



Région Pays de la Loire



Novembre 2001

1 – Le PRS "Suicides et tentatives de suicide" : vers un nouveau dynamisme

Le 18 décembre 1995 se tenait à Nantes la première Conférence Régionale de Santé identifiant le suicide comme un problème majeur pour la Région Pays de la Loire.

Ce thème a, par la suite, été reconnu comme une priorité régionale de santé lors de la Conférence du 14 mai 1997.

La Région s'est alors mobilisée dans une démarche volontaire et active, concrétisée par la mise en œuvre d'un programme régional de santé intitulé "**Suicide et tentatives de suicide**".

Ce programme-cadre, élaboré en 1997-1998, a été l'aboutissement des travaux engagés par de nombreux participants de toute origine. Cette réflexion a conduit à une analyse globale de la problématique complexe qu'est le suicide pour permettre le développement d'une politique régionale sur ce thème.

La mobilisation au sein de la région a été réelle et importante et de nombreuses actions ont été menées à bien dans tous les champs du programme depuis plus de deux ans.

Néanmoins, un certain nombre d'événements, mais aussi la réalité de sa mise en œuvre, rendent nécessaire une actualisation de ce dispositif afin de disposer d'un guide plus opérationnel, mieux orienté vers l'action pour développer encore la politique de santé publique sur ce thème et accroître la mobilisation des acteurs.

Certains partenaires qui n'ont pour l'instant pas trouvé la place qui aurait pu leur revenir sont à privilégier. Ainsi, il n'est pas possible d'amplifier cette mobilisation sans la participation encore plus active des praticiens libéraux, toutes disciplines confondues, et particulièrement les médecins généralistes.

Il est souhaitable également d'impliquer plus concrètement les usagers et de favoriser leur participation aux actions dont ils sont les bénéficiaires.

2 – Le rappel des objectifs du programme et de ses champs d'action

✓ Les objectifs s'appuient sur le bilan de l'existant réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé à la demande de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie concernant l'épidémiologie des suicides et tentatives de suicide.

- En Pays de la Loire, le suicide provoque plus de décès que les accidents de la route, c'est-à-dire entre 700 et 800 décès par an depuis le milieu des années 80. En fonction de l'âge, le taux annuel de suicide augmente de façon continue, passant de 10,1 à 63,7 pour 100 000 habitants.

Le suicide est la première cause de mortalité prématurée chez les hommes devant les accidents de la route et l'alcoolisme (9% des causes de décès prématurés).

- La mortalité régionale par suicide dépasse de 25% la moyenne nationale.

- Les disparités sont nombreuses tant concernant la répartition géographique dans la région que les catégories socio-professionnelles concernées. A titre d'exemple, deux départements sont particulièrement concernés : la Sarthe et la Mayenne, deux se situent dans une position intermédiaire : la Loire-Atlantique et le Maine et Loire, et un la Vendée semble moins touché au regard du nombre de suicides et de la mortalité.
- Environ 8 000 personnes sont accueillies tous les ans dans les hôpitaux de la Région pour prise en charge d'une tentative de suicide.

✓ Les objectifs du programme sont les suivants :

① **Objectif général :**

Réduire dans les 5 ans à venir la mortalité par suicide dans la Région Pays de la Loire

② **Objectifs spécifiques :**

- Réduire de 20% en cinq ans le taux de mortalité par suicide dans la Région Pays de la Loire
- Réduire de 20% en cinq ans le taux de récurrence des primo-suicidants accueillis dans les hôpitaux de la Région Pays de la Loire

Pour atteindre ces objectifs, cinq grands champs d'actions ont été considérés comme pertinents :

- la communication,
- la formation,
- l'organisation des soins,
- la lutte contre l'isolement et les dispositifs d'aide,
- la recherche.

Le document cadre précise les orientations générales pour chacun d'entre eux mais ne les décline pas en plans d'actions opérationnels.

Enfin, il convient de préciser toute l'importance de l'évaluation tant en ce qui concerne chacune des actions prises isolément que le programme dans sa globalité.

3 – Les facteurs d'évolution du programme

On en discerne quatre :

1°) **La définition d'une stratégie nationale d'action contre le suicide (2000/2005)**
(référence : circulaire n° 2001/318 du 5 juillet 2001 – cf. annexe 1)

Dans le cadre de la Présidence Française de l'Union Européenne, Madame GILLOT, Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés, a souhaité promouvoir la prévention du suicide. A cet effet, à l'occasion du colloque européen organisé par la Conférence des DRASS à Nantes les 19 et 20 septembre 2000 sur le thème du suicide des jeunes, la Ministre a annoncé la mise en place d'une stratégie nationale d'actions contre le suicide. Cette stratégie doit être mise en œuvre sur les 5 ans à venir et jusqu'en 2005.

La stratégie nationale comporte quatre grands axes :

- Favoriser la prévention par un dépistage accru du risque suicidaire, par le renforcement des dispositifs d'aide et d'écoute
- Mieux connaître les circonstances des suicides pour limiter l'accès aux moyens létaux
- Améliorer la prise en charge des personnes en mal être et des familles ou proches de suicidants
- Mieux connaître la situation épidémiologique

Elle préconise notamment le développement des actions suivantes :

- Le renforcement des dispositifs d'accueil et d'écoute des adolescents et des jeunes adultes
- La mise en place des recommandations sur le dépistage des facteurs de risque de la crise suicidaire : la conférence de consensus réalisée en octobre 2000 et organisée par l'ANAES et la fédération française de psychiatrie doit pouvoir se concrétiser par une mise en pratique (formation d'intervenants, repérage des conduites suicidaires et meilleures prises en charge). L'amélioration de la formation des intervenants est un axe fort en totale conformité avec les actions prévues concrètement pour notre région.

- Une meilleure compréhension des circonstances des suicides et une diminution de l'accès aux moyens létaux. Ces mesures sont particulièrement d'impulsion nationale ; elles visent en particulier la diminution de l'accès aux armes à feu, l'amélioration de leur sécurisation et la responsabilisation des détenteurs d'armes à feu en identifiant mieux les circonstances de leur utilisation dans les suicides et les tentatives de suicide.

Il faudra également améliorer la mise en sécurité des sites publics (ex : voies ferrées) dans lesquels sont recensés les tentatives de suicide, limiter l'accès à certains médicaments et responsabiliser leurs utilisateurs.

- Une amélioration des prises en charge à l'hôpital des personnes suicidantes de manière à éviter les récurrences. Les partenariats entre les services de soins hospitaliers et les acteurs extérieurs seront à renforcer et tout spécialement les relations avec les généralistes.

La généralisation des audits cliniques de l'ANAES sur la prise en charge des suicidants ainsi que le développement des lits d'hospitalisation dans les départements démunis en lits de pédo-psychiatrie sont parmi les principales mesures préconisées.

- Une amélioration de la qualité des actions de prévention primaire et la mise en place d'actions d'éducation pour la santé.

Il conviendra en particulier d'élaborer des outils validés et évalués de prévention et de les diffuser plus largement. L'accompagnement des proches et des familles dans tous les secteurs (détention, milieu scolaire, police...) sont une réelle priorité. Les lieux de paroles et d'écoute doivent être favorisés.

- Une amélioration globale de la connaissance et des déterminants du suicide.

La situation épidémiologique doit être mieux connue à tous les niveaux et la recherche doit être favorisée. Des pôles d'observation régionaux ou nationaux seront créés avec élaboration de tableaux de bord. Un protocole national d'harmonisation des pratiques de déclaration des décès par suicides à destination des généralistes sera élaboré ainsi qu'un protocole national de transmission des données de mortalité par les instituts médico-légaux. Concernant les tentatives de suicides prises en charge par les généralistes, un réseau sentinelle de l'INSERM sera mis en place. Des enquêtes d'opinion et de perception par le public seront également mises en œuvre.

2°) Le projet de schéma national de services collectifs sanitaires

Elaboré en application de la loi sur l'aménagement durable du territoire, le schéma national de services collectifs sanitaires a vocation à fixer dans une perspective à vingt ans, les principales orientations de la politique de santé publique et leur déclinaison dans les territoires.

Le projet, en cours de validation, a pour but d'assurer un égal accès en tout point du territoire à des soins de qualité. Il vise à corriger les inégalités intra et inter régionales en matière d'offre de soins et à promouvoir la continuité et la qualité des prises en charge en tenant compte des besoins de santé de la population.

Le projet arrête six objectifs majeurs de santé publique qu'il convient de prendre en compte pour la période considérée :

- Réduire la mortalité évitable par cancers
- **Développer la prévention des suicides**
- Favoriser la prévention des pratiques addictives (alcool, tabac, drogues)
- Soutenir la politique de prévention en faveur de l'enfance, de l'adolescence et de la famille
- Réduire la mortalité et les handicaps chez les jeunes liés aux accidents de la voie publique
- Prévenir l'apparition de la dépendance chez les personnes âgées.

On le voit, la prévention du suicide et la structuration de son développement sur le territoire national, dans une perspective d'égal accès à des soins de qualité constitue l'une des priorités à long terme des pouvoirs publics.

3°) La mise en œuvre du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS)

Présenté en 1999, il se situe en cohérence avec la stratégie nationale et s'appuie sur les objectifs du programme cadre. Il se décline sous forme d'objectifs opérationnels à mettre en œuvre sur la période 1999-2004 :

- Créer des lieux spécifiques d'hospitalisation et instituer des protocoles de prise en charge

- Mettre en place des équipes pluridisciplinaires référentes dans les établissements
- Recueillir des données sur les contextes de survenue des tentatives de suicide et développer la recherche clinique.

La participation aux protocoles de prise en charge pour les suicidants doit être étendue, sachant que l'ANAES dans ce domaine a élaboré des recommandations professionnelles en novembre 1998 (prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide)¹. De même, l'évaluation et plus précisément l'auto-évaluation en lien avec l'ANAES devra être concrétisée sachant qu'il existe des correspondants formés disponibles dans chaque région pour cette auto-évaluation.

Les publics à haut risque méritent une attention toute particulière au regard du risque de suicide "accompli" et en particulier les détenus, les personnes souffrant de syndromes anxio-dépressifs, les personnes âgées et toute situation sociale de précarité ou à caractère pathologique notamment celles relevant de conduites addictives.

Les contrats d'objectifs et de moyens sur des projets d'établissements approuvés sont les outils de mise en œuvre de ces orientations.

4°) La réelle nécessité de renforcer les actions de prévention dans tous les domaines

A tous les niveaux, dans tous les champs, il est nécessaire de renforcer les actions de prévention. Les données de la littérature sur la prévention du suicide sont abondantes pour la prévention primaire et la prévention tertiaire mais pauvres pour la prévention secondaire. Cela tient au fait que les premières manifestations de la crise suicidaire sont difficiles à cerner. L'intérêt de repérer une telle crise est évident car celle-ci justifie une prise en charge et représente un moment où il est difficile de mettre en œuvre des actions de prévention. La Fédération Française de Psychiatrie a estimé nécessaire d'organiser une conférence de consensus sur ce sujet les 19 et 20 octobre 2000. Des recommandations sur "l'art" actuel dans ce domaine ont été élaborées¹. Leur objectif est de permettre l'amélioration du repérage et par là même l'organisation d'une prise en charge susceptible d'éviter ou de limiter la fréquence du passage à l'acte.

Il est nécessaire de rappeler avec force que la prévention ne peut atteindre son efficacité maximale qu'avec le concours des professionnels (médecins généralistes, associations, acteurs de proximité) et par des actions conduites au plus près des usagers.



Tous ces éléments doivent être pris en compte et conduisent à proposer une actualisation du PRS "suicides et tentatives de suicide" en Pays de la Loire.

¹ disponible sur site Internet www.anaes.fr

Orientations pour l'action à venir

Dans un souci de cohérence, il apparaît pertinent de présenter ces orientations pour chacun des champs d'actions du programme.

1°) La communication

- Les actions de communication mises en œuvre dans la région ont été nombreuses. Que celles-ci soient d'initiative locale, départementale ou régionale, elles ont permis la mobilisation des acteurs. Elles se sont caractérisées par la production de supports (plaquettes, chartes, répertoires...) mais aussi par des manifestations de plus grande ampleur.

Ainsi, les conférences régionales de santé ont été l'occasion de rappeler l'intérêt d'une forte mobilisation sur ce thème. La journée nationale de prévention du suicide du 5 février, quant à elle, est aussi l'occasion, dans un contexte national, d'entretenir cette mobilisation.

Un répertoire régional des acteurs, réalisé dès le démarrage du programme a aussi contribué à cette mobilisation initiale mais son actualisation dépendra des moyens qui pourront lui être consacrés.

Enfin, la conférence européenne sur le suicide des jeunes qui s'est tenue à Nantes les 19 et 20 septembre 2000, a également constitué une manifestation d'importance sur ce thème.

- Les actions de communication devront être poursuivies dans tous les champs du programme. La diversité des modes de communication et des opérateurs devra être recherchée. Elle permettra d'adapter les messages en fonction des objectifs poursuivis et des publics concernés.

Des manifestations à caractère plus artistique comme des ateliers théâtre pourront constituer un mode d'approche tout à fait adapté à des publics jeunes ou en difficulté.

2°) La formation

De nombreuses actions de formation ont déjà été mises en place dans la région Pays de la Loire et elles ont concerné des publics variés de professionnels.

Comme indiqué précédemment, la Direction Générale de la Santé a demandé à la Fédération Française de Psychiatrie d'organiser une conférence de consensus (cf. annexe 2) sur la crise suicidaire afin de définir les bases et principes de l'intervention et de les faire valider par les professionnels en associant tous les intervenants potentiels et les familles. Cette conférence s'est tenue les 19 et 20 octobre 2000. Elle doit désormais être la référence et la base d'appui pour toute action à entreprendre, elle doit également guider les choix en matière de formation et de transmission des savoirs sur le repérage et la gestion des crises.

- Pour sa part, la Direction Générale de la Santé s'est engagée dans une démarche de **formation de formateurs** sur la base de 2 professionnels par région.

Les objectifs de cette formation sont :

- améliorer le contenu des formations sur la crise suicidaire,
- favoriser les formations interdisciplinaires dans le cadre d'un plan de formation national,
- former au travail en réseau autour de la prise en charge des personnes en crise suicidaire,
- garantir des interventions de qualité sur un sujet particulièrement sensible et pour des publics fragilisés.

Ces formations de formateurs ont un caractère novateur et intense, nécessitant des compétences fortes : maîtrise du métier d'enseignement et des méthodes pédagogiques, légitimité professionnelle et scientifique, connaissance approfondie de la psycho-pathologie et des facteurs de risques du suicide.

Ces formateurs s'engagent à restituer par la suite ces formations dans la région en lien avec les coordonnateurs de programme acceptant une démarche d'évaluation. L'implication se situe dans une durée d'action minimale de trois ans. Ces formations de haut niveau seront l'occasion d'une analyse des pratiques et d'un réel échange de savoirs avec des acteurs pluridisciplinaires.

Il est prévu deux sites nationaux pour ces formations de formateurs, Lyon et Nantes. Le choix du site nantais est encore une opportunité à saisir pour la région Pays de la Loire qui s'attachera à mobiliser sur cette action les compétences des deux sites universitaires de la région, Angers et Nantes.

Pour la région Pays de la Loire, l'implication forte des deux universitaires de psychiatrie ayant des fonctions d'enseignement (D.I.U. de suicidologie) explique le choix d'une proposition du Professeur GARRE du CHU d'Angers en parfaite coopération avec le Professeur VENISSE du CHU de Nantes pour la conduite de cette formation.

Ces formations nécessitent à l'évidence une implication de formateurs non médecins. Il a été unanimement souhaité une formation des professionnels en soins infirmiers et des psychologues, partenaires essentiels dans le déroulement des actions.

Les formations intégreront celles déjà mises en place dans le cadre du programme régional depuis deux ans.

- Il a semblé aussi nécessaire d'initier des **formations en faveur de publics ciblés** et notamment les personnes âgées. Une formation des médecins coordonnateurs intervenant dans les établissements pour personnes âgées sera mise en place.

Elle abordera les aspects épidémiologiques, les aspects cliniques (dépression chez la personne âgée, prises en charge ...) et le travail en réseau. Il est souhaité que ces formations en groupes permettent également un échange d'expériences.

Un cahier des charges a été réalisé (cf. annexe 3) pour expérimenter dans deux départements une action dans ce domaine. Ces expériences, signe d'une réelle motivation pour la formation, devront par la suite être étendues à d'autres départements et axées sur d'autres publics cibles.

La recherche d'un partenariat et d'une participation nécessaire des médecins libéraux devra se faire selon les modalités les mieux adaptées et l'implication de l'URML constituera un atout précieux.

En fonction des thèmes envisagés et des populations concernées, d'autres formations ciblées devront être adaptées. On citera à titre d'exemple des formations possibles en direction du milieu carcéral.

3°) L'organisation des soins

Elle a depuis la présentation du programme régional de santé fait l'objet de nombreux projets qui ont été pris en compte dans les contrats d'objectifs et de moyens passés avec les établissements de santé.

Une étude portant sur l'organisation de l'accueil des suicidants a été réalisée dès le lancement du programme. Elle a permis de sensibiliser les établissements à l'accueil des suicidants au regard des bonnes pratiques et des recommandations de l'ANAES.

La prise en compte de cette problématique s'effectue de manière inégale dans les 5 départements de la région et n'est pas en rapport avec l'importance épidémiologique du suicide. Elle est fonction de la mobilisation des équipes ou d'éléments plus conjoncturels liés en particulier aux questions de démographie médicale.

Deux départements, qui se positionnent en situation intermédiaire au regard de l'épidémiologie du suicide, se sont engagés plus fortement dans l'accueil des suicidants. Il s'agit de la Loire-Atlantique et du Maine et Loire.

Ainsi, ont été développés des projets de centre de crise ou d'accueil des suicidants dans les 2 CHU ainsi que dans les centres hospitaliers de Saint-Nazaire et de Cholet. Ces dispositifs devront faire l'objet d'une évaluation externe (cf. annexe 4 : proposition d'évaluation externe).

Concernant les trois autres départements, même si la sensibilisation au thème est réelle, elle ne s'est pas concrétisée par un projet d'importance concernant l'accueil des suicidants.

La publication des recommandations de l'ANAES permet d'actualiser le cahier des charges pour développer de tels projets (cf. annexe 5).

Il apparaît désormais pertinent d'envisager des recommandations opérationnelles au regard de cette priorité pour la conclusion des prochains contrats d'objectifs et de moyens à passer avec les établissements de santé.

⇒ Etablissements des départements de Loire-Atlantique et Maine et Loire disposant d'un service d'urgence et ayant mis en place un accueil des suicidants :

- Solliciter une évaluation des dispositifs mis en place ;
- Solliciter leur participation à la démarche d'auto-évaluation des pratiques portée par l'ANAES, cette agence ayant mis en place des correspondants régionaux pour la pratique de ces auto-évaluations ;
- Prise en compte d'autres objectifs du SROS.

⇒ Etablissements de santé mentale

- Rappeler l'importance de l'image de la santé mentale
- Favoriser une démythification de cette discipline et toute action visant à la rendre plus accessible.

⇒ Etablissements de Mayenne, Sarthe et Vendée disposant d'un service d'urgence

- Mise en place d'un projet d'accueil des tentatives de suicide conforme aux recommandations de l'ANAES
- Incitation également à la mise en place d'un accueil des suicidants conforme aux bonnes pratiques.

⇒ Pour l'ensemble des départements

- Un bilan complet devra être effectué dans un cadre régional pour disposer d'un document exhaustif sur ce thème. Il servira à l'évaluation du SROS.
- Dans le cadre des prochains contrats d'objectifs et de moyens, on s'attachera à voir pris en compte des publics particuliers : personnes âgées, détenus, publics en situation de précarité et personnes concernées par des conduites addictives.

Les formations continues à tous les niveaux intégreront cette priorité ainsi qu'un engagement à des actions d'auto-évaluation des pratiques en lien avec l'ANAES (la généralisation des audits cliniques de l'ANAES sur la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide constitue une priorité ministérielle pour 2001).

Le travail en direction des partenaires libéraux sera recherché.

Des actions permettant d'améliorer concrètement l'image de la santé mentale sont également à promouvoir.

4°) La lutte contre l'isolement et les dispositifs d'aide

De nombreux projets ont été élaborés dans le cadre de cet objectif. Ils se caractérisent par une mise en place de lieux d'écoute, de numéros d'appel et de lieux de parole à disposition des personnes suicidantes et de leur famille et plus généralement à destination des personnes en souffrance psychique.

Ces actions devront faire l'objet d'une évaluation, particulièrement en Loire-Atlantique.

Le nécessaire travail en réseau sera promotionné en s'appuyant sur des exemples concrets.

Des expériences tels que des numéros verts d'aide aux personnes en difficultés ou des expériences d'expression artistique devront faire l'objet d'évaluation, et, en fonction des résultats, diffusées ou valorisées.

Il est nécessaire de promouvoir une réelle coordination entre tous les partenaires réalisant des actions de proximité soit de portée générale, soit en faveur de publics en difficultés. Là encore, les actions doivent être conduites au plus près des populations notamment en milieu rural, la place du médecin généraliste étant de ce point de vue essentielle dans le repérage des situations et des aides possibles.

Les modalités d'actions n'ont rien de spécifique et peuvent également être inscrites dans le cadre du PRAPS. Il est en effet difficile d'isoler ou de considérer l'appartenance des actions à tel ou tel programme et il convient sans doute de les considérer comme des initiatives communes à l'ensemble des programmes.

5°) La recherche

Elle se comprend au sens le plus large du terme et inclut le recensement et l'analyse des données.

Il sera proposé de refaire un bilan de la situation tel que l'ORS l'avait réalisé au moment du bilan de l'existant.

Par ailleurs, au niveau départemental ou régional, on peut envisager un suivi des données épidémiologiques en lien avec le pôle d'observation du suicide mis en place par la DREES.

Les enquêtes proposées et mises en place dans le cadre du PRS devront être des enquêtes préalables à l'action. L'ensemble des partenaires est concerné par cette recherche-action.

Conclusion

Le programme régional de santé "suicides/tentatives de suicide" s'inscrit dans une démarche coordonnée volontaire d'impulsion régionale d'une politique de santé publique.

Ce programme ne peut s'envisager sans la mise en œuvre à tous les stades d'une évaluation des actions. L'articulation avec les autres programmes notamment le PRAPS et le programme concernant les conduites à risques devrait permettre d'amplifier certains champs et d'optimiser les ressources pour des actions communes.