatif) dans une démarche multipartenariale et multidisciplinaire.

La démarche de mise en oeuvre de la stratégie telle qu'énoncée dans la circulaire du 5 juillet 2001 privilégie un double niveau d'intervention : une orientation par le niveau national, une mise en oeuvre à la fois nationale et régionale des actions de prévention. Certaines actions sont mises en oeuvre directement par le niveau national, et d'autres sont réalisées en région à partir d'orientations nationales.

Le relais entre le niveau national et le niveau régional repose sur différents leviers d'action, dont les plus importants sont : la circulaire annuelle d'orientation à destination des DRASS, le référent sur la prévention du suicide désigné dans chaque DRASS, les réunions de mobilisation/sensibilisation des partenaires, le cofinancement des actions.

¹⁰ Circulaire n°2001/318 relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : Actions prioritaires pour 2001, 5 Juillet 2001, p.11

Le système d'acteurs

Pour prendre la mesure de la complexité de la Stratégie nationale d'actions face au suicide, il est intéressant d'étudier le système d'acteurs qui caractérise cette politique.

Le schéma de la page suivante, dénommé sociogramme, présente une vision graphique des différents intervenants de cette politique. Il classe les protagonistes en trois catégories:

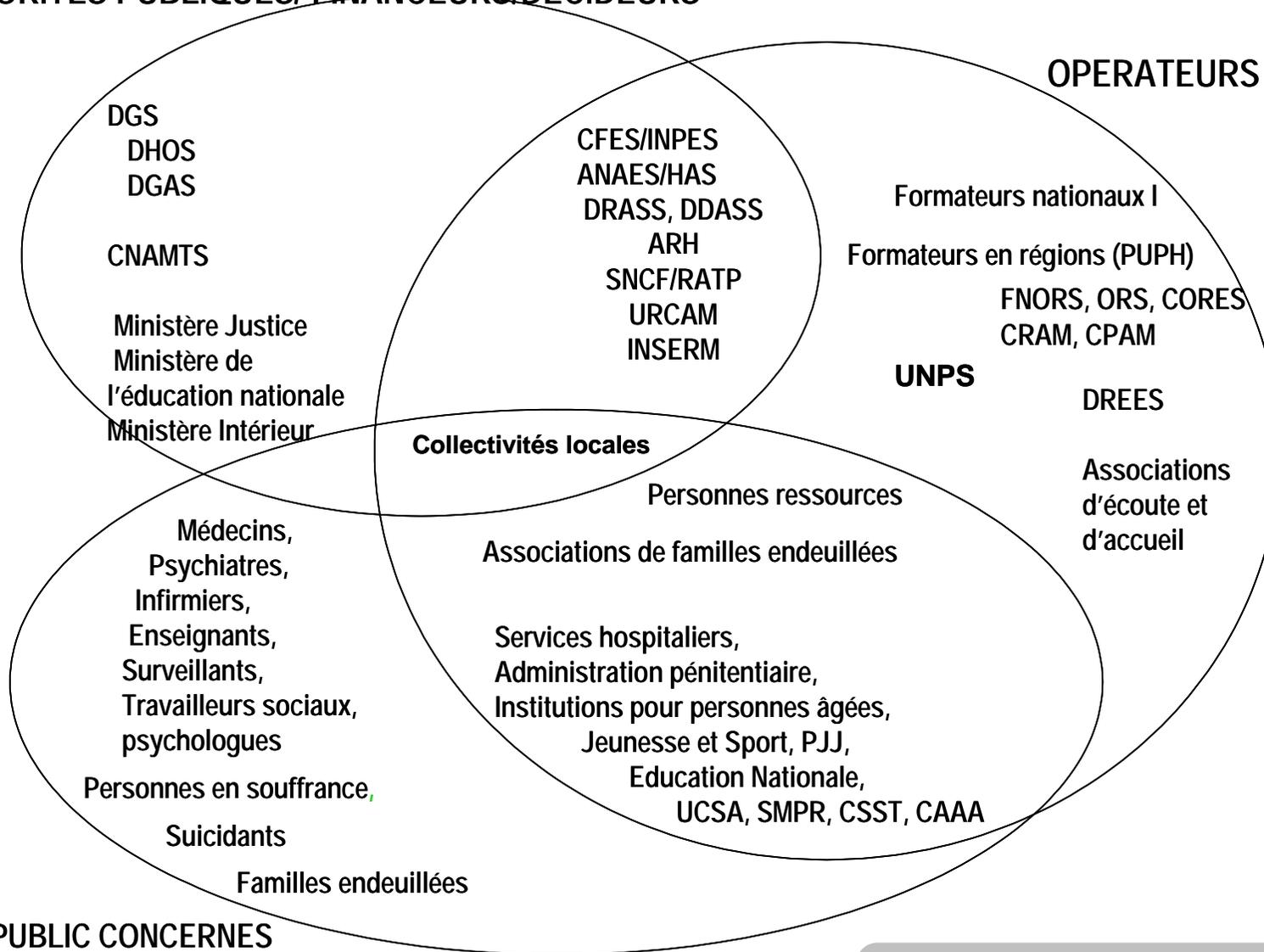
- 1) les Décideurs ou Autorités Publiques (élus, responsables politiques, financeurs),
- 2) les Bénéficiaires ou Publics Concernés (destinataires directs et indirects),
- 3) les Opérateurs (gestionnaires, opérateurs, agences d'exécution).

Ce sociogramme met en évidence une caractéristique forte de cette politique publique :

- De nombreux financeurs sont aussi en charge de la mise en oeuvre :
 - l'ensemble des partenaires de la Stratégie peut être considéré comme des décideurs puisqu'ils sont autonomes dans leur décision vis-à-vis de la DGS et qu'ils sont en partie ou totalement financeurs de leurs propres actions.
 - les services déconcentrés de l'Etat (DRASS), les ARH, les URCAM pour l'Assurance Maladie, sont à la fois décideurs et opérateurs puisqu'ils bénéficient d'une certaine autonomie quant à l'utilisation du budget qui leur est imparti.
- Il existe plusieurs niveaux de bénéficiaires : les bénéficiaires directs, bénéficiaires notamment des formations en région, et regroupant un nombre significatif de structures en région, et les bénéficiaires indirects, les personnes en souffrance, les suicidants et les familles de suicidants.

AUTORITES PUBLIQUES/ FINANCEURS/DECIDEURS

OPERATEURS



Sociogramme de la Stratégie Nationale d'actions face au suicide

Les leviers d'actions de la DGS

La Stratégie nationale d'actions face au suicide est pilotée par la DGS qui dispose des leviers d'actions classiques d'une administration centrale (instructions, notification de crédits..).

Ce paragraphe a pour objectif de mettre en évidence les leviers d'actions à disposition de la DGS pour piloter cette Stratégie et permettre sa mise en œuvre par différents partenaires.

Leviers écrits

Avant 2004, le premier levier d'action de la DGS pour mettre en œuvre les actions en région était de solliciter les DRASS en leur adressant des instructions annuelles à travers les supports écrits suivants : circulaires d'orientation des politiques de santé, Directives Nationales d'Orientation dans le cadre des notifications de crédits (programme de Santé Publique et Prévention, action santé mentale et suicide).

Ce levier d'action, les circulaires à l'intention des DRASS, concernait principalement les actions suivantes:

- la formation au repérage suicidaire en région, avec la désignation de binômes de formation et l'organisation logistique des formations
- la réalisation des audits cliniques
- la construction de guides répertoires et la construction de réseaux locaux
- la mise en réseau des acteurs

Depuis la loi de Santé Publique de 2004, les DRASS, services déconcentrés de l'Etat, sont libres d'adapter ces mesures (proposées par circulaires) au contexte local, ce qui n'était pas le cas avant 2004. La loi a renforcé cette autonomie 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 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.

Réunions de partenaires/sensibilisation

La prévention du suicide relevant de la responsabilité de nombreux partenaires, les mesures annoncées dans la Stratégie sollicitent de nombreux acteurs (voir sociogramme).

La DGS a ainsi mobilisé les acteurs :

- soit par des réunions générales de tous les acteurs du suicide, notamment en phase de conception de la Stratégie :
 - réunions du Comité de Suivi en phase de conception (1998-2000), réunissant l'ensemble des partenaires nationaux et qui a permis la mobilisation de la CNAMTS, de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES, anciennement CFES), de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), de la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS), de la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP), de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), de l'Union Nationale de Prévention du Suicide (UNPS), etc ; ce comité a continué à se réunir pour mettre en œuvre certaines actions de la Stratégie (jusqu'à la mise en place des colloques interrégionaux de 2002¹¹) ;
 - réunions d'un Comité Projet réunissant les responsables régionaux de la problématique suicide lors de cette phase de conception, permettant de mobiliser les administrations déconcentrées ;
- soit par des réunions spécifiques internes au Ministère : Direction de la Recherche, de l'Evaluation, des Etudes et des Statistiques (DREES), DHOS,
- soit en sollicitant les partenaires afin qu'ils insèrent des mesures de prévention dans leurs projets existants :
 - DGAS : renforcement des lieux d'accueil et d'écoute, groupe de travail sur la souffrance et les troubles psychiques,
 - partenariat DGS, DGAS, DHOS, Education Nationale/PJJ pour le soutien des équipes éducatives confrontées à la souffrance psychique des jeunes,
 - CNAMTS, INPES (anciennement CFES) et la Mutualité Française : colloques interrégionaux,
 - Education Nationale : circulaire du 01/12/03 sur la santé des élèves ;

¹¹ De septembre à décembre 2002, l'INPES a mis en œuvre, avec des financements de la CNAMTS et de la Mutualité Française, 4 colloques interrégionaux sur « la prévention du suicide et la promotion de la santé mentale » en partenariat avec la DGS, la CNAMTS et la Mutualité Française. Ces colloques, organisés localement et suivis par l'INPES, avaient pour objectif de susciter une dynamique de réflexion et d'échange sur la prévention du suicide, de renforcer et développer les programmes locaux d'actions de prévention primaire du suicide et d'inciter à une transversalité des actions entre institutions. Ils ont réuni 742 participants (professionnels des champs sanitaires, sociaux, socio-éducatifs, des représentants d'institutions tels que l'Education Nationale, les collectivités territoriales, l'administration pénitentiaire ou la PJJ, les acteurs du milieu associatif et les professionnels appartenant aux réseaux de proximité des quatre partenaires nationaux c'est-à-dire les DRASS/DASS, CPAM/CRAM/URCAM, CODES/CRES, unions régionales et départementales de la Mutualité Française).

- soit jusqu'en 2004, date du changement de statut de la structure, par saisine de l'HAS (anciennement ANAES) et mise en œuvre à travers leurs correspondants régionaux d'audits cliniques, construction de recommandations (repérage de la crise suicidaire, prise en charge en milieu hospitalier).

Financements

LA DGS a financé ou cofinancé certaines mesures annoncées, notamment :

- les formations de formateurs au repérage de la crise suicidaire,
- le financement des associations d'écoute et d'accueil jusqu'en 2004, date à laquelle ce financement a été transféré à l'INPES (anciennement CFES),
- l'augmentation en 2002 de la dotation DGS aux régions pour contribuer aux nouvelles mesures de prévention demandées aux DRASS,
- l'étude sur les associations d'accueil et de téléphonie sociale,
- les études menées par l'INSERM (étude sur le suicide par arme à feu (2001), expertise collective sur des autopsies psychologiques),
- les journées de prévention du suicide de l'UNPS,
- les journées nationales du GEPS.

Les référents suicide

En 2000, le Ministère demandait aux DRASS la désignation d'un référent régional sur la prévention du suicide « dont la mission est de relayer la dynamique initiée dans le cadre de la stratégie nationale d'actions face au suicide tant auprès des directions départementales des affaires sanitaires et sociales, des autres partenaires institutionnels (Education Nationale, DPJJ) qu'auprès des professionnels sanitaires et sociaux ».

Ces référents ont pour objectif de relayer la Stratégie en région et de coordonner ou faciliter les actions de formations interdisciplinaires, les audits cliniques et la réalisation d'un guide répertoire.

Comme le souligne la Stratégie nationale, « *il ne s'agit pas d'aboutir à la mise en place systématique d'un programme régional spécifique sur la prévention du suicide. Ainsi cette démarche peut s'inscrire dans le cadre de groupes de suivi et de réflexion déjà existant dans la région dans le champ soit de la santé mentale, de la souffrance psychique, de la santé des jeunes, de l'amélioration de l'accès au soins, de l'exclusion ou des conduites addictives* »¹².

Aujourd'hui, un référent suicide existe dans chaque DRASS. Il peut cumuler plusieurs fonctions (référent santé mentale par exemple).

¹² CIRCULAIRE N°2001/318 du 05 juillet 2001

Des réunions de coordination et communication avec les référents suicides ont été organisées par la DGS avec pour objectifs¹³ de :

- Soutenir la volonté des partenaires territoriaux engagés dans chaque PRS
- S'enrichir des idées, de l'expérience, des pratiques et des savoir-faire de chaque PRS
- Mieux asseoir les approches et les méthodes en les confrontant
- Evaluer la cohérence des programmes régionaux de santé avec les orientations nationales.

Ces réunions, fréquentes au lancement de la Stratégie et regroupant l'ensemble des référents suicide, se sont ensuite espacées, pour ne réunir les référents que sur certains thèmes précis.

Actions de communication

Ce levier comprend l'organisation de colloques et des rencontres et la tenue des journées nationales de sur la prévention du suicide organisées par l'UNPS.

¹³ Circulaire n°2002/43 du 25 janvier 2002

4 Quelle mobilisation des acteurs nationaux et régionaux ?

Dans ce chapitre, sont regroupées les réponses au premier groupe de questions évaluatives à propos de la mobilisation des partenaires :

- 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 pertinentes¹⁴ en régions ? Quelles formes a pris cette mobilisation ?
- 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 ?

La mobilisation au niveau national entre 2000 et 2005

Nous traiterons successivement des acteurs nationaux en fonction de leur plus ou moins grande « proximité » avec les enjeux de la Stratégie nationale d'actions face au suicide : les acteurs nationaux de la santé publique, puis les administrations centrales hors du champ de la santé et enfin les différentes associations et organisations indépendantes.

Les acteurs nationaux de la santé publique

L'ensemble des acteurs nationaux de la santé publique s'est mobilisé à partir de 1998 autour de l'élaboration de la stratégie Nationale mais tous n'ont pas poursuivi leurs efforts pendant les cinq années qui ont suivi.

Suite au rapport PREMUTAM-FNORS¹⁵ *Prévention des suicides et tentatives de suicide, Etat des lieux 1995-1997*, et à ses recommandations concernant l'épidémiologie, la prise en charge et les actions de prévention primaire, **la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)** s'est engagée dans le programme de prévention du suicide inscrit dans la dynamique du Plan National de prévention du suicide mis en œuvre par la DGS en 1998. A l'origine, en 1999, le programme de prévention du suicide a consisté à développer le volet de prévention primaire du suicide dans les Programmes Régionaux de Santé (PRS). Ce programme a été articulé avec le réseau de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) et s'est attaché à renforcer les actions locales de prévention primaire.

¹⁴ Une action pertinente signifie ici une action cohérente au regard des axes de la stratégie nationale.

¹⁵ L'association PREMUTAM a été créée en 1981 par la CNAMTS et la Mutualité Française

A partir de ces antécédents et tenant compte des éléments de bilan, la dynamique a été poursuivie en 2000 avec pour objectif de produire un écrit : *Prévention primaire du suicide : recommandations aux acteurs et décideurs* (ouvrage paru en 2001).

En 2002, suite à la création de l'INPES (anciennement CFES) financé entre autre par la CNAMTS au titre du FNPEIS notamment sur la prévention du suicide, la CNAMTS s'est désengagée de la prévention du suicide au niveau national tout en continuant à financer au niveau régional des actions de prévention dans le cadre des PRS.

L'INPES/CFES, a travaillé en partenariat avec la CNAMTS sur la prévention du suicide. Il a notamment travaillé avec la DGS, la CNAMTS et la Mutualité Française, sur l'organisation des journées interrégionales de 2002 et s'est inscrit dans la logique du plan national de prévention du suicide.

L'organisme s'est également impliqué sur la production du guide d'action précédemment cité. En revanche, la structure n'a pas pu développer le projet de pédagogie sur la prévention du suicide car le projet s'est heurté à des difficultés techniques d'informatisation. L'INPES (anciennement CFES) n'a pas été impliqué sur de nouveaux projets suite aux colloques interrégionaux de 2002.

L'ANAES/HAS a été un partenaire de la DGS, chargée de la mise en œuvre des audits cliniques sur la prise en charge des suicidants en milieu hospitalier. Toutefois, ce thème a cessé d'être une priorité de l'ANAES à partir de 2003.

La coordination entre l'HAS (anciennement ANAES) et la DGS sur ce sujet est apparue relative et non pérenne sur la durée de la Stratégie, selon les experts de la table ronde et un des entretiens menés. Il a été également mis en évidence au niveau régional, dans trois études de cas, deux tables rondes et dans les remontées d'informations des DRASS, le manque de coordination entre le correspondant ANAES chargé des audits cliniques sur la prise en charge hospitalière des suicidants et les DRASS. Les DRASS regrettent ainsi le manque de retour d'information sur ces audits. De plus, les procédures audits ont été considérées comme lourdes, et nécessitant de travailler en groupe de travail régional sur une amélioration de la prise en charge en milieu hospitalier et à l'extérieur.

La **Mutualité Française** a également participé au niveau national au projet de colloques interrégionaux. Au niveau régional, cette fédération propose chaque année à ses unions départementales un projet annuel, leur permettant de s'inscrire dans les priorités régionales de santé. La Mutualité finance donc des projets régionaux de prévention du suicide, lorsque cela s'inscrit dans les priorités régionales de santé.

La Mutualité a été officiellement associée lors de la conception de la Stratégie, mais pas suffisamment selon cet acteur (la structure n'a pas été associée au projet des formations pluridisciplinaires alors qu'elle disposait d'une forte expérience de terrain, notamment sur les formations au repérage de la crise suicidaire).

Ces quatre acteurs, 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 de ces institutions.

De plus, la diminution du nombre de réunions de suivi de la Stratégie nationale au niveau national à partir de 2002 peut expliquer en partie la diminution de la mobilisation.

La mobilisation spécifique de la Direction de l'Administration Pénitentiaire

La **Direction de l'Administration Pénitentiaire** (DAP), s'est mobilisée autour de la prévention du suicide dès 1967, et cela de manière continue, voire croissante. En effet, le suicide est une préoccupation ancienne de la DAP (surveillances anciennes, statistiques) car il existe un taux de suicide en milieu carcéral 7 fois supérieur à la moyenne et à plusieurs reprises les juridictions administratives ont retenu l'entière responsabilité de l'Etat, dans le suicide d'une personne détenue dans un établissement pénitentiaire, pour faute lourde dans la prise en charge dont elle avait fait l'objet.

Cette mobilisation s'est traduite notamment par une circulaire en 1998¹⁶, qui ciblait l'accueil et le repérage et une deuxième circulaire en 2002¹⁷ dans le cadre santé justice, en lien avec la Stratégie, axé sur le repérage de la crise suicidaire et qui a permis entre autre :

- la mise en place d'une Commission centrale de suivi des actes suicidaires¹⁸ en milieu carcéral, composée d'un magistrat et d'un directeur des services pénitentiaire en fonction au bureau de gestion de la détention, du chef du projet de prévention des suicides à la Direction de l'administration pénitentiaire, d'un représentant de la sous-direction des personnes placées sous main de justice de l'administration pénitentiaire, et d'un représentant du ministère de la Santé, permettant un suivi des actes de suicide et une concertation de tous ces acteurs ;
- la formation pluridisciplinaire en milieu pénitentiaire, qui est reconnue comme une action mise en œuvre efficacement en régions ;
- une inscription des formations pluridisciplinaires dans le cursus de formation initiale de l'ENAP (+6h avec mises en situations, 4000 personnes formées) et dans les universités (2ème et 3ème cycle).

Enfin un rapport spécifique sera réalisé par Jean-Louis TERRA sur le suicide en prison (2003).

Le suicide était une préoccupation interne forte de la DAP, avant la Stratégie. Celle-ci a conforté l'inscription de la prévention en milieu pénitentiaire et a apporté une méthodologie d'action (notamment avec la mise en place des formations pluridisciplinaires aux personnes ressources). La coordination entre la DAP et la DGS a

¹⁶ Circulaire du 29 mai 1998 relative à la "prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires".

¹⁷ Circulaire J

¹⁸ L'objectif de cette Commission est de tirer des enseignements et de produire des recommandations en terme de prévention du suicide en milieu carcéral, sur la base des observations des actes de suicide.

été facilitée par l'existence de la Commission centrale de suivi des acteurs suicidaires et de réunions de travail régulières.

La mobilisation des autres administrations centrales

Les acteurs hors du champ de la santé se sont mobilisés à partir de 2002/2003 en interne et de manière croissante sur la prévention de la souffrance psychique.

L'Education Nationale (Direction générale de l'enseignement scolaire -DESCO) s'est relativement impliqué sur la promotion de la santé mentale (et non directement la prévention du suicide). Elle collabore avec la DGS et l'INPES (anciennement CFES) au travers d'un contrat cadre de partenariat depuis 2003 avec une programmation annuelle en faveur de la santé mentale des jeunes. Cela a abouti notamment à créer un dispositif de facilitation des relations établissements scolaires/Centres Médico-Psychologiques (CMP), à mettre en place un groupe de travail autour d'un référentiel de compétence en matière de santé mentale et à mettre en œuvre un plan de formation. Par ailleurs, les infirmières scolaires sont le premier public des formations.

D'autres actions ont été menées en interne sur la promotion de la santé mentale : entre autres, la réalisation d'un film sur le suicide, d'une brochure avec la Fondation de France, et la mise en place d'une base de données actualisées tous les mois sur les événements violents au sein de établissements scolaires de France.

Par ailleurs, la DESCO travaille sur le plan santé des jeunes avec la DGS. En revanche, si un travail commun a été réalisé avec la DGS, la DESCO regrette de ne pas avoir été suffisamment impliquée et concertée dans la phase de conception de la Stratégie, ce qui a freiné la prise de relais de l'institution par rapport à la Stratégie.

La **Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)**, qui a pour mission de mettre en œuvre les décisions de justice concernant les mineurs en danger ou les délinquants, ainsi que les jeunes majeurs demandeurs de mesures éducatives jusqu'à 21 ans, s'est mobilisé sur la prévention du suicide :

- en lançant en collaboration avec l'INSERM une étude en 1999 puis en 2004 sur la connaissance du public « Adolescents (14-21ans) de la PJJ et leur santé »,
- en proposant en 1999 un cadrage posant les bases d'une politique de santé au sein de la PJJ et permettant à la PJJ de s'inscrire dans les programmes de la politique publique de santé ;
- et enfin en prévoyant les bases d'une prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté dans le cadre de la circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ du 3 mai 2002.

Celle-ci s'est traduite par la réalisation d'un état des lieux des pratiques professionnelles en matière d'accès aux soins et d'ouverture des droits sociaux et par la participation de la PJJ aux programmes régionaux de prévention du suicide dans 9 régions et 17 départements. Cette participation s'est traduite principalement par la formation de ses personnels et la mise en réseau des équipes dans la prise en charge.

Enfin, la PJJ met en place actuellement un tableau de bord pour suivre les indicateurs de violence dans les lieux d'hébergement qui inclura les tentatives de suicide. Il reste

encore en effet difficile de repérer les tentatives de suicide au sein des établissements de la PJJ.

Ainsi ces acteurs se sont relativement mobilisés autour de la Stratégie, notamment en s'inscrivant dans des contrats cadres et des circulaires conjointes. Cette mobilisation est en croissance depuis 2002.

La mobilisation des organisations et associations nationales

La **Conférence nationale des présidents des URML** et les **URML** en général n'ont pas été associés à la conception, ni à la mise en œuvre de la Stratégie car elles n'étaient pas suffisamment structurées à l'époque. En régions, rares sont les URML ayant travaillé sur ce sujet (avec une exception notable en Limousin). La conférence nationale des présidents des URML ne voit pas d'opposition à travailler avec la DGS autour de la Stratégie, selon certaines modalités (rémunération des réunions de travail, réunions en soirée ou largement anticipées).

Les **associations de formation continue** n'ont pas été associées à la conception ou à la mise en œuvre de la Stratégie, et cela par choix de la DGS, qui souhaitait une formation unique et uniforme sur tout le territoire national. Très rarement, les associations locales ont travaillé avec les DRASS sur la formation des médecins généralistes. L'UNAFORMEC considère qu'il est préférable de laisser le niveau local s'organiser. Si une concertation nationale se prévoit avec l'Union, il est nécessaire de respecter certaines modalités (réunions en soirée et rémunérées).

L'**UNPS**, réunissant de nombreuses associations de prévention du suicide, s'est inscrite dans la Stratégie dès son lancement, notamment en participant à une étude avec la RATP sur les circonstances des suicides dans le métro en 2001. L'Union organise par ailleurs les journées nationales contre le suicide chaque année.

La **Fondation de France** n'a pas été associée à la conception et à la mise en œuvre de la Stratégie. Elle a cependant œuvré sur la thématique à travers des études et colloques en 1998 et 2004, un programme de prévention du suicide (30 projets financés par an, un budget de 3,1 M€ pour 5 ans) et un programme de santé des jeunes, mis en œuvre sans concertation avec la Stratégie. Ainsi la Fondation estime avoir été un relais financier pour la DGS au niveau local en finançant des actions de formations. Le suicide des jeunes constitue une priorité de la Fondation, qu'elle souhaiterait développer en complémentarité avec la Stratégie.

En résumé, les associations ou organisations indépendantes à l'échelle nationale, autres que celles appartenant à l'UNPS, ne se sont pas mobilisées dans le cadre de la Stratégie Nationale.

Principaux résultats

- 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 dans 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 : la CNAMTS, l'INPES (anciennement CFES), l'HAS (anciennement ANAES), la Mutualité Française ont étendu leur champ d'action à la santé mentale en général, la prévention du suicide n'étant qu'un des volets du plan santé mentale.

- La DAP s'est historiquement fortement mobilisée autour de la prévention du suicide en milieu carcéral et la Stratégie a conforté cette mobilisation.

- Les autres 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.

- 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.

- Les relations entre les partenaires nationaux ont le plus souvent été bilatérales entre la DGS et les autres acteurs nationaux, exception faite des projets communs DGS-CNAMTS-CFES-Mutualité réalisés avant fin 2002

Une mobilisation régionale selon les contextes spécifiquesLes formes et les niveaux d'intégration institutionnelle

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 (Bourgogne, Haute-Normandie, Languedoc Roussillon).

Dans les régions n'ayant pas de PRS Suicide (à l'exception du Limousin), la Stratégie n'a parfois eu aucun effet : les financements ont été difficiles à mobiliser hors du cadre PRS et le référent suicide n'a pas toujours pu mobiliser les acteurs, faute d'existence d'une priorité régionale.

La Stratégie a donc été perçue comme confortant les initiatives existantes des PRS (c'est-à-dire dans la moitié des régions). Pour l'ensemble des régions, qu'elles aient ou non un PRS, elle a 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. En revanche, la

Stratégie a plus rarement permis le démarrage d'une politique de prévention (dans le cas d'une région sans PRS).

Parfois, la Stratégie nationale est perçue comme peu adaptée aux spécificités régionales. Ainsi, les régions ayant déjà entamé une politique de prévention avant le lancement de la Stratégie ont regretté que les actions mises en place ne puissent pas s'inscrire dans la Stratégie (par exemple les formations à la prévention du suicide préexistantes), et que de nouvelles actions leur soient imposées alors qu'un diagnostic régional avait pu être fait.

L'implication des acteurs clés de la Stratégie nationale en régions : les DRASS

La mobilisation des DRASS autour de la Stratégie a pris les formes suivantes :

- l'organisation d'un Comité de pilotage réunissant l'ensemble des acteurs de terrain et institutionnels et la conception d'une politique globale de prévention du suicide, ainsi que la mise en commun de ressources communes (Limousin, Bourgogne),
- la réalisation des actions prioritaires nationales par la DRASS avec peu de concertation, par délégation à quelques opérateurs (CRES) (Languedoc-Roussillon, Haute-Normandie),
- la réalisation d'une seule des actions prioritaires nationales : Aquitaine et la non mobilisation des autres acteurs.

Différents éléments interviennent, selon les acteurs rencontrés, dans la variabilité de la mobilisation des DRASS : la fin des PRS a considérablement freiné la mobilisation de certaines régions, les PRSP n'ont pas encore permis de relancer la mobilisation et enfin, la longueur du programme a conduit à un essoufflement de la mobilisation

La mobilisation des autres acteurs régionaux de la santé

Dans l'ensemble, les acteurs régionaux (URCAM, centres hospitaliers, ARH) se sont fortement mobilisés et de façon pérenne ce qui n'a pas été le cas des administrations infrarégionales.

Dans toutes les régions observées, les **URCAM** financent sur le FNPEIS des actions de prévention concernant la santé mentale ou la prévention du suicide dans le cadre d'un PRS ou pas.

Les **ARH** se sont peu mobilisées autour de la Stratégie Nationale en concertation avec la DRASS (excepté dans deux régions étudiées), et elles n'ont pas participé aux concertations des acteurs régionaux autour de la Stratégie. Par ailleurs, elles ne se sont pas réellement impliquées sur les audits cliniques sur la prise en charge des suicidants en milieu hospitalier.

En revanche les ARH se sont mobilisées autour de la prévention du suicide à travers la mise en place des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) et Schémas Régionaux de Psychiatrie, et au sein des Commissions de la santé mentale. Dans ce cadre, différents types d'actions en faveur de la prévention du suicide ont pu être mises en place dans les régions : aménagement de l'accueil d'urgence en psychiatrie,

suivi des personnes suicidantes en milieu hospitalier, mise en place de centres d'accueils thérapeutiques, etc.. (cf. études de cas en annexes).

Par ailleurs, lors des tables rondes, les acteurs ont pu regretter que la multiplication des instances de concertations (groupe santé mentale du PRSP et Commission santé mentale) aient rendu plus difficile la mobilisation et la concertation.

Les établissements hospitaliers (services d'urgence et de psychiatrie) se sont mobilisés en concertation avec la DRASS autour de la mise en œuvre des formations et des audits cliniques sur la prise en charge des personnes suicidaires en milieu hospitalier.

Les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS) ont souvent mené pour le compte des DRASS différentes études sur la situation épistémologique du suicide. Ils ont été des partenaires quasi-systématiquement associés à la Stratégie Nationale au niveau régional.

Les Comités d'Education pour la Santé (CRES et CODES) ont souvent été en charge de la logistique des formations pluridisciplinaires, à la demande de la DRASS, dans le cadre d'une convention liant les deux structures. Ces structures dispensent également des formations en parallèle de la Stratégie.

Les DDASS et les Conseils Généraux se sont très peu mobilisés autour de la prévention du suicide, dans le cadre du lancement de la Stratégie Nationale d'actions face au suicide dans les régions rencontrées, malgré leurs champs de compétences et leurs publics cibles. En revanche, ces acteurs ont parfois été impliqués dans des Plans Départementaux (Santé des Jeunes).

La mobilisation des autres acteurs régionaux

L'Inspection Académique et le Rectorat participent à la réflexion collective et intègrent cette problématique dans leurs plans d'actions dans la durée. Dans toutes les régions rencontrées, la prévention de la souffrance des jeunes est une thématique intégrée dans la priorité de l'Inspection Académique.

Ils développent en interne et rarement avec les DRASS (un cas observé) un travail de réflexion interne autour de la prévention du suicide, des actions de prévention (guides, formation de leurs personnels), des cellules de crise, des contacts avec des associations. De plus, au sein des établissements, des Comités Education Santé Citoyenneté (CESC) peuvent intégrer dans leurs problématiques la thématique du suicide, lorsqu'il s'agit d'un besoin local.

L'Education Nationale s'appuie donc au niveau local sur des structures existantes et travaille à l'échelle des « zones d'animation pédagogiques ». Par ailleurs, un nombre important de personnels scolaires (infirmières) a suivi les formations au repérage de la crise suicidaire. Lorsqu'un Comité de pilotage existe au niveau régional autour de la prévention du suicide, l'Education Nationale en fait partie.

Les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) se sont très rarement mobilisées autour de la prévention du suicide. En effet la prévention du suicide ne fait pas partie en général des priorités de l'URML compte tenu du peu d'implication des médecins libéraux dans les enjeux de la prévention du suicide (Cf. la partie « L'efficacité des actions en direction des médecins généralistes »).

Généralement les URML n'ont pas été sollicitées par les acteurs de la prévention du suicide mais nous avons pu observer, dans le Limousin par exemple, qu'il est parfois possible de travailler en étroite collaboration avec cet organisme. Ce succès peut s'expliquer par la conjonction de deux facteurs à savoir le grand nombre de personnes formées et la petite taille de la région (effet de masse critique mais aussi les relations interpersonnelles aisées).

Les associations de FMC ne se sont rarement mobilisées (dans le cas du Limousin, cela a été possible grâce à l'intervention de l'URML). Certaines associations de FMC conçoivent des formations de prévention du suicide mais aucun autre cas de collaboration n'a été signalé.

On note par ailleurs une implication forte des acteurs de terrain comme les CPAM et les CRAM. Enfin, les associations locales de prévention du suicide sont généralement très impliquées : on note ainsi une forte mobilisation en Basse-Normandie (source : tables rondes), ainsi qu'en Languedoc-Roussillon.

Principaux résultats

- *Les régions se sont mobilisées à des échelles différentes en fonction de leurs moyens et de leurs priorités régionales.*
- *La Stratégie peut renforcer une mobilisation régionale mais difficilement la créer ex-nihilo (elle n'en a pas les moyens).*
- *Dans l'ensemble les acteurs régionaux de la santé (URCAM, ARH), et les opérateurs régionaux (centres hospitaliers, associations de prévention, ORS, CRES, CODES) se sont fortement mobilisés et de façon pérenne.*
- *Les Inspections Académiques se sont également fortement impliquées.*
- *Cela n'a pas été le cas des administrations infrarégionales (DDASS, Conseils Généraux) et des URML et associations de FMC.*
- *La mise en place de la Stratégie nationale a suscité une prise de conscience à l'échelle régionale (« focus » sur la prévention du suicide) principalement grâce aux formations pluridisciplinaires.*
- *La Stratégie nationale ne tient pas assez compte des spécificités régionales et professionnelles pour générer une mobilisation homogène (la Stratégie a été descendante).*

La pérennité de la mobilisation des acteurs

La pérennité de la mobilisation des acteurs nationaux

Les partenaires nationaux de la DGS dans le champ de la santé se sont donc mobilisés plus tôt que les autres autour de la Stratégie nationale mais leur implication a décliné à partir de 2002.

Les autres acteurs nationaux (DAP, EN, PJJ) se mobilisent de façon pérenne et ne remettent pas en cause la mise à disposition de ressources dans le domaine du suicide ou de la prévention de la souffrance psychique.

Certains acteurs nationaux regrettent un manque de concertation et de suivi au niveau national de la Stratégie: réunions de coordination, suivi des actions, retours sur les avancées. Les réunions du Comité de suivi¹⁹ se sont espacées depuis 2002, en conséquence les bilans des réalisations ont été peu fournis. En revanche un suivi spécifique a été mis en place avec la DAP, et dans une moindre mesure avec l'Education Nationale.

Ces acteurs (excepté la DAP) regrettent également de n'avoir pas été suffisamment associés dans la conception de la Stratégie, même si certains ont participé au groupe de suivi de la Stratégie entre 1998 et 2000.

La pérennité de la mobilisation des acteurs régionaux

L'ensemble des acteurs régionaux rencontrés s'accorde à dire que la Stratégie a eu pour principal mérite de faire passer un message fort autour de la prévention du suicide et de légitimer les actions de ce domaine. Ils reconnaissent également à la Stratégie d'avoir apporté des points de repère sur le sujet, une confortation de la mobilisation en cours et une méthodologie d'action.

L'existence d'un PRS a le plus souvent permis de créer une première mobilisation mais la question du relais de cette mobilisation s'est posée, sans que la Stratégie puisse toujours apporter une réponse (en effet, les régions qui ont déterminé une véritable priorité régionale autour du suicide ont plus de facilité à financer les actions de prévention du suicide, à travers les fonds Etat-Assurance Maladie).

La pérennité de la mobilisation des acteurs régionaux autour de la Stratégie est une question cruciale puisque, dans les régions étudiées, la mobilisation autour de la Stratégie est en déclin ou en relance dans le cadre des PRSP ou des formations régionales. Ces formations constituent en effet l'armature principale des politiques régionales de prévention du suicide et donc de la pérennisation de la mobilisation des acteurs, comme l'ont confirmé les tables rondes et les études de cas.

¹⁹ Voir page 33, dans la partie « Les leviers d'actions de la DGS ».

L'exemple du PRS de Haute-Normandie

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

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

En région, les facteurs de mobilisation pérenne des acteurs, relevés lors des entretiens, sont les suivants :

- l'existence d'un Plan Régional de Santé Publique (PRSP) qui intègre clairement la priorité de la prévention du suicide,
- la bonne connaissance mutuelle préalable des acteurs en raison d'expériences antérieures de coopérations ou de petite taille de la région,
- la légitimité des responsables en place au niveau de la DRASS (statut du fonctionnaire référent, cadre A ou B), de l'URML (reconnaissance de la structure), etc
- la disponibilité du référent suicide, sa capacité d'animation et les techniques utilisées.

Les freins observés à la mobilisation des acteurs régionaux sont plus particulièrement :

- les difficultés rencontrées pour intégrer la Stratégie Nationale dans les programmes existants et notamment en matière de santé mentale,
- les restrictions opérationnelles, actions trop centrées sur l'axe 1 « repérage de la crise suicidaire » et sur des actions de prévention primaire,
- le manque de production de données épidémiologiques et de tableaux de bords nationaux et régionaux permettant de suivre l'évolution du phénomène (tables rondes, remontées des DRASS),
- l'absence de démarches intégrées pour répondre aux problématiques d'une population particulière, d'un territoire, comme par exemple le développement d'une chaîne de soins, cadrée par des référentiels,
- la multiplicité des structures d'animation autour de la santé mentale en région qui, paradoxalement, ne facilite pas la concertation,
- le manque de personnels et de moyens dédiés à la coordination,

- l'absence de gestion prévisionnelle de la mobilité des personnels, notamment des animateurs, et la faible capitalisation des expériences,
- la durée de 5 ans du programme trop longue pour maintenir la mobilisation.

Il existe des attentes fortes des régions en terme d'accompagnement par les administrations nationales impliquées dans le cadre de la Stratégie Nationale. Ces attentes ont été réaffirmées lors des tables rondes :

Animation de la mise en œuvre de la Stratégie : études, recherches, diffusion d'informations et capitalisation, bonnes pratiques régionales et internationales.

Aide méthodologique : diffusion de documents cadres, de fiches techniques, de scénarios-types de mises en œuvre des actions, notamment sur les questions difficiles comme la mise en place d'un réseau et la mobilisation des médecins généralistes.

Principaux résultats

- La Stratégie Nationale d'actions face au suicide a permis la mobilisation des acteurs nationaux et conforté le bien fondé de la mobilisation d'acteurs déjà impliqués (DAP) mais n'a pas permis sa pérennisation pour tous les acteurs.

- Les acteurs nationaux de la Santé 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.

- En région les PRSP sont considérés comme gages d'une mise en cohérence et d'une pérennisation de la prévention. En effet, la pérennisation de la mobilisation est identifiée comme un enjeu important en régions.

- Les formations pluridisciplinaires constituent en régions l'armature principale de la politique de prévention et donc de la pérennisation de la mobilisation.

- La mobilisation régionale est fragile car elle dépend de quelques personnes d'une part et de moyens (humains et financiers) parfois difficiles à mobiliser au niveau local d'autre part.

5 Quelle efficacité des actions menées ?

L'utilité des formations territoriales pluridisciplinaires pour repérer et gérer la crise suicidaire

Il s'agit dans cette partie de comprendre dans quelle mesure la formation territoriale pluridisciplinaire « aux personnes ressources » est le vecteur optimal, vis-à-vis des professionnels visés par la circulaire d'avril 2002, pour mieux repérer et gérer la crise suicidaire et de définir, parmi ces divers professionnels, quels sont ceux pour qui elle a été la plus utile.

Au niveau national, au moins 12700 personnes ont été formées (chiffres au mois de septembre 2006). On observe une grande disparité dans le nombre des personnes formées dans chaque région alors que dans toutes les régions la demande est supérieure à l'offre de formation. Globalement, les régions ayant mis en place un PRS sur cette thématique ont été plus mobilisées sur les formations que les autres.

Dans les cinq régions étudiées, le nombre et le profil des personnes formées varient beaucoup.

- 375 personnes en Bourgogne ;
- 65 personnes formées en formations pluridisciplinaires et 78 en formation en milieu pénitentiaire en Languedoc Roussillon ;
- 134 et 42 personnes formées en Limousin ;
- 75 personnes avaient été formées fin 2004 en Haute-Normandie,
- 14 personnes formées en formation pénitentiaire en Aquitaine.

(Source : remontées d'informations des DRASS au 31 décembre 2004)

Cette disparité s'explique à la fois par des difficultés de mise en œuvre et des différences de moyens :

- Certaines régions ont rencontré des difficultés de recrutement des formateurs dans des structures hospitalières ou un manque de disponibilité de ceux-ci.
- La délégation de la logistique des formations a posé des difficultés dans certaines régions notamment pour les services hospitaliers dont ce n'est pas la vocation de traiter ce type de procédures administratives (demandes de subventions) et problèmes matériels (location de salle...).

L'acquisition de compétences au repérage de la crise suicidaire

L'enquête par questionnaire²⁰, confortée en ce sens par les études de cas régionales, a montré que les formations avaient permis aux « personnes ressources » d'acquérir des compétences en matière de repérage, d'évaluation et de gestion de la crise suicidaire et en terme d'orientation et de prise en charge. Les formations sont un véritable succès à ce niveau.

Pour 67,4% des répondants, leurs inscriptions à cette formation sont motivées par le fait d'avoir été confronté au suicide dans sa vie professionnelle.

Source : enquête en ligne Eureval juin juillet 2006

Les personnes formées ont acquis les compétences pour repérer la crise suicidaire et évaluer le potentiel suicidaire. Ainsi un infirmier de Bourgogne ayant suivi la formation affirme :

« Je travaille dans une unité de soins qui accueille des personnes suicidaires, la formation m'a donné un nouvel outil d'évaluation. Je suis également formateur pour le CHU auprès d'étudiants infirmiers et cadres et la formation m'a offert un nouveau support d'évaluation des risques en matière de suicide pour des personnes en souffrance psychique ».

84% des bénéficiaires qui ont répondu se sentent plutôt ou beaucoup plus compétents pour intervenir auprès des personnes en crise suicidaire (14% ne se sentent pas vraiment plus compétents et 2% pas du tout plus compétents).

90% des répondants se sentent plus à même de détecter les personnes en crise suicidaire (plutôt ou beaucoup).

90,2% des répondants se sentent plus outillés pour évaluer les comportements suicidaires²¹

Source : enquête en ligne Eureval juin juillet 2006.

Les entretiens avec les formateurs ont mis en évidence que les formations ont permis de lever les craintes et de libérer la parole sur l'acte suicidaire.

85,9% des répondants se sentent tout à fait ou plutôt motivés à intervenir auprès des personnes en crise suicidaire, suite à la formation.

Source : enquête en ligne Eureval juin juillet 2006.

²⁰ Un questionnaire a été envoyé le 12/06/2006 par voie électronique à 574 personnes ayant suivi les formations pluridisciplinaires dans 4 régions : Bourgogne, Aquitaine, Languedoc-Roussillon et Limousin. A la clôture de l'enquête le 31 juillet, 92 personnes avaient répondu soit un taux de réponses de 16%.

²¹ Ces résultats sont confirmés par les résultats de l'enquête menée par la DRASS Picardie auprès des personnes formées au repérage de la crise suicidaire : 81% des enquêtés se sentent plus outillés pour évaluer les comportements suicidaires.

De fait, la formation a mis en confiance les « personnes ressources » en leur donnant des outils de repérage et d'évaluation qu'elles jugent pertinents. Ces témoignages issus de l'enquête par questionnaire illustrent ce point :

« La formation permet de mieux verbaliser les difficultés rencontrées et les raisons qui poussent à penser au suicide » ; « j'ai pensé à demander si il y avait un scénario, où, quand, comment....et ainsi évaluer le degré de gravité de la situation ».

L'acquisition de ces compétences a de plus contribué à faire évoluer les pratiques des personnes ressources.

78,2% des répondants évaluent systématiquement ou souvent le potentiel de crise suicidaire des personnes en difficulté (20,7% l'évaluent rarement).

Source : enquête en ligne Eureval juin juillet 2006.

De même, dans les enquêtes réalisées en Pays de Loire et en PACA, les répondants affirment avoir mis en application l'enseignement des formations dans leur pratique professionnelle, respectivement à hauteur de 60% et 75,90%.

Les compétences en orientation acquises

Les personnes formées ont également acquis des compétences en matière d'orientation vers les professionnels compétents.

Les répondants estiment également à 91% qu'elles sont plus à même d'orienter les personnes présentant un risque suicidaire vers les compétences professionnelles adéquates.

Source : enquête en ligne Eureval juin juillet 2006.

Il ressort également des entretiens avec les formateurs que les formations ont permis une meilleure lisibilité des acteurs de la prévention du suicide et du réseau de la psychiatrie.

Par ailleurs, pour les deux professions les plus représentées dans notre enquête, infirmiers et travailleurs sociaux, la formation a permis principalement de mieux évaluer le potentiel suicidaire.

La capacité collective de repérage et gestion de la crise suicidaire

Les formations ont contribué dans une certaine mesure à la constitution de réseaux. Elles permettent notamment de prendre connaissance des initiatives locales et de mettre en relation des acteurs implantés dans une même zone géographique mais qui ne se connaissaient pas. Cependant, ce phénomène, mis en évidence lors des études de cas, demeure relativement limité.

17,4% des répondants sont restés en contact après la formation.

45% des répondants ont coopéré avec d'autres professionnels dans le cadre d'un échange d'informations

74% d'entre eux ont souvent ou occasionnellement diffusé de l'information dans leur domaine d'intervention.

Source : enquête en ligne Eureval juin juillet 2006.

Les participants aux tables rondes ont cependant estimé que ces chiffres relatifs aux questions de mises en réseaux n'étaient pas négligeables et permettaient la construction d'un réseau de personnes. De plus, les remontées d'informations des DRASS ont mis en évidence que ces formations sont considérées comme pertinentes pour mailler le territoire et rendre le repérage plus efficace notamment parce que les professionnels formés ont un savoir partagé permettant l'interchangeabilité des référents.

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

Les personnes formées remplissent généralement leur rôle de « personnes ressources » et participent par ailleurs au maillage du territoire. Cependant, il est apparu, tant dans les études de cas que lors des tables rondes, que la définition du rôle des « personnes ressources » n'est pas suffisamment précise.

De plus, les personnes qui suivent ces formations ne sont pas généralement des personnes d'un niveau hiérarchique suffisant pour avoir une capacité de mise en œuvre et initier des actions dans leur structure respective. Les personnes ressources n'ont généralement pas la légitimité pour lancer une dynamique de prévention, car non mandatées

Cette difficulté est renforcée par la faible capacité collective existante dans les structures pour repérer et gérer la crise suicidaire. Cette observation est confirmée par les études de cas régionales dans la mesure où la demande en matière de formation reste supérieure à l'offre.

Ainsi, 90,3% des répondants considèrent que le nombre de personnes formées sur la région n'est pas suffisant.

Source : enquête en ligne Eureval juin-juillet 2006.

L'objectif de construction d'une capacité collective suffisante pour repérer et orienter la personne au sein des différentes collectivités en charge de personnes à risque n'est pas complètement atteint. Les tables rondes ont fait à ce propos ressortir que le niveau régional n'est pas nécessairement adapté à une mise en réseau des « personnes ressources » : l'échelon le plus pertinent correspond au bassin de population.

L'efficacité des formations pour repérer et gérer les crises suicidaires

Les personnes formées considèrent les formations comme le vecteur le plus efficace pour repérer et gérer la crise suicidaire.

69% des enquêtés estiment que la formation est un bon moyen de repérer la crise suicidaire, et 26% estiment que c'est le meilleur moyen.

Source : enquête en ligne Euréval juin-juillet 2006.

Cette affirmation est renforcée par une des conclusions issues de la table ronde avec les référents régionaux qui stipule que « *les formations sont un des seuls outils pour le repérage de la crise suicidaire même si des initiatives locales (théâtre par exemple) existent. Cet outil est considéré comme un corpus minimum de savoirs sur la crise suicidaire* ». Les conclusions de la table ronde des experts et acteurs nationaux va dans le même sens : « *les formations ont été jugées utiles car elles sont multicatégorielles, elles permettent à l'ensemble des acteurs d'avoir le même référentiel* ». Cependant, l'utilité de ces formations a été jugée variable selon la position qu'occupe la personne ressource dans la chaîne allant du repérage à la prise en charge.

Globalement, les formations sont jugées utiles par les personnes ayant répondu.

94,6% des répondants ont jugé utiles ou très utiles les formations.

87% des personnes enquêtées ayant été confrontées à un sujet suicidaire après avoir effectué une formation estiment que celle-ci a été très utile ou relativement utile pour faire face à cette situation.

17,4% des répondants confrontés à une situation de crise suicidaire, estiment que leur intervention a été tout à fait décisive pour 17,4% d'entre elles et décisive dans au moins un cas pour 51% d'entre elles.

Source : enquête en ligne Euréval juin-juillet 2006.

La pertinence des formations

Les résultats de la mise en place de ces formations peuvent donc être jugés comme bons au regard de l'acquisition de connaissances vis-à-vis du repérage et de l'orientation des personnes en crise suicidaires. Cependant, les actions de prises en charge du suicidant, complémentaires des formations, ne sont pas suffisamment développées dans la Stratégie. Ainsi, la table ronde réunissant experts et acteurs régionaux a fait ressortir l'idée que les formations étaient trop concentrées sur le repérage et pas suffisamment sur la prise en charge. Le manque de coordination autour de la Stratégie nationale (dixit table ronde des référents régionaux) entre les DRASS et des ARH, dans certaines régions, ne facilite pas cette mise en cohérence. Ainsi un psychologue affirme dans le cadre de l'enquête : « *Notre session a peu parlé des relais à effectuer auprès des professionnels suite au contact que toute personne peut avoir avec une personne suicidaire... Certes la formation me semble bonne pour l'écoute, le repérage de certains signes, mais les formateurs n'ont pas développé quels pouvaient être les relais, comment cela pouvait être travaillé, et quelles étaient les limites propres à chacun.* ».

Cette perception de manque d'actions de prise en charge dans le cadre de la Stratégie est renforcée par le déroulement difficile en région des audits cliniques: ces audits cliniques ont en effet été considérés comme complexes à mettre en œuvre par les DRASS, d'autant plus que ces procédures n'ont pas été promues et exploitées. De même, ces audits n'ont pas été généralisés ni élargis à d'autres établissements. Les

DRASS ont également regretté de n'avoir pas été informées du suivi de la mise en œuvre, de n'avoir pas reçu de retours sur l'impact de ces audits et que ces audits n'ont pas été généralisés et élargis

Cette même table ronde a également pointé l'idée que le lien entre la prévention du suicide et la souffrance psychique n'est pas suffisamment abordée.

Le repérage de la crise suicidaire passe également, selon les acteurs rencontrés

- par l'élargissement des publics des formations
- par la multiplication de ces formations sur les territoires

Principaux résultats

- Les formations pluridisciplinaires aux « personnes ressources » ont contribué à améliorer les compétences de ces dernières en matière de repérage, d'évaluation et de gestion de la crise suicidaire. Elles ont permis de modifier leurs pratiques et de renforcer l'aspect décisif de leurs interventions auprès de personnes suicidaires.

- Les formations contribuent au « maillage du territoire », cette efficacité dépendant du rôle des personnes ressources, de leur légitimité et de leur position hiérarchique.

- Les formations n'ont pas atteint un seuil critique, le nombre des « personnes ressources » demeure insuffisant. De plus, le rôle des « personnes ressources » n'est pas suffisamment précis.

- 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.

Les coopérations et la mise en réseau des divers professionnels

Il s'agit dans cette partie de définir, 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.

Le maillage d'acteurs du repérage de la crise suicidaire au sein d'une région

Les formations sont perçues par les régions comme un outil très utile pour la mise en réseau de professionnels, à condition de prolonger les formations par des journées de capitalisation, et de diffuser à cette occasion un annuaire afin de faciliter l'orientation des personnes en crise suicidaire, même si l'enquête montre une mise en réseau très partielle des personnes formées.

Les professionnels nécessaires au repérage de la crise suicidaire construisent des coopérations pérennes autour des formations pluridisciplinaires et rarement autour des annuaires seuls. Ils reconnaissent la nécessité d'une coopération avec les autres disciplines mais n'en sont pas encore au stade de diversifier leurs coopérations.

Les acteurs locaux sont davantage à la recherche de la constitution d'un maillage que d'un réseau formel.

Les annuaires n'ont pas joué un rôle significatif de mise en réseau des professionnels du repérage et de la prise en charge. Les annuaires ne sont pas perçus comme des outils efficaces pour mettre en réseau les partenaires mais comme des compléments utiles dans le cadre des formations, pour l'orientation des personnes en crise suicidaire. L'existence d'un réseau permet la création de l'annuaire plus que l'inverse.

La question de leur diffusion et de leur réactualisation se pose fortement en région. Les annuaires peuvent être un maillon du maillage des acteurs, à condition d'être portés, promus, et réactualisés.

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

Les réseaux institutionnels de pilotage de la prévention

Ce paragraphe traite des « réseaux » au sens institutionnel du terme, c'est-à-dire les réseaux d'acteurs régionaux de la prévention du suicide (DRASS, URCAM, etc) et non au sens du code de la Santé Publique.

Deux régions ont mis en place un Comité de pilotage régional de la prévention du suicide, pilotant les actions de prévention, et constituant un réseau institutionnel efficace. Ces cas de bon fonctionnement se retrouvent généralement dans les régions

ayant travaillé sur la prévention du suicide au sein d'un PRS. En revanche, dans trois des cinq régions observées, des réseaux institutionnels locaux, départementaux, régionaux existent, mais sont limités et non connectés entre eux. Les coopérations impliquent rarement plus de deux partenaires.

En revanche, ces réseaux ne sont pas pérennes et connaissent des difficultés de mobilisation, notamment à la fin des PRS. Pour les acteurs rencontrés, le maillage des professionnels à un niveau stratégique et régional reposera sur la mise en place des PRSP, fédérateurs d'objectifs

Les acteurs rencontrés ont insisté sur l'existence de réseaux d'acteurs très structurés dans certaines régions : entre autre, en Bretagne, la prévention du suicide est conçue à la fois au niveau régional, au niveau départemental et de manière récente, au niveau territorial avec des animateurs de santé et des projets territoriaux de santé, selon un modèle de « cercles concentriques autour de la personne en souffrance ».

Toutefois le manque de moyens et le manque de coordination entre les DRASS et l'ARH freinent leur développement, notamment autour de la prise en charge des suicidants.

Les réseaux de professionnels

Les acteurs régionaux cherchent à développer des réseaux de prévention et de prise en charge des suicidants, des réseaux de professionnels, dans le but de gérer la crise suicidaire dans le lieu de vie jusqu'au lieu de soin. Ces dispositifs restent rares et très dépendant de l'interpersonnel. Le terme « réseaux » n'est pas entendu ici au sens du code de la Santé Publique.

Les remontées d'informations prospectives des différentes DRASS montrent que celles-ci sont preneuses d'un travail en réseau davantage identifié, voire formalisé grâce à des financements. Les financements ne sont pas forcément insuffisants mais le besoin est ressenti d'un dispositif très structuré. La Dotation Régionale au Développement des Réseaux (DRDR) nécessite un lourd travail de constitution de projet, ce qui freine la constitution de réseaux formels. Ces financements permettraient de disposer de postes d'animation et de rémunérer les personnes de ce réseau, questions qui freinent actuellement le développement des réseaux (en effet cela n'est possible que si le réseau est financé par la dotation régionale au développement des réseaux).

Pour tous les acteurs rencontrés, notamment au sein des tables rondes, ces réseaux de professionnels ne se décrètent pas et se positionnent davantage au niveau d'un bassin de vie qu'à un niveau régional.

Pour cela, le rôle de coordinateur apparaît essentiel pour animer le réseau, coordonner les acteurs, organiser des échanges, comme les animateurs de santé de la région Bretagne.

Ces réseaux peuvent également se structurer à partir des services hospitaliers, et s'articuler avec des acteurs extérieurs (Education Nationale, PJJ, médecins généralistes, etc..), comme recommandé par la circulaire de 1998 sur la prise en charge des adolescents.

Par ailleurs, au sein des réseaux, on observe une opposition entre le milieu médical et le milieu associatif et socio médical. Pour beaucoup d'acteurs (tables rondes), le niveau réseau stratégique ne peut pas se faire au niveau régional.

Sur la base d'un des cas étudiés, on peut faire les hypothèses suivantes sur les facteurs de réussite d'un réseau de professionnels :

- situer le réseau à un niveau infrarégional (bassins de vie),
- organiser une « coproduction » des actions et de la recherche-action autour des projets,
- s'assurer de la disponibilité et la motivation du coordonnateur,
- former les personnes,
- disposer d'informations réactualisées sur les suicides et tentatives de suicide,
- organiser des échanges de pratiques.

Principaux résultats

On observe donc que :

- La Stratégie a contribué à créer un premier niveau de maillage d'acteurs de la prévention au sein d'une région grâce aux formations pluridisciplinaires.

- Les annuaires peuvent constituer un facteur de mise en réseau à condition d'être portés, promus et régulièrement réactualisés.

- Les réseaux « formels » sont très peu développés en raison notamment des difficultés de financement par la dotation régionale.

- Les initiatives en terme de réseaux ne s'appuient pas actuellement sur une échelle territoriale pertinente à savoir le « Bassin de population ».

- La constitution de réseaux « stratégique » autour de la prévention du suicide pourra être facilitée par une meilleure coordination entre les partenaires, telle que la nouvelle organisation régionale devrait le permettre. Toutefois les actions de santé publique impulsées jusqu'alors par les DRASS seront définies sur la base des orientations du PRSP : en conséquences, le développement de cet axe d'intervention sera subordonné à l'inscription dans le PRSP du thème de la santé mentale et cette inscription sera fonction des priorités régionales.

- Un maillage pérenne suppose la conjugaison de différentes initiatives : former les personnes, suivre les données, mettre en place des échanges sur les pratiques, créer des postes d'animateurs etc.

L'efficacité des actions destinées aux médecins généralistes

Cette partie cherche à déterminer dans quelle mesure les actions locales mises en œuvre dans l'esprit de la Stratégie nationale ont suffisamment impliquées les médecins généralistes et quels seraient les leviers d'action nationaux ou locaux pour renforcer leur mobilisation.

L'implication des médecins généralistes

La mobilisation des médecins généralistes autour de la prévention du suicide n'est pas un objectif aisé 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 et 100 000 médecins généralistes exerçant en France).

Les médecins généralistes participent également peu aux actions pluridisciplinaires. Ainsi, sur 6912 personnes formées entre 2001 et 2004²², seuls 209 médecins de ville ont été formés, soit 3%. Sur 4 des 5 régions étudiées, des difficultés de mobilisation des généralistes ont été mises en avant (cette conclusion a été confirmée par les tables rondes), notamment dans le cadre des formations régionales au repérage de la crise suicidaire.

De plus, il existe un nombre peu élevé mais non négligeable d'actions locales organisées spécifiquement pour les médecins généralistes sur ce thème. Ainsi le dernier bilan des actions mises en place au niveau régional recense 5 actions de type « groupes de paroles famille et médecins généralistes », 3 actions de réunions médecins généralistes/médecins psychiatres, 9 actions de formation continue des médecins généralistes, et 3 régions ayant développé la formation initiale des médecins.

On observe cependant que ces actions sont rarement conçues avec l'appui des URML et des associations de FMC. En effet, celles-ci sont rarement contactées par les DRASS pour participer à la conception d'actions et d'autre part les contacts établis par les DRASS aboutissent rarement. Les URML ne participent pas spontanément à la déclinaison de la stratégie en région, ni à la conception d'une politique de prévention (sauf en Limousin). Les structures de FMC ne sont pas non plus volontaires pour participer à la conception et à la mise en œuvre d'actions en relation avec la prévention du suicide.

Il existe des exceptions :

- Le Limousin est ainsi une des seules régions rencontrées qui a mobilisé des médecins généralistes au sein d'une formation au repérage de la crise suicidaire, et co-conçue par la DRASS, l'URML et les associations de FMC au

²² Cf. remontées d'informations des DRASS au 31 décembre 2004.

sein d'un groupe de travail spécifique. Le groupe a élaboré une offre de formation spécifique proposée aux associations cantonales de formation médicale continue. Afin de communiquer sur cette offre de formation, un dispositif de lancement a été conçu sous la forme d'une conférence inaugurale. Cette difficulté est également mise en avant dans le document DGS des informations prospectives remontées des DRASS.

Mobilisation des médecins généralistes autour des formations « FMC » : l'exemple du Limousin, une exception

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

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

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

L'offre de formation soumise aux FMC a abouti à la réalisation de trois sessions de formations organisées par trois FMC en 2004 (2 en Haute Vienne et 1 en Corrèze) qui ont touché 65 généralistes. 2 sessions ont été organisées en Haute Vienne en 2005 qui ont touché une trentaine de généralistes. Pour l'année 2006, trois sessions de formations, soit une par département ont été programmées.

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

- En Haute Normandie, une formation proposée par une association de FMC sur le thème du suicide, en dehors du cadre de la Stratégie Nationale, a été suivie par des médecins généralistes. Cette formation a été conçue par un médecin généraliste, conseillé par un formateur régional, dans le cadre de son association de FMC, MGFORM. Cette formation a été agréée par MGFORM et fait désormais partie de son catalogue de formation national, chaque association locale de MGFORM pouvant donc mettre en place cette formation en l'inscrivant à son plan de formation présenté à l'appel d'offre de l'Organisme de Gestion Conventienne. Cette formation est donc acceptée dans le cadre de la Formation Conventienne.
- En Poitou-Charente, des formations ont été préparées avec les URML et les FMC, et les journées de formation ne sont pas continues. En 7 ans, les résultats restent insuffisants.

- En Bretagne, un collège d'associations de FMC reconnu a mis en place, en coordination avec la DGS, des formations spécifiques pour les médecins généralistes. En dépit d'un travail de concertation important, la participation à ces formations a été faible.

Dans tous les cas, cette culture de prévention du suicide a été difficile et longue à mettre en place.

De manière générale, le suicide n'est pas une préoccupation majeure ni une priorité d'actions des médecins généraliste. Ni les URML, ni les associations de FMC n'en font une priorité.

Pour ces professionnels se pose systématiquement la question de la disponibilité des médecins généralistes et de leur rétribution. Les modalités pratiques freinent la mobilisation. Il est ainsi difficile de mobiliser les médecins pendant la journée. D'une part, les médecins généralistes se voient proposer un nombre considérable de formations continues, d'autre part, le format proposé (2 jours complets) ne convient pas à leurs horaires de travail. De plus, la dimension pluridisciplinaire des formations n'est pas considérée comme une valeur ajoutée des formations

Mais le principal frein rencontré est la rémunération des médecins libéraux qui peuvent exercer les jours où ils se trouvent en formation. La quasi-totalité des personnes rencontrées sur ce sujet est unanime. Or les référents suicides rencontrent des difficultés à rémunérer les généralistes qui suivent ces formations en dehors des réseaux constitués dans le cadre de la Dotation Régional de Développement des Réseaux.

Des leviers de mobilisation des médecins généralistes ont été suggérés par les personnes rencontrées :

- concevoir une formation spécifique au repérage de la crise suicidaire pour les médecins généralistes, tant sur le contenu (formation adaptée à leur pratique, non pluridisciplinaire, et développement de binômes constitués au moins d'un médecin généraliste) que sur la forme par l'adaptation de la formation aux contraintes des généralistes : formation en soirée, rémunérée, de format court ; cependant, ces modalités ne permettront pas la même appropriation que dans le cadre des formations régionales classiques de 2 jours ;
- élargir le champ des formations, et inclure cette formation au repérage de la crise suicidaire dans une formation portant sur la dépression et son repérage ou la souffrance psychique ;
- constituer un partenariat étroit avec les URML et à travers elles, avec les structures de FMC (en les rémunérant), à travers un groupe de travail spécifique, pour concevoir ces formations spécifiques et les intégrer dans les programmes de formation des associations de FMC, mais également d'autres actions en direction des médecins généralistes. Les URML peuvent notamment communiquer en interne sur ce sujet (bulletins mensuels, campagne de communication) ;
- s'appuyer sur le cadre national de la FMC en intégrant des critères qualitatifs dans les crédits de formations FMC (participation à un module d'enseignement

sur le repérage de la souffrance psychique obligatoire pour l'obtention d'une certification) ;

- développer au niveau national les crédits temps de formation pour les médecins généralistes ;
- développer la formation initiale des médecins généralistes sur ce sujet ;
- s'appuyer sur un tissu local de FMC et d'URML (en tenant compte des formations existantes et au niveau national, travailler avec les associations de FMC en les rémunérant pour développer des priorités nationales de FMC. Cependant il apparaît que cette mobilisation restera difficile à mettre en œuvre : au niveau national, les unions de FMC sont difficilement mobilisables. En revanche, la conférence nationale des URML souhaite être mobilisée au niveau national au moment de la conception de la politique publique.

Principaux résultats

- 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 qui identifient seulement quelques cas par an.

- Peu d'actions ont été spécifiquement conçues pour cibler les généralistes, et très rarement avec l'appui des URML et des associations de FMC.

- 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.

6 Quelle prise en compte des publics ciblés par la Stratégie Nationale ?

Il s'agit de mesurer dans cette partie en quoi les orientations ministérielles ont 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.

Les orientations stratégiques en région

La Stratégie nationale a accompagné les régions ayant développé un PRS suicide ou un PRS jeunes dans l'orientation des actions vers un **public « jeunes »**, car les PRS, antérieurs à la Stratégie, ciblaient principalement cette population entre 1998 et 2003. En revanche, elle n'a pas eu réellement un rôle d'orientation vers ces publics dans ces régions.

Dans les régions n'ayant pas développé précédemment de PRS suicide ou jeunes, les actions de prévention ont été plus longues à mettre en place. De ce fait, elles ont davantage ciblé des actions vers un public large (conformément à la circulaire de 2002).

Il semble donc que le ciblage des actions de prévention vers le public jeune relève davantage des priorités régionales que des recommandations de la Stratégie, même si un des objectifs de la Stratégie était en 2000 de prendre en compte ce public spécifique notamment à travers le renforcement des dispositifs d'accueil et d'écoute des adolescents et des jeunes adultes.

Par ailleurs, la Stratégie nationale a clairement orienté les régions vers le **public des détenus** : le public en milieu pénitentiaire a été ciblé à travers les formations au repérage de la crise suicidaire. Au total, 365 personnes ont suivi une formation en milieu pénitentiaire au cours de 29 sessions au 31/12/2004. Depuis, le nombre de personnes formées a fortement augmenté puisque le dispositif de formation s'est principalement développé en 2005 et 2006 : l'entretien avec la DAP fait état d'environ **5000 personnes** formées sur un potentiel de 30000 personnes (formation continue et initiale), sachant qu'en 2005, plus de 900 personnes ont été formées en formation continue.

De plus, toutes les régions étudiées ont entamé une démarche pour développer les formations pluridisciplinaires en milieu pénitentiaire, alors que les premières tentatives de formation hors cadre de la Stratégie en milieu pénitentiaire ont été un « *fiasco* » (table ronde des référents régionaux). La Stratégie a apporté un outil adapté au milieu pénitentiaire. Cependant aucune autre action spécifique à ce public n'a été relevée.

Les actions prioritaires nationales, largement mises en œuvre en région, ont ciblé un public large.

Si le **public des personnes âgées** était déjà pris en compte dans certaines régions comme en Franche-Comté, il apparaît que l'orientation donnée par la DGS en juin

2005 vers ce public a appuyé certaines régions dans ce sens : en Bretagne, la souffrance des personnes âgées a été prise en compte grâce à la Stratégie.

Selon les tables rondes, l'approche par segments de population a permis de donner une certaine dynamique à la Stratégie et de mettre en place des actions pertinentes.

La catégorisation des publics cibles est considérée comme pratique car il existe des partenaires et des réseaux dédiés. Ce ciblage est une opportunité, un appui pour le niveau régional. Selon les tables rondes, le fait de cibler certaines populations en théorie n'est pas forcément pertinent. Mais cela facilite sur le plan pratique la recherche de partenaires. Par exemple, les actions locales destinées aux jeunes ont été spécialisées pour ce type de public, notamment à travers la mobilisation d'acteurs concernés par ce public (Education Nationale, Points écoutes jeunes, foyers de jeunes travailleurs, associations, etc.)

Les actions en milieu pénitentiaire ont été lancées grâce à la Stratégie et sont considérées comme appropriées à la problématique de ce public

Mais cette approche rencontre des limites (selon les experts des tables rondes) :

- le manque de prise en compte du parcours propre d'un sujet constitue un risque relevé par les tables rondes experts et acteurs nationaux,
- la catégorisation ne doit pas empêcher une certaine liberté locale pour proposer des catégories de public en fonction du diagnostic régional,
- la catégorisation peut limiter les approches multifactorielles (repérer les gens qui combinent une série de facteurs aggravants).

Cette catégorisation peut encore être renforcée. Lors des tables rondes, certaines populations ont été citées : les salariés (la souffrance au travail), les jeunes déscolarisés, l'armée, les pompiers, les policiers, les personnes endeuillées.

Principaux résultats

- *La Stratégie a clairement influencé l'orientation des actions régionales vers les publics cibles tout public, détenus et personnes âgées et dans une moindre mesure vers le public jeunes, davantage du fait des PRS.*
- *Cette orientation a été particulièrement effective envers les publics détenus.*
- *Cette approche par segment de population a permis de donner une certaine dynamique à la Stratégie même si elle rencontre des limites, notamment la difficulté de prendre en compte le parcours de la personne suicidante dans son ensemble.*
- *Cette catégorisation peut être encore renforcée en élargissant la Stratégie à d'autres publics cibles (tels que les travailleurs salariés, les jeunes déscolarisés, les militaires).*

Conclusions et recommandations

Conclusions synthétiques

Les conclusions ont été débattues dans le cadre du Comité de pilotage. Elles ne reflètent pas nécessairement l'opinion de tous ses membres. L'équipe d'Eureval est seule responsable des jugements ci-dessous.

Les conclusions présentées dans ce rapport sont formulées au regard des objectifs de l'évaluation définis dans le cahier des charges. Il s'agit de réponses aux questions et critères formulés en 2006 par le Comité de Pilotage et non d'un jugement global sur la Stratégie Nationale.

Conclusions relatives à la mobilisation des acteurs nationaux

- 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 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.*

Conclusions relatives à la mobilisation des acteurs régionaux

- 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.

Conclusions relatives à l'efficacité (formations et mise en réseaux)

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.

Conclusions relatives aux publics cibles et aux médecins généralistes

C15. 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.

C16. 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...).

C17. Les modalités pratiques des formations sont peu adaptées aux médecins libéraux, un public difficile à atteindre en raison de ses contraintes professionnelles (problématiques multiples, coûts...).

Recommandations et suggestions opérationnelles

Le tableau ci-dessous présente les recommandations construites à partir des conclusions précédentes. Des « suggestions opérationnelles » sont présentées au regard de chaque recommandation de façon non exhaustive et à titre de suggestion.

Les recommandations et suggestions opérationnelles sont autant de réponses à la question : Quels leviers pour mobiliser les acteurs régionaux autour de la prévention du suicide ?²³

Il est important de souligner, à nouveau, que l'équipe d'Eureval doit être tenue pour seule responsable des préconisations ci-dessous.

Recommandations	Suggestions opérationnelles
<p>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.</p> <p>(C1. et C3.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revoir le positionnement des problématiques du suicide dans celles plus générale de santé mentale • Renforcer la lisibilité de la Stratégie nationale en améliorant la cohérence des différents niveaux d'objectifs • Développer une coopération étroite entre la DGS et les autres Directions du Ministère (DHOS, DGAS) notamment par l'élaboration de circulaires conjointes • Renforcer les axes de prévention autres que le repérage de la crise suicidaire, et notamment l'axe prise en charge des personnes suicidantes
<p>R2. La conception de la nouvelle Stratégie et son lancement doit être l'occasion d'une relance de l'animation au niveau national et d'une collaboration étroite avec les associations nationales et d'une remobilisation des partenaires dans le domaine de la santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire un état des lieux national des initiatives existantes au niveau local dans la prévention du suicide • Développer une concertation en amont avec l'ensemble des partenaires identifiés dans l'état des lieux dans le cadre de la conception de la nouvelle Stratégie • Développer la concertation avec les

²³ La question posée était la suivante : Suite aux changements institutionnels introduits en 2004, en quoi le niveau national peut-il valablement mobiliser les acteurs régionaux et comment peut-il mieux y parvenir ? Cette question est traitée dans le même chapitre que celles relatives à la mobilisation des acteurs car les réponses apportées s'appuient sur les mêmes observations.

<p>(C1. , C2., C3. et C4.).</p>	<p>différentes associations et organisations indépendantes en privilégiant celles qui ont pris des initiatives propres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre la mise en place ou l'actualisation par la DGS de Conventions cadres avec les administrations nationales concernées • Mettre en place des appels à projets à l'intention du milieu associatif. • Relancer périodiquement l'animation de la Stratégie au niveau national, par des réunions d'acteurs, par des bilans d'étapes et une remise à plat/ révision à mi-parcours
<p>R3. La DGS doit mettre en place une animation nationale soutenue au bénéfice des référents et partenaires régionaux.</p> <p>(C1. et C4.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'une animation nationale volontariste afin de soutenir les responsables en région • Capitaliser les « bonnes pratiques » régionales de manière à renforcer la légitimité des référents mais aussi de manière à favoriser la créativité dans l'adaptation de la SN aux spécificités locales • Favoriser l'échange de pratiques entre les référents régionaux à travers des réunions régulières • Assurer un véritable suivi et des retours d'information vers les régions qui leur permettent de connaître leur avance/retard par rapport aux autres régions (étude type OCDE) • Communiquer sur la flexibilité et les marges de manœuvre possibles des acteurs régionaux par rapport à la Stratégie • Lancer la nouvelle Stratégie à travers un évènement de communication d'envergure
<p>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.</p> <p>(C7.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser des journées régionales de réflexion sur la place de ces problématiques dans le cadre des Plans Régionaux de Santé Publique (décliner régionalement les conférences de consensus nationales) • Conduire une évaluation ex ante des PRSP sur la thématique du suicide • Organiser des réunions spécifiques sur

	<p>la thématique de la prévention et de la prise en charge du suicide dans le cadre des groupes de travail préparant les PRSP</p>
<p>R5. La priorité doit être donnée à l'avenir à la création et au renforcement de maillages professionnels aux échelles pertinentes.</p> <p>(C13. et C14.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mener une réflexion nationale sur l'articulation des initiatives en matière de réseaux institutionnels et les nécessaires maillages professionnels en matière d'identification et de gestion des crises suicidaires • Produire des cahiers des charges précis pour le financement de réseaux formels des professionnels dans le cadre de la Dotation Régionale pour le Développement des Réseaux • Identifier les échelles territoriales pertinentes en fonction des enjeux professionnels (régionale pour les personnes ressources, bassin de vie pour les soins d'urgence...) • Développer des initiatives complémentaires aux formations et aux annuaires en capitalisant sur les expériences réussies (Cf. Théâtre forum...)
<p>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.</p> <p>(C10. et C11.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Repenser le titre des « personnes ressources » et clarifier leur rôle • Vérifier en amont que l'envoi d'une personne en formation correspond à un projet de service décidé par la hiérarchie • S'assurer que les personnes envoyées en formation ont une légitimité suffisante dans leur organisation • Développer des formations complémentaires ou des journées d'actualisation et d'échanges de pratiques pour les personnes déjà formées (« piqûres de rappel »...) • Développer le suivi du parcours des personnes identifiées comme potentiellement suicidaires et introduire la notion de continuité des soins dans les formations
<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place au niveau régional des formations de formateurs • Remettre à plat les fondements conceptuels des formations existantes afin de pouvoir ouvrir l'offre de formation à

<p>(C9. et C12.).</p>	<p>des tiers qui respectent des standards ad hoc</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diversifier les origines des formateurs (psychiatres, médecins généralistes..) et pour ce faire mettre en place des ressources adéquates
<p>R8. Des actions de formation spécifiques doivent être conçues et organisées à l'intention des médecins généralistes.</p> <p>(C17.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Développer des modalités de formation complètement nouvelles pour s'adapter au mieux aux contraintes des médecins libéraux (formation le samedi ou en soirée...) • Elargir la thématique du suicide pour l'intégrer dans une problématique plus large et plus adaptée pour ces professionnels (jeunes ou santé mentale...) • Mettre en place les budgets opérationnels nécessaires pour rendre attractive cette offre de formation (défraiement, restauration...) • Inciter les DRASS à travailler avec les URML et les associations de FMC dans des groupes de travail spécifiques sur cette question • S'appuyer sur le cadre national de la FMC en intégrant des critères qualitatifs dans le cadre de la certification pour que la santé mentale soit un jalon obligatoire pour les médecins généralistes.
<p>R9. L'approche par publics cibles successifs doit être poursuivie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier d'autres publics cibles

Annexe : Liste des rapports techniques

1. Les questions évaluatives, les Critères de réussite associés et les Descripteurs (5 pages)
2. Les principales étapes de la genèse de la Stratégie (3 pages)
3. Bilan des réalisations nationales de la Stratégie (8 pages)
4. Sources documentaires de l'évaluation de la Stratégie nationale d'Actions face au Suicide (5 pages)
5. Rapport d'enquête par questionnaire auprès des bénéficiaires de la formation au repérage de la crise suicidaire (7 pages)
 - Les objectifs du questionnaire
 - Conception et collecte des réponses
 - Analyse des résultats du questionnaire
 - i. Profil des répondants
 - ii. Les apports de la formation
 - iii. Le rôle des personnes ressources
 - iv. Une utilité mise en évidence
6. Les cinq études de cas (85 pages)
 - Aquitaine
 - Bourgogne
 - Haute-Normandie
 - Languedoc-Roussillon
 - Limousin
7. Comptes-rendus des tables rondes (9 pages)
 - Compte rendu de la table ronde réunissant les experts et les acteurs nationaux le 01/09/06
 - Compte rendu de la table ronde réunissant les référents régionaux le 05/09/06

Annexe : liste des acronymes

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d' Evaluation en Santé (intégrée dans l'HAS)
ARCMSA	Association Régionale des Caisses de Mutualité Sociale Agricole
ARH	Agence Régional de l'Hospitalisation
CIRDD	Centre d'information régional sur les drogues et dépendances
CFES	Comité Français d'Education pour la Santé (devenu INPES)
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CODES	Comité départemental d'éducation pour la santé
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRES	Comité régional d'éducation pour la santé
CRS	Conférence Régionale de Santé
DAP	Direction de l'Administration Pénitentiaire (Ministère de la Justice)
DGS	Direction Générale de la Santé (Ministère de la Santé)
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation Sanitaire (Ministère de la Santé)
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale (Ministère de la Santé)
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DNDR	Dotation Nationale de Développement des Réseaux
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRDR	Dotation Régionale de Développement des Réseaux
DRESS	Direction de la Recherche, de l'Evaluation, des Etudes et des Statistiques (Ministère de la Santé)
INPES	Institut Nationale de Prévention et d'Education pour la Santé (Anciennement CFES)
FNAP Psy	Fédération Nationale des Associations d' (ex)-Patients en Psychiatrie
FNPEIS	Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaires
GRSP	Groupement régional de santé publique

HAS	Haute Autorité de la Santé (qui a intégré l'ANAES)
PAEJ	Point d'Accueil et d'écoute-jeunes
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse (Ministère de la Justice)
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS	Programme régional de santé
PRSP	Plan régional de santé publique
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
UNAFAM	Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques
UNPS	Union Nationale de Prévention du Suicide
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
SIS	Sida info service