

**Evaluation
de politique de santé**

POLITIQUE RÉGIONALE DE LUTTE CONTRE LE SUICIDE

Rapport

**Dr Jean - Paul BOULÉ
Catherine OGÉ**

**Xavier BRUN
Claude PICHON**

**Direction du Projet régional de Santé (DPRS)
Département d'évaluation des Politiques de Santé (DEPS)**

- JUIN 2012 -

SYNTHESE

Une politique régionale active et volontariste de lutte contre le suicide a été lancée depuis près de 15 ans par les autorités sanitaires sur le constat d'une forte mortalité régionale dans un pays par ailleurs mal classé en Europe sur ce critère. Cette politique n'a jamais donné lieu à une évaluation de ses résultats, bien qu'elle ait été portée par les autorités sanitaires successives, au travers de divers plans, programmes et schémas régionaux.

Initiée par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales avec le concours des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales, elle a été poursuivie dans le cadre du Groupement Régional de Santé Publique ainsi que par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, pour être reprise par l'Agence Régionale de Santé (ARS) en 2010. L'ARS s'est par ailleurs dotée dès sa création d'un département d'évaluation des politiques de santé. Il est alors apparu tout à fait pertinent à la fois pour la direction générale de l'ARS mais aussi pour ce nouveau département de porter les premiers travaux d'évaluation sur cette politique.

La présente mission d'évaluation devait répondre à deux questions principales, figurant au cahier des charges de cette évaluation :

- Quelles seraient les actions des programmes précédents à poursuivre, à abandonner ou à mettre en œuvre (non prévues ou non réalisées) ?
- Quels sont les atouts et les marges de progrès en région des Pays de la Loire de la politique de lutte contre le suicide, au moment du lancement du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 paru en septembre 2011 et du Projet Régional de Santé (PRS 2012-2016) publié en mars 2012, au regard des orientations stratégiques de ce dernier ?

Trois champs de cette politique ont ainsi été évalués : la prévention, la prise en charge et l'observation/analyse, dans le domaine de compétence des autorités sanitaires, excluant d'autres secteurs comme ceux du travail et de l'éducation.

L'analyse des nombreux documents produits depuis 15 ans ainsi que la conduite d'entretiens avec des acteurs de cette politique ont permis, au-delà des constats, de formuler un certain nombre de jugements.

Les réponses aux deux questions évaluatives figurent plus précisément au sein des fiches de recommandations qui figurent en fin de rapport.

Les principaux jugements portés sur cette politique et détaillés dans le rapport sont les suivants :

1. Les connaissances sur les conduites suicidaires sont insuffisamment diffusées et ne couvrent pas tous les domaines

Si l'analyse et le suivi des données de mortalité sont bien assurés, complétés par des enquêtes populationnelles auprès des jeunes sur les conduites suicidaires, les données hospitalières portant sur les tentatives de suicide, et en particulier leurs récurrences, ainsi que les données ambulatoires sont insuffisamment tracées.

2. Les facteurs de risque de suicide et de tentative de suicide ont été peu pris en compte pour déployer les actions

Même si certaines populations ont été plus ciblées que d'autres (les jeunes), il ne s'est pas dégagé de priorisation en termes de populations et de facteurs de risque, et en tout cas, il n'a pas été retrouvé d'argumentation forte pour justifier telle action plutôt qu'une autre. Les acteurs de terrain fortement mobilisés ont été à l'initiative de la plupart des actions menées, au-delà du milieu hospitalier et des programmes de formation.

3. Un certain nombre de dispositifs d'écoute et de lutte contre l'isolement ont été déployés auprès de la population

Si les lieux d'accueil et d'écoute, qui se sont multipliés pendant la période considérée dans de nombreux domaines, répondent à des besoins exprimés, leur efficacité est difficilement mesurable. Ceci, d'autant que de nature très diverse et inégalement répartis, ils ne sont pas tous recensés.

4. Les professionnels de santé ont globalement modifié leurs pratiques grâce aux actions de formation

Le dispositif spécifique de formation au repérage de la crise suicidaire a entretenu une réelle dynamique des acteurs autour du suicide. Plus de 1 000 personnes ont ainsi participé à ces formations pluri professionnelles, associant également des bénévoles associatifs. La cohabitation au sein de ces formations pose la question du rôle respectif de ces deux types d'acteurs (professionnels et associatifs) et de leur complémentarité.

Au-delà de cette formation spécifique qu'ils ont animée, les professionnels de la psychiatrie de la région se sont mobilisés plus largement sur la formation (formation initiale des médecins, création d'un Diplôme Inter Universitaire...).

5. La prise en charge des suicidants s'est très nettement améliorée dans le secteur hospitalier

Des changements importants ont été réalisés au sein des établissements de santé. Au-delà des modifications de regard portées sur les suicidants par leurs professionnels, les établissements de santé publics ont amélioré leurs pratiques et les modalités de prise en charge des personnes suicidantes. Cependant, si plusieurs unités spécialisées se sont créées, le choix de leur implantation, leur niveau de recrutement ainsi que leurs complémentarités apparaissent avoir été insuffisamment concertés et planifiés au niveau régional.

6. L'accompagnement de l'entourage des suicidants et suicidés a été insuffisamment développé

Si la prise en charge des personnes suicidantes a été améliorée aux urgences hospitalières, l'accompagnement de l'entourage n'a pas donné lieu à une politique volontariste ni à des actions systématiques, que ce soit en milieu hospitalier ou en ambulatoire.

7. Les différents dispositifs et acteurs qui œuvrent contre le suicide sont insuffisamment coordonnés en matière de prévention, de prise en charge et de partage des connaissances

La volonté et l'affichage initiaux sur cette politique ont mobilisé les acteurs, aussi bien institutionnels que professionnels, au carrefour du millénaire. Depuis quelques années, l'absence de clarification entre les 3 niveaux de concertation que sont la région, le département et le territoire de proximité a pu isoler certains acteurs et rendre moins lisible cette politique. La fluidité de certaines articulations entre professionnels et bénévoles et entre certains professionnels (médecins généralistes et psychiatres/psychologues, médecins généralistes/établissements de santé...) fait clairement défaut.

8. Les inégalités territoriales ont été peu prises en compte et donc peu corrigées

Aucun territoire prioritaire n'a été explicitement visé par la planification. Cela n'a cependant pas empêché les autorités sanitaires de différencier les actions selon les départements, même si les inégalités constatées en termes de mortalité par suicide ont peu évolué depuis leur mise en œuvre. Deux départements se distinguent au plan régional : la Sarthe, en termes de cumul de difficultés et la Vendée, en termes d'évolution du phénomène suicidaire.

9. La mortalité par suicide a diminué mais l'impact de la politique régionale sur les récurrences est mal connu

Si la mortalité globale a diminué depuis 15 ans, cette baisse n'a pas été aussi importante que prévue. De plus, elle n'a pas été homogène. La mortalité a baissé pour les jeunes et les personnes âgées, mais pas pour les personnes adultes d'âge intermédiaire (35-54 ans). Elle a plus diminué chez les femmes que chez les hommes.

Paradoxalement, la morbidité, mesurée par le recours à l'hospitalisation par tentative de suicide au niveau régional, est inférieure à la situation nationale. Ce constat mis en évidence par la mission d'évaluation reste à confirmer.

La région n'a pas organisé le suivi de l'évolution des récurrences de suicide.

Les 15 recommandations issues des jugements précités et portées par la mission d'évaluation et son comité de pilotage sont les suivantes :

1	Mieux définir le positionnement, les complémentarités et les compétences des bénévoles associatifs par rapport aux professionnels de santé
2	Mieux préciser les actions vis-à-vis des jeunes de moins de 25 ans
3	Favoriser l'identification et la lisibilité des acteurs/structures ressource pour aider les usagers et professionnels en recensant l'offre globale des réponses proposées (prévention, prise en charge, accompagnement)
4	Mettre en place une proposition systématique de prise en charge de l'entourage d'un suicidant ou d'un suicidé
5	Définir les parcours individuels de santé des personnes sur un territoire, s'insérant dans une offre graduée (exemple du suicidant après Tentative de Suicide)
6	Renforcer la place des médecins généralistes, et plus généralement du premier recours libéral, par la mise en place de formations pluri professionnelles sur les territoires de proximité et la contractualisation
7	Positionner le niveau régional comme niveau de pilotage intersectoriel et de planification
8	Positionner le niveau départemental comme niveau d'animation et de facilitation pour les acteurs de terrain
9	Positionner le niveau de proximité comme niveau de mise en œuvre opérationnelle coordonnée de la lutte contre le suicide
10	Mettre en place un centre documentaire ressource régional, à partir de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé, mettant à la disposition des acteurs les actions nationales et régionales reposant sur la méthode de l'« evidence-based medicine » (santé publique fondée sur des données probantes)
11	Développer, par tous les professionnels de santé, le repérage des situations et des comportements à risques et prendre en compte les périodes de rupture (décès d'un proche notamment par suicide, chômage, divorce, passage du lycée à l'université, entrée en établissement médico-social...)
12	Poursuivre le développement des formations actuelles au repérage de la crise suicidaire, en renforçant leur visibilité, en coordonnant et en pilotant leur réplication
13	Améliorer le système d'observation et d'information (primo-suicides, récidives et suicides), notamment au niveau du premier recours (données assurance maladie et données des professionnels de santé), des établissements de santé (PMSI et RPU) afin de mieux connaître les déterminants, les caractéristiques, les parcours de soins et les besoins des populations
14	Améliorer le ciblage des actions dès leur planification, en termes territorial et populationnel, en s'appuyant sur les travaux d'observation
15	Organiser des rencontres annuelles sur le suicide entre professionnels ainsi qu'entre

	professionnels et usagers
--	----------------------------------

SOMMAIRE

Préambule méthodologique.....	8
La lutte contre le suicide : une priorité de santé publique toujours d'actualité sur le plan épidémiologique en Pays de la Loire	13
Axe 1 : Observation et recherche sur le suicide.....	19
1. Les connaissances sur les conduites suicidaires en Pays de la Loire sont insuffisamment diffusées et ne couvrent pas tous les domaines	19
1.1 <i>De nombreuses enquêtes épidémiologiques ont été développées en région sur le champ des conduites suicidaires</i>	19
1.2 <i>Les données hospitalières sont insuffisamment exploitées.....</i>	21
1.3 <i>Les données ambulatoires, notamment en médecine libérale, sont quasiment inexistantes.....</i>	22
1.4 <i>Les autopsies psychologiques, bien qu'intéressantes, sont très difficiles à mettre en œuvre.....</i>	23
1.5 <i>Les travaux de recherche sont nombreux mais peu diffusés</i>	23
1.6 <i>L'impact des actions d'information et de sensibilisation n'est pas connu.....</i>	24
Axe 2 : Prévention du mal - être, de la dépression, du suicide et des tentatives de suicide.....	25
2. Les facteurs de risque de suicide et de tentative de suicide ont été peu pris en compte pour déployer les actions	25
2.1 <i>Des populations ont été plus ou moins clairement ciblées.....</i>	26
2.2 <i>Les actions n'ont pas toujours été priorisées selon les populations ciblées et des critères explicites</i>	28
2.3 <i>Les actions ont essentiellement été déployées à l'initiative des acteurs de terrain.....</i>	28
2.4 <i>Les acteurs de terrain identifient mal les populations ciblées au niveau régional</i>	29
2.5 <i>Les acteurs de terrain ont des difficultés à repérer les personnes en crise suicidaire.....</i>	29
2.6 <i>De nouvelles populations à risque ont émergé ces dernières années</i>	30
2.7 <i>Un besoin de cibler les populations et les actions sur des critères précis</i>	30
2.8 <i>Les actions d'information à destination de la population sont moins lisibles, moins cohérentes et moins pilotées qu'au début des années 2000.....</i>	30
3. Un certain nombre de dispositifs d'écoute et de lutte contre l'isolement ont été déployés auprès de la population des Pays de la Loire	31
3.1 <i>Les lieux d'accueil et d'écoute répondent à un besoin, mais leur efficacité est difficilement mesurable</i>	32
3.2 <i>L'offre d'accueil et d'écoute est relativement nombreuse et diversifiée, mais elle manque de lisibilité</i>	32
3.3 <i>Aucune stratégie de déploiement n'a pu être mise en évidence</i>	33
3.4 <i>Des complémentarités sont à travailler</i>	34
4. Les professionnels de santé ont globalement modifié leurs pratiques grâce aux actions de formation	34
4.1 <i>Le dispositif spécifique de formation au repérage de la crise suicidaire a entretenu une réelle dynamique partenariale autour du suicide.....</i>	35
4.2 <i>Les médecins généralistes restent à mobiliser</i>	38
4.3 <i>Les professionnels de la psychiatrie se sont fortement mobilisés autour d'un Diplôme Inter Universitaire</i>	40

4.4	<i>La formation des bénévoles associatifs reste à positionner</i>	41
Axe 3 : Prise en charge des populations dépressives et suicidaires		42
5.	La prise en charge des suicidants s'est très nettement améliorée dans le secteur hospitalier	42
5.1	<i>Des changements importants ont été réalisés au sein et par les établissements de santé</i>	42
5.2	<i>Des lieux d'hospitalisation ont été créés mais les réalisations sont hétérogènes</i>	44
5.3	<i>Des protocoles ont été mis en œuvre mais ne sont pas encore systématiques</i>	46
5.4	<i>Des équipes pluridisciplinaires ont été créées mais de façon souvent incomplètes</i>	48
6.	L'accompagnement de l'entourage des suicidants et suicidés a été insuffisamment développé dans la région	49
6.1	<i>L'accompagnement de l'entourage familial a été mis en place de façon inégale en milieu hospitalier</i> 50	
6.2	<i>Les actions en dehors du cadre hospitalier ont été peu développées</i>	51
6.3	<i>L'accompagnement de l'entourage institutionnel (professionnels notamment) est un enjeu à intégrer</i> 53	
Axe 4 : Axes transversaux		54
7.	Les différents dispositifs et acteurs qui œuvrent contre le suicide sont insuffisamment coordonnés en matière de prévention, de prise en charge et de partage des connaissances	54
7.1	<i>Le manque de lisibilité des acteurs œuvrant sur ce champ ne conduit pas toujours à l'orientation la plus adéquate</i>	54
7.2	<i>Des personnes-ressource sont bien identifiées malgré l'absence de création d'équipe-ressource régionale</i>	55
7.3	<i>L'articulation est difficile entre le médecin généraliste et les autres intervenants, notamment les psychiatres</i>	55
7.4	<i>Le rôle et la place de certains acteurs restent à définir</i>	56
7.5	<i>L'absence de réseau de santé n'a pas empêché la naissance de dynamiques locales</i>	57
7.6	<i>Les coordinations institutionnelles sont à améliorer</i>	58
8.	Les inégalités territoriales ont été peu prises en compte et donc peu corrigées	59
8.1	<i>Aucun territoire prioritaire n'a été explicitement visé</i>	60
8.2	<i>Des actions différenciées entre territoires ont cependant été déployées</i>	60
8.3	<i>La dynamique d'actions est plutôt liée au contexte territorial</i>	61
8.4	<i>Avec le PRS 2012-2016, une meilleure priorisation des territoires est amorcée</i>	63
9.	La mortalité par suicide a diminué mais l'impact de la politique régionale sur les récidives est mal connu	64
9.1	<i>La mortalité a diminué mais de façon inhomogène</i>	64
9.2	<i>Un objectif de réduction de la mortalité par suicide connu mais discuté par les acteurs</i>	65
9.3	<i>L'impact sur le taux de récurrence est mal connu</i>	66
9.4	<i>Le suivi des tentatives de suicide n'a pas été explicitement prévu</i>	66
9.5	<i>Des relations de causes à effets impossibles à démontrer</i>	67
Conclusion		69
Recommandations		71

ANNEXES	91
<i>ANNEXE 1 : Cahier des charges.....</i>	<i>92</i>
<i>ANNEXE 2 : Composition du COPIL.....</i>	<i>100</i>
<i>ANNEXE 3 : Arbre des objectifs</i>	<i>101</i>
<i>ANNEXE 4 : Recensement des acteurs.....</i>	<i>109</i>
<i>ANNEXE 5 : Liste des investigations</i>	<i>110</i>
<i>ANNEXE 6 : Données épidémiologiques</i>	<i>111</i>
<i>ANNEXE 7 : Cartographie des lieux d'accueil et d'écoute - DRASS 2004/2005.....</i>	<i>1</i>
<i>ANNEXE 8 : Grille d'enquête auprès des personnes formées au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire.....</i>	<i>124</i>
<i>ANNEXE 9 : Méthodologie des enquêtes hospitalières.....</i>	<i>126</i>
<i>ANNEXE 10 : Tableau comparatif de 3 unités de prise en charge hospitalière</i>	<i>129</i>
<i>ANNEXE 11 : Etude des financements des actions de santé publique</i>	<i>132</i>
<i>ANNEXE 12 : CPOM de l'ARS des Pays de la Loire.....</i>	<i>133</i>

Liste des personnes rencontrées

Bibliographie

Sigles utilisés

Préambule méthodologique

A. Motif de l'évaluation

Concomitamment à l'élaboration du Projet Régional de Santé (PRS), la direction du PRS de l'ARS des Pays de la Loire, animée par le Docteur Pierre Blaise, a confié au Département d'Evaluation des Politiques de Santé (DEPS) la mission d'évaluer à titre expérimental, une politique régionale de santé. Cette démarche vise à développer au sein de l'ARS une pratique évaluative pragmatique et opérationnelle de courte durée qui permette de disposer, dans des délais raisonnables, d'éléments d'appréciation et d'ajustement de sa politique. Pour favoriser un apprentissage transversal, cette évaluation associe les différentes Directions Métier (DM) et Délégations Territoriales (DT) de l'ARS dans le cadre du Group' Eval, groupe de travail pérenne sur le champ de l'évaluation constitué au sein de l'ARS et du COPIL Eval, créé spécifiquement pour être le comité de pilotage de cette évaluation.

La politique régionale de lutte contre le suicide a été retenue comme sujet d'évaluation par le Group' Eval suite aux réunions du 28 juin et 22 septembre 2011, compte tenu :

- du positionnement défavorable de la région en termes de mortalité par suicide (5^{ème} région de France), malgré la succession de plans et de schémas sur ce thème depuis 1998 ;
- de la faisabilité *a priori* de cette évaluation, au vu des nombreux documents et données disponibles, au niveau national comme au niveau régional depuis 1998 ;
- de la parution du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 en septembre 2011 ;
- du périmètre relativement bien circonscrit et défini de cette politique ;
- du large spectre des acteurs concernés associant l'ensemble du champ sanitaire (prévention-ambulatoire- hospitalier) ;
- de l'historique de la région qui a érigé, dès 1995, le suicide en priorité régionale de santé ;
- du faible nombre d'actions d'évaluation réalisées dans la région, spécifiquement ces dernières années, sur les résultats de cette politique ;
- du maintien de la problématique suicide en tant que priorité de santé dans le PRS 2012-2016, et donc de la possibilité de réévaluer à la fin de ce PRS cette politique régionale ;
- et de l'inclusion, dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) ARS-Etat, du taux de décès par suicide pour 100 000 habitants comme indicateur.

L'évaluation amènera à émettre des propositions sur les priorités et leviers de cette politique en Pays de la Loire, et permettra de disposer d'un point de situation à T₀ tenant compte des disparités territoriales.

B. Objet de l'évaluation

L'évaluation porte sur la politique régionale de lutte contre le suicide à travers les objectifs et priorités d'actions figurant dans les différents documents de planification régionale que sont :

- le Programme Régional de Santé « suicides et tentatives de suicide » 1998-2002 (PRS suicide);
- le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) des Pays de la Loire 2006-2009 ;
- et les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS), y compris psychiatrique : SROS II 1999-2004 et SROS III 2006-2010.

Sur la base de ces outils de planification, l'évaluation est réalisée sur les actions mises en place par les autorités sanitaires : Direction Régionale/Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS/DDASS) et Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH), en Pays de Loire depuis 1998 dans les trois champs suivants :

- la prévention (incluant la formation, l'information et la communication) ;
- la prise en charge (organisation des soins hospitalière et ambulatoire, suivi-accompagnement des personnes suicidantes et de leur entourage) ;
- le recueil et l'analyse des données relatives au suicide (fonction observation/recherche).

Concernant les différents types de prévention existant en matière de lutte contre le suicide, la classification suivante a été retenue pour cette évaluation :

- prévention primaire : prévention du mal être, de la dépression et de l'isolement, qui sont autant de facteurs de risques reconnus, mais pas uniques, des comportements suicidaires ; elle passe notamment par le renforcement des compétences psychosociales des individus et la lutte contre l'isolement social ;
- prévention secondaire : repérage et prise en charge de la crise suicidaire pour éviter le passage à l'acte et donc le décès potentiel ;
- prévention tertiaire : prévention des récidives de tentatives de suicide, qui passe notamment par la prise en charge sanitaire de ces tentatives.

L'évaluation doit répondre à deux questions évaluatives principales :

- quelles seraient les actions des programmes précédents à poursuivre, à abandonner ou à mettre en œuvre (non prévues ou non réalisées) ?
- quels sont les atouts et les marges de progrès en région des Pays de la Loire de la politique de lutte contre le suicide, au moment du lancement du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 paru en septembre 2011 et du PRS 2012-2016 publié en mars 2012, au regard des orientations stratégiques de ce dernier ?

C. Méthodologie de l'évaluation

Le dispositif d'évaluation comporte quatre étapes :

1) Le lancement qui comprend la rédaction du mandat, du cahier des charges et la mise en place des instances

Le mandat, qui constitue la lettre de mission, point de départ pour la réalisation de ce projet d'évaluation expérimentale de politique de santé, est présenté en comité de direction de l'ARS en juin 2011. Le sujet d'évaluation, en tant que tel, sur la politique régionale de lutte contre le suicide est ensuite retenu collégialement en septembre par le Group' Eval.

En novembre 2011, les travaux démarrent par la rédaction du cahier des charges sur le thème spécifique du suicide (qui figure en ANNEXE 1). Cet outil fondamental présente l'origine du projet, le contexte de l'évaluation et son objet. Il définit l'instance, le dispositif et les modalités d'évaluation, ainsi que les ressources et le macro-planning. Il liste les premiers éléments de

bibliographie. Le cahier des charges, à ce stade de l'évaluation expérimentale, est travaillé en amont par le Group' Eval.

La phase de "lancement" s'achève fin novembre 2011, lorsque les instances d'évaluation sont définies. Deux organisations sont mises en place :

- l'instance d'évaluation (COPIL Eval) pilotée par le directeur de la Direction de la Prévention et de la Protection de la Santé (DPPS), directeur-adjoint de l'ARS, et composée de professionnels de l'ARS, notamment ceux en charge du dossier suicide, dont la composition figure en ANNEXE 2. Le COPIL pilote les travaux d'évaluation. Il est une instance de débat. Il intervient aux étapes de structuration de l'évaluation, d'appréciation sur les résultats intermédiaires, d'élaboration des jugements et recommandations figurant dans le rapport final ;
- et l'équipe projet en évaluation chargée de mener l'évaluation concrètement. Elle est composée des quatre membres du DEPS, dont deux inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, un pharmacien et un médecin, pilote du projet.

S'agissant d'une expérimentation, il a semblé prématuré de faire appel à des partenaires externes à l'ARS pour composer le COPIL. Ceci constitue une limite de l'exercice d'évaluation, puisque l'instance doit représenter les parties prenantes de la question et pas seulement les autorités sanitaires. Cet élément sera néanmoins pris en compte pour l'élaboration du modèle de méthodologie d'évaluation.

2) La réalisation qui comprend la structuration de l'évaluation, la collecte et l'analyse des données

a) La construction d'un référentiel pour structurer l'évaluation :

L'élaboration de l'arbre des objectifs : Cet arbre a été construit à partir des plans et schémas nationaux et régionaux depuis 1998, complétés du nouveau programme national d'actions face au suicide 2011-2014. Il permet de distinguer les trois grands axes stratégiques qui constituent les trois champs de la présente évaluation, déclinés en objectifs généraux, puis opérationnels et instrumentaux ou actions. Il figure à l'ANNEXE 3.

L'élaboration d'une cartographie des acteurs : Les acteurs impliqués dans la politique de lutte contre le suicide ont été identifiés au niveau régional et extrarégional, à la fois sur le volet prévention, prise en charge et recherche/observation.

La cartographie des acteurs de la politique de lutte contre le suicide est présentée à l'ANNEXE 4.

Les acteurs ont été classés selon 2 logiques :

- logique territoriale : acteurs nationaux/extrarégionaux et acteurs régionaux ;
- et logique thématique (3 axes) : acteurs de prévention, de prise en charge et de recherche/observation.

Tous ces acteurs n'ont pas été rencontrés lors de cette évaluation. Le choix s'est porté sur la rencontre:

- des acteurs régionaux ;
- des acteurs de prévention suivants : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS), direction des services pénitentiaires ;

- des acteurs à la fois de prévention et de prise en charge suivants : collectifs suicide, institutions (établissements carcéraux, établissements médico-sociaux) ;
- des acteurs de prévention, de prise en charge et de recherche/évaluation suivants : ARS, médecine de premier recours, psychiatrie (secteurs de psychiatrie, psychiatrie de liaison, psychiatres et psychologues libéraux), établissements de santé hors psychiatrie (urgences, Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA), médecine, pédiatrie) ;
- et des acteurs de la recherche et de l'observation suivants : l'Observatoire Régional de la Santé (ORS).

Conformément au cahier des charges, la population et ses représentants n'ont pas été directement concernés par les investigations de l'évaluation.

La population a cependant été inscrite au sein des acteurs de la politique de par son rôle propre en prévention. La population en tant qu'actrice de sa santé doit, en effet, être partie prenante des mesures de prévention qui la concernent.

Enfin, il n'a pas été réalisé de sociogramme, d'étude spécifique des enjeux et des interactions des acteurs entre eux. La politique de lutte contre le suicide ne donne en effet pas lieu à des conflits majeurs d'intérêt entre acteurs.

La réalisation du diagnostic provisoire : Les premières investigations de l'équipe d'évaluation ont consisté à réaliser un diagnostic provisoire sur la mise en œuvre des plans et schémas en région des Pays de la Loire. Les premières rencontres et recherches documentaires ont été menées pour identifier des réussites, des échecs, des problèmes et permettre l'élaboration d'un diagramme de type SWOT (en français : menaces, opportunités, forces et faiblesses), ainsi que la formulation d'hypothèses de départ.

La rédaction du référentiel d'évaluation : une phase de questionnement pour structurer l'évaluation. A partir du diagnostic provisoire, des deux questions évaluatives formulées dans le cahier des charges et de l'arbre des objectifs, 9 sous-questions évaluatives ont été retenues. Des critères d'évaluation, devant être testés en phase d'investigation, ont été rattachés à chacune de ces sous-questions. Des indicateurs ont été rattachés à ces critères et les sources d'information principales ont été identifiées pour décider des investigations.

Le référentiel est composé de l'ensemble de ces éléments. C'est un outil fondamental pour le bon déroulement de l'évaluation. Il permet de structurer l'évaluation sur les principaux dispositifs de la politique régionale sanitaire de lutte contre le suicide. Il se décline à partir des trois grands axes stratégiques précédemment définis dans l'objet de l'évaluation.

b) La collecte et l'analyse de données : la constitution du bilan informationnel

L'analyse documentaire : Un recensement de l'information souhaitée est réalisé auprès des services de l'ARS et sur recherches bibliographiques. Les données collectées ont été complétées au cours des investigations de terrain.

L'analyse des données : Un recensement des données épidémiologiques et une étude statistique ont été menés, en coopération avec le Département Observations et Analyse de l'ARS et l'ORS des Pays de la Loire.

La conduite des investigations : Des enquêtes par questionnaire ont été réalisées. Des entretiens individuels ou collectifs ont été conduits à partir d'une grille d'enquête adaptée à chaque type d'acteurs de la politique. Un focus group a été réuni pour aborder plus

spécifiquement la question de la coordination entre les acteurs. Le programme d'investigation et d'étude est présenté à l'ANNEXE 5.

3) Les conclusions et recommandations

C'est à partir du bilan informationnel que sont établies et proposées les conclusions et les recommandations.

Des propositions de conclusions ont été soumises au COPIL Eval pour validation le 26 avril 2012.

Les recommandations ont été élaborées par le COPIL Eval les 26 avril et 14 juin 2012.

Les conclusions de l'évaluation, assorties des recommandations, sont ainsi formalisées dans le présent rapport final d'évaluation.

4) La communication

Restitution et appropriation : Dans le cadre de cette évaluation, compte tenu de son caractère expérimental, la communication se fera sur deux plans : une restitution sur le champ de la politique du suicide et une restitution sur la méthodologie d'évaluation développée. Les recommandations formulées ont vocation à être opérationnelles afin de pouvoir être facilement utilisables par les services de l'ARS et acteurs concernés.

Le rapport final est communiqué au comité stratégique de l'ARS, à la CRSA, ainsi qu'aux acteurs qui ont participé aux investigations.

Suivi des recommandations : Il s'agit là d'un objectif à développer à l'issue de l'évaluation, afin d'optimiser la prise en compte et le suivi de la mise en œuvre des recommandations par les différents acteurs concernés par la politique régionale de lutte contre le suicide.

La lutte contre le suicide : une priorité de santé publique toujours d'actualité sur le plan épidémiologique en Pays de la Loire

En Pays de la Loire, comme en France, les conduites suicidaires demeurent un problème de santé publique. La réduction du nombre de décès par suicide en population générale est l'un des 100 objectifs de santé publique de la loi du 9 août 2004.

Les définitions en matière de suicidologie peuvent varier d'un auteur ou d'un document à un autre. Les définitions suivantes sont celles qui ont été retenues par la mission d'évaluation et qui seront utilisées tout au long du rapport.

Le suicide implique qu'il y a décès et que ce décès ait été provoqué par la victime. Cette définition restrictive prévoit que le décès résulte d'un acte volontaire, avec comme intention consciente le désir de mort. Mais ce n'est pas toujours le cas. Le « suicidé » est alors défini comme une personne décédée par suicide, dont le geste suicidaire a abouti.

Le terme « Tentative de Suicide (TS) » est plus vague. On peut définir la TS comme un acte non fatal par lequel un individu réalise un geste dans l'espoir de trouver la mort. Le « suicidant » est ainsi une personne ayant survécu à un geste, qui avait pour but de mettre fin à ses jours (son geste suicidaire n'a pas abouti).

Les termes d'équivalents suicidaires (conduites à risque, défaillances d'hygiène de vie, attitudes de négligence délibérée face à la maladie,...), encore plus larges, sont parfois également employés dans la littérature. Ils ne seront pas abordés dans le cadre de cette évaluation.

Les comportements ou conduites suicidaires englobent à la fois les idées suicidaires, les tentatives de suicide et le suicide. Ils sont l'expression auto-agressive d'une souffrance psychologique.

La crise suicidaire est définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Elle se traduit par des comportements suicidaires. Les « suicidaires » sont des personnes qui pensent à la mort auto-infligée mais qui ne passent pas à l'acte (idées suicidaires sans passage à l'acte).

Le suicide, issue fatale potentielle d'une crise suicidaire, est classé au sein de la mortalité évitable. Les décès évitables, listés dans la Classification Internationale des Maladies CIM-10, sont les morts qui pourraient être évitées soit par une action sur les facteurs de risque individuels, soit par une meilleure prise en charge par le système de soins. Il s'agit même d'une cause de mortalité prématurée évitable puisque, en France, 70% des suicides surviennent avant l'âge de 65 ans.

Les connaissances épidémiologiques sur les comportements ou conduites suicidaires reposent à la fois sur :

- des données de mortalité, recueillies sur les certificats médicaux de décès et les bulletins de décès,
- et des données de morbidité relatives aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide.

Toutefois, les tentatives de suicide ne font cependant pas l'objet d'enregistrements systématiques ou d'un système d'information dédié ; il est ainsi difficile d'obtenir des informations lorsque le suicidant n'a pas été hospitalisé ou a seulement séjourné aux urgences

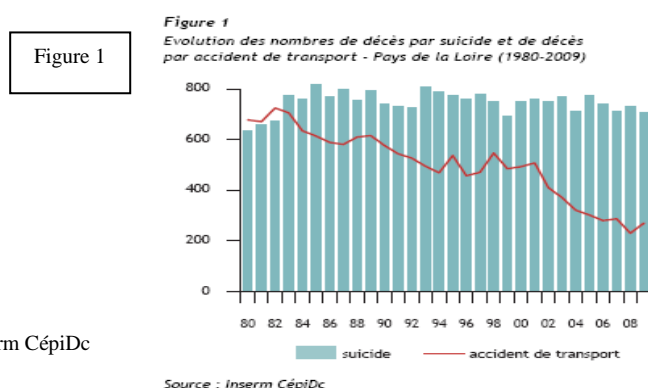
d'un établissement de santé, d'où l'intérêt au niveau national des enquêtes populationnelles et des réseaux de surveillance sentinelle (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale-INSERM) qui complètent les données de morbidité hospitalières issues d'enquêtes spécifiques ou du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Le suivi des idées suicidaires ne se fait pas non plus en routine. Il fait également l'objet d'enquêtes populationnelles.

Une synthèse des connaissances nationales sur la mortalité et la morbidité liées aux conduites suicidaires figure à l'ANNEXE 6. Malgré des progrès ces dernières décennies, la France reste encore mal classée au sein des pays développés et notamment en Europe. Le Haut Conseil de la Santé Publique, dans son étude de mai 2012 intitulée « la santé en France et en Europe : convergences et contrastes » classe ainsi la France dans le groupe des pays à forte mortalité par suicide (7^{ème} taux le plus fort pour les hommes et 5^{ème} pour les femmes au sein de l'Union Européenne).

A. Les données régionales

1) Mortalité (suicides)

Le nombre annuel de décès par suicide dans la région dépasse depuis près de 30 ans celui des décès par accident de la route, et l'écart ne fait que se creuser entre les deux. C'est aujourd'hui près de 3 fois plus de décès que les accidents de la route (cf. figure 1 ci-dessous).



Si le nombre de décès demeure relativement stable depuis le milieu des années 1980, fluctuant entre 700 et 800 par an, le taux régional de décès par suicide, quant à lui, diminue en Pays de la Loire, chez les hommes comme chez les femmes, du fait de l'augmentation de la population régionale. Il suit ainsi la tendance nationale. Cette évolution a ainsi permis à la mortalité par suicide des femmes de se rapprocher de la moyenne nationale plus favorable alors que la situation de la mortalité masculine est restée plus défavorable. La surmortalité masculine par suicide en Pays de la Loire est en effet toujours restée très supérieure à la moyenne nationale au cours des 2 dernières décennies, et cet écart ne tend pas à se réduire.

Le taux standardisé par âge pour 100 000 habitants en 2008 était de 19 en Pays de la Loire (contre 14.9 en France), avec une diminution entre 2000-2002 et 2008 de 10% (contre 9% en France) (cf. tableau page suivante). La période des années 2000-2002 à 2008 correspond aux années d'application du PRS suicide, du PRSP et des SROS 2 et 3.

Les Pays de la Loire arrivent en 5^{ème} position des régions françaises, après la Bretagne (région la plus touchée), le Poitou-Charentes, la Picardie et la Basse-Normandie. Cette position reste

inchangée après correction de la sous-estimation calculée par l'INSERM (cf. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) thématique du 13 décembre 2011).

Taux de décès par suicide en 2008 et évolution par rapport à 2000-2002

(Données issues de l'état de santé de la population en France, rapport HCSP 2011)

Région	Taux standardisé pour 100 000 habitants par âge	Variation régionale (écart par rapport à la moyenne nationale)	Variations entre 2000-2002 et 2008
Pays de la Loire	19	+ 27%	- 10%
Bretagne (région la plus touchée)	23,4	+ 57%	- 12%
Corse (région la moins touchée)	10,6	- 29%	- 21%
France métropolitaine	14,9	0%	- 9%

L'évolution régionale apparaît cependant hétérogène, à la fois sur les critères de genre, d'âge et de territoire. C'est ainsi qu'entre 1991 et 2008 :

- pour l'âge : la baisse ne concerne que les moins de 25 ans (-3,8% par an) et les plus de 70 ans (-3,2%). La mortalité est relativement stable pour les tranches d'âge intermédiaire, notamment chez les 25-49 ans, alors que chez les 50-69 ans, la baisse observée s'est interrompue en 2000. De ce fait, les écarts entre les groupes d'âge compris entre 25 et 70 ans se sont considérablement réduits depuis le début des années 1980.

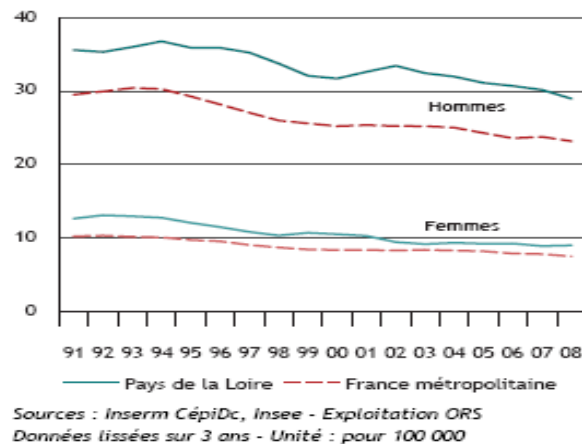
Si le risque de suicide est surtout important chez les personnes âgées, plus de 40% des suicides ont lieu chez des adultes d'âge moyen (35-54 ans), et c'est à la tranche d'âge 25-34 ans que la proportion de suicides parmi les décès est la plus importante (un décès sur quatre) ;

- pour le genre (cf. figure 2 page suivante) : la mortalité masculine par suicide est en baisse (-1,2% par an) et plus encore chez les femmes (-2%) suivant ainsi la tendance nationale, mais cette différence selon le sexe est plus marquée dans la région qu'au plan national (respectivement -1,8% et -1,4%) ;

- pour les départements : la mortalité a diminué partout sauf en Vendée (augmentation de la mortalité masculine et stabilité de la mortalité féminine), chez les hommes et de façon encore plus marquée chez les femmes, suivant ainsi la tendance nationale. Si la région reste coupée en deux entre le nord et le sud, suivant en cela la carte française de la mortalité, cette distinction est moins forte qu'au début des années 90.

Figure 2

Figure 4
Evolution du taux standardisé de mortalité par suicide
Pays de la Loire, France métropolitaine (1991-2008)



2) Morbidité (idées suicidaires et tentatives de suicide)

Environ 8 000 tentatives de suicide avaient été recensées en tant que tentatives de suicide accueillies en 1995 dans les hôpitaux de la région (enquête ORS, 1996). Cette estimation doit être interprétée avec prudence car il s'agissait de tous les gestes suicidaires accueillis dans les hôpitaux des Pays de la Loire, incluant les populations extra régionales.

Une publication de l'ORS en 2012 sur les données disponibles du PMSI Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) de 2009 a montré des chiffres significativement à la baisse par rapport à 1995 (près de 5 000 hospitalisations en MCO), mais les méthodologies d'enquête ont été très différentes. La synthèse des résultats de cette enquête de l'ORS 2012 est présentée à l'ANNEXE 6.

Cependant, au vu de la méthodologie employée lors de cette enquête (non prise en compte du PMSI psychiatrie par l'ORS) et des résultats (sous-déclaration d'hospitalisation pour TS en Loire-Atlantique sur le PMSI MCO), il a été décidé de la compléter par une étude spécifique portant sur les PMSI MCO et PSY. La méthodologie et les résultats de cette étude sont décrits au sein de l'ANNEXE 6.

Globalement, les deux enquêtes retrouvent sensiblement les mêmes résultats à un an d'intervalle, mais la nouvelle étude a permis de mettre en évidence une sous-déclaration des hospitalisations pour tentatives de suicide au CHU de Nantes.

L'étude menée spécifiquement pour cette évaluation a, par ailleurs, confirmé que les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide, chez les hommes comme chez les femmes, étaient plus faibles en Pays de Loire que dans les régions voisines. L'ANNEXE 6 présente une cartographie nationale comparative établie par l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS) dans le BEH thématique du 13 décembre 2011. Les taux d'hospitalisation sont en-dessous du taux moyen national. La région des Pays de la Loire présente ainsi un positionnement plus favorable en termes d'hospitalisation pour TS qu'en matière de mortalité. La sous-déclaration des hospitalisations pour tentative de suicide au CHU de Nantes n'explique pas, à elle seule, ce fait.

Si on applique par ailleurs les pourcentages issus du baromètre santé 2010 de l'Institut National de Prévention et d'Education Sanitaire (INPES), ce pourrait être, sur les 2 785 139 habitants des 15-85 ans (sur 3 566 686 habitants en Pays de la Loire recensés au 1^{er} janvier 2010) :

- plus de 100 000 personnes qui auraient eu des idées suicidaires au cours de l'année écoulée, ce qui témoigne d'un nombre potentiellement élevé de ligériens vivant avec une souffrance psychique
- près de 14 000 personnes qui auraient fait une tentative de suicide (nombre à mettre en rapport avec le nombre de tentatives de suicide effectivement prises en charge en milieu hospitalier)

Pour la tranche d'âge des 15-25 ans, qui a représenté le cœur de cible des actions de prévention en Pays de la Loire depuis une dizaine d'années, on dispose plus précisément des premiers résultats du baromètre santé jeunes 2010 coordonné par l'ORS. Les principaux résultats (dont certains sont encore à paraître) sont disponibles à l'ANNEXE 6.

B. Les données départementales et infra- départementales

1) Mortalité (suicides)

Chez les hommes, la situation est particulièrement défavorable en Mayenne et encore plus en Sarthe.

Chez les femmes, la Loire-Atlantique, le Maine-et-Loire et la Vendée sont proches de la moyenne nationale, avec une surmortalité qui s'est nettement réduite en Mayenne mais une situation toujours très défavorable en Sarthe. (cf. tableau page suivante).

2) Morbidité (idées suicidaires et tentatives de suicide)

L'enquête PMSI MCO-PSY réalisée dans le cadre de cette évaluation apporte quelques éléments d'information sur les personnes hospitalisées pour tentative de suicide. Ses résultats figurent à l'ANNEXE 6.

Tableau comparatif entre départements (sources : enquêtes diverses ORS et DRASS des Pays de la Loire et reconstitution de données pour l'année 1999 par la mission d'évaluation)

	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nombre de décès en 2009	213	146	76	174	97
Nombre de décès en 1999	197	136	82	166	112
Taux de mortalité par suicide pour 100 000 habitants en 1999 (hommes et femmes)	17.36	18.55	28.73	31.33	20.75
% des hommes en 2009	73%	75%	78%	73%	78%
Surmortalité masculine 2007-2009	+ 11%	+ 15%	+ 47%	+ 65%	+ 13%
Surmortalité féminine 2007-2009	Similaire	Similaire	+ 23% (non significatif)	+ 76%	Similaire
Taux moyen de décès par suicide 1979-2001 Hommes / 100 000 (Région : 36 et France : 30)	34	32	42	45	30
Taux moyen de décès par suicide 1979-2001 Femmes / 100 000 (Région : 13 et France : 11)	12	12	18	20	10
Taux moyen de décès par suicide 2005-2007 Hommes / 100 000 (Région : 32.7)	29.4	30.8	36.4	37.4	35.3
Taux moyen de décès par suicide 2005-2007 Femmes / 100 000 (Région : 9.4)	8.9	8.9	10.2	12.4	8
Evolution annuelle des taux de mortalité 1991-2008 (nationale : H : -1.4% et F : -1.8%)	H : - 1.7% F : - 2.0%	H : - 1.3% F : - 2.3%	H : - 1.9% F : - 2.5%	H : - 1.9% F : - 2.5%	H : - 0 % F : - 0.3%
Caractéristiques générales et infra départementales 2004-2008	Une mortalité inférieure de 11% à la moyenne régionale (forte sous-mortalité dans la métropole nantaise de 32%) mais un territoire avec une forte surmortalité (Châteaubriant-Derval-Nozay)	Une mortalité par suicide proche de la moyenne régionale dans l'ensemble des territoires du département	Une mortalité par suicide plutôt élevée, et un territoire avec une forte surmortalité de +30% (Sud Mayenne)	Une mortalité par suicide supérieure de 26% à la moyenne régionale, avec une situation défavorable dans tous les territoires (maximum de +60% dans le Perche sarthois)	Une mortalité par suicide inférieure à la moyenne régionale pour les femmes, proche pour les hommes mais un territoire avec une forte surmortalité de +33% (Challans-Beauvoir-Monts)
Caractéristiques âge/genre en 2007-2009	Le risque de suicide est surtout élevé chez les hommes âgés, mais près d'un suicide sur deux touche des adultes d'âge moyen	Le risque de suicide est surtout élevé chez les personnes âgées, mais deux suicides sur cinq touchent des adultes d'âge moyen	Le risque de suicide est surtout élevé chez les hommes âgés, mais près de 40% des suicides touchent des adultes d'âge moyen	Le risque de suicide est surtout élevé chez les hommes âgés, mais près de 40% des suicides touchent des adultes d'âge moyen	Le risque de suicide est surtout élevé chez les hommes âgés, mais près de 40% des suicides touchent des adultes d'âge moyen
Evolutions principales depuis 1991	Une baisse de la mortalité qui se poursuit chez les hommes, mais une situation départementale qui reste plutôt défavorable	Une baisse de la mortalité qui se poursuit, mais une surmortalité par suicide qui persiste chez les hommes	Une baisse de la mortalité qui se poursuit, en particulier chez les femmes et une situation qui reste très défavorable chez les hommes	Une tendance à la baisse qui ralentit et une situation départementale qui reste très défavorable	Le département ne suit pas la tendance régionale générale à la baisse et une situation départementale qui reste défavorable chez les hommes

Axe 1 : Observation et recherche sur le suicide

1. LES CONNAISSANCES SUR LES CONDUITES SUICIDAIRES EN PAYS DE LA LOIRE SONT INSUFFISAMMENT DIFFUSEES ET NE COUVRENT PAS TOUS LES DOMAINES

Il était prévu dans les différents documents de planification consultés :

- De développer les connaissances épidémiologiques sur les conduites suicidaires, en mettant en place des enquêtes épidémiologiques régulières, pouvant se traduire par les objectifs suivants :
 - o améliorer l'épidémiologie des tentatives de suicide prises en charge aux urgences des établissements hospitaliers et en médecine générale
 - o dégager des indicateurs pour repérer des situations et des sujets à risque ;
- De développer la recherche sur la formation pour améliorer les formes et les contenus de la formation et de l'information et ainsi mettre en place des messages de prévention et de formation adaptés ;
- De développer la recherche clinique, par l'évaluation et l'auto-évaluation des modalités de prise en charge ;
- D'améliorer les connaissances sur les perceptions de la population générale autour du suicide.

L'évaluation s'est concentrée sur le développement des connaissances épidémiologiques dans la région.

La lecture des divers documents publiés sur le sujet complétée d'entretiens a été enrichie par une enquête du PMSI 2010 en MCO et en psychiatrie.

1.1 De nombreuses enquêtes épidémiologiques ont été développées en région sur le champ des conduites suicidaires

Depuis 1996, de nombreuses enquêtes épidémiologiques, à la fois régulières et ponctuelles, la plupart coordonnées ou réalisées par l'ORS des Pays de la Loire, ont donné lieu à différentes publications :

- C'est ainsi que, dès 1996, à la suite de la première conférence régionale de santé de décembre 1995, l'ORS, avec le concours de la Caisse Régionale d'Assurance - Maladie (CRAM) et de l'échelon régional du service médical de l'assurance maladie, publiait un état des lieux sur les suicides et les tentatives de suicide dans les Pays de la Loire. Cet état des lieux a été utilisé pour l'élaboration du PRS suicide 1998-2002.

- La publication de l'ORS « Santé observée dans les Pays de la Loire » qui paraît tous les 5 ans (dernière version publiée début 2012) comporte un chapitre, parmi l'ensemble des déterminants et problèmes de santé, portant sur les suicides et les tentatives de suicide. Une synthèse de la position régionale comparée à la situation française y est présentée.

- L'ORS publie également tous les 5 ans, depuis 2000, un baromètre santé jeunes 12-25 ans comportant un volet sur les troubles dépressifs et les tentatives de suicide.

Chaque année, l'ORS diffuse aussi un bilan des suicides et des tentatives de suicide, en région Pays de la Loire et par département. Il s'appuie sur des données de mortalité (statistiques de mortalité établies annuellement par l'INSERM CépiDc) et sur l'analyse du PMSI MCO régional datant de 3 ans. Son dernier bilan est paru début 2012, sur des données de l'année 2009. Ces statistiques de l'ORS sont publiées et largement diffusées à l'occasion des journées nationales de prévention du suicide se déroulant chaque mois de février.

- Plus ponctuellement, l'ORS, en collaboration avec l'Union Régionale des Caisses d'Assurance - Maladie (URCAM), la CRAM et les Caisses Primaires d'Assurance - Maladie (CPAM) du Maine-et-Loire, a publié en juin 2000 une contribution à l'évaluation des programmes régionaux à travers l'évaluation du programme départemental de prévention des suicides et des tentatives de suicide du Maine-et-Loire.

- Dans le cadre de l'élaboration du PRS 2012-2016 des Pays de la Loire, l'ORS a également réalisé en 2011 une analyse infra départementale des suicides (analyse par territoire des indices comparatifs de mortalité par suicide). Cette analyse a contribué à l'élaboration des projets territoriaux de santé. La teneur des résultats a incité les délégations territoriales de l'ARS en Mayenne, Sarthe et Vendée, en lien avec leurs conférences territoriales, à rédiger des fiches-actions spécifiques sur le suicide.

Les acteurs de prévention, telle l'IREPS, travaillent en étroite collaboration avec l'ORS. Les chiffres donnent du sens à leur action, permettent de mobiliser certains acteurs comme les élus, même si ces statistiques ne peuvent pas résumer à elles seules le phénomène suicidaire, comme le soulignent ces acteurs.

Le partenariat ARS/ORS est ainsi un atout majeur de la région pour le suivi de l'évolution des conduites suicidaires sous diverses composantes (mortalité, morbidité hospitalière et baromètres santé) et la diffusion régulière d'études épidémiologiques. L'état des lieux épidémiologique a cependant montré les limites actuelles de l'étude des PMSI MCO et psychiatrie en Pays de la Loire. Par ailleurs, l'ORS n'utilise pas de données de médecine libérale.

La DRASS des Pays de la Loire a de son côté publié en 2005 un bulletin statistique spécial (« écho des stat ») sur les suicides en Pays de la Loire et en Loire-Atlantique. Ce bilan a été réalisé à la suite de la mise en œuvre du PRS suicide 1998-2002. On peut cependant regretter qu'il n'ait pas eu comme ambition de comparer les situations avant/après la mise en œuvre du programme régional suicide.

Sur un plan départemental, il convient de relever le cas de la Mayenne où un suivi régulier et précis des conduites suicidaires a été mis en place.

Comme exemple de publication départementale, on peut citer le document intitulé « Principaux éléments d'observation sur la santé mentale », publié en juin 2005 par l'ORS et le Syndicat Inter Hospitalier (SIH) en santé mentale de la Mayenne.

Le Docteur Vegas, médecin de la délégation territoriale de la Mayenne à l'ARS a publié fin 2010-début 2011, trois études, forme d'aboutissement de l'observation mise en place dans ce département : la première sur l'évolution du suicide en Mayenne au cours des cinquante dernières années, la deuxième sur la distribution spatiale du suicide en Mayenne entre 1983 et 2009 et la troisième sur les hospitalisations pour tentative de suicide dans la population mayennaise en 2008 et 2009.

Ces trois études ont été diffusées aux acteurs mayennais concernés, contribuant ainsi à une meilleure connaissance du phénomène suicidaire et participant à l'entretien de la mobilisation des acteurs locaux sur le sujet.

Robert Vegas a, en particulier, présenté une recombinaison du risque suicide en Mayenne en fonction de l'âge, du genre et du territoire infra départemental (canton). Il suggère un effet de cohorte chez les femmes qui se suicident. Cependant, la prise en compte d'autres déterminants individuels tels que l'âge ou le genre (statut matrimonial, conditions de vie,...) aurait pu permettre de mieux comprendre le phénomène et faciliter l'identification plus fine de groupes à risque, pour faciliter la mise en œuvre d'actions de prévention secondaire. Ces données ne figurent toutefois pas dans les certificats de décès.

1.2 Les données hospitalières sont insuffisamment exploitées

Le SROS 2 prévoyait un recueil de données, au travers de la mise en place d'un registre anonyme des suicides et des tentatives de suicide, relatives au contexte socio-économique (endettement, précarité,...), à une pathologie somatique, à un événement de vie dans l'année précédant le geste suicidaire et à une pathologie psychiatrique associée.

Les établissements de santé ont rempli les données figurant au PMSI, sans mettre en place de registre spécifique et en tirer des études. Cependant, les données PMSI ne sont pas aussi détaillées que celles dont le recueil avait été prévu.

Le Centre hospitalier de Nord-Mayenne, parmi les exceptions notables, a mis au point une fiche de recueil et de traçabilité pour les suicidants pris en charge aux urgences. Mais si cette fiche est effectivement remplie, il n'y a pas, faute de temps et de moyens spécifiques, d'analyse de cette base de données. Cette fiche créée à l'origine dans le cadre du SIH en santé mentale de la Mayenne n'est utilisée qu'au sein de cet établissement mayennais.

Le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) Mazurelle qui intervient dans les principaux établissements de santé de Vendée a établi, à la demande de la délégation territoriale de Vendée, un bilan statistique des tentatives de suicide prises en charge au Centre Hospitalier Départemental (CHD) et au Centre Hospitalier (CH) des Sables d'Olonne pour les années 2009-2010-2011 (ces données n'ont pas été publiées).

Des études faisant le lien entre hospitalisations et consultations en Centre Médico-Psychologique (CMP) ou des études en CMP ne sont pas non plus disponibles en secteur psychiatrique.

Ces enquêtes hospitalières auraient pu être remplacées et/ou complétées par la mise en œuvre du dispositif portant sur les Résumés de Passage aux Urgences (RPU). Rappelons qu'environ 90% des tentatives de suicide hospitalisées sont accueillies aux urgences.

Pour mémoire, un simple passage en service d'urgence (Accueil et Traitement des Urgences ou ATU) non suivi d'une hospitalisation (incluant les unités d'hospitalisation de courte durée), n'est pas comptabilisé dans le PMSI MCO ou dans le PMSI PSY en tant que séjour. A priori, selon le BEH thématique du 13 décembre 2011, ce cas de figure concernerait 1/3 des tentatives de suicide au niveau national. Ce passage devrait donner lieu, dans tous les cas, à un RPU.

Si le réseau OSCOUR (Organisation de la Surveillance COordonnée des URgences) s'est développé dans la région depuis début janvier 2011, seuls 7 établissements de santé participent actuellement à ce réseau (Nantes, Angers, Le Mans, Saint-Nazaire, Pôle Santé Sarthe-et-Loir, Saumur, La Roche-sur-Yon/Luçon/Montaigu) et transmettent quotidiennement des RPU à l'InVS et donc à la Cellule de l'Institut de veille sanitaire en Région (CIRE) de Nantes.

Ce dispositif présente les limites suivantes :

- de nombreux établissements avec service d'urgence ne transmettent toujours pas, comme cela a été précisé ci-dessus. La région des Pays de la Loire serait ainsi très en retard au plan national sur ce critère ;
- les 7 établissements adhérents à ce jour ne transmettent pas à l'InVS l'ensemble de leurs passages aux urgences et seul le CHU de Nantes transmet des données provenant d'urgences pédiatriques ;
- le codage des variables n'est pas homogène selon les établissements.

Les établissements de santé non déclarants mettent volontiers en avant le fait qu'ils n'ont pas encore informatisé leurs services d'urgence.

Au total, on peut regretter l'insuffisante exploitation à des fins de connaissance épidémiologique, de suivi et d'évaluation du PMSI MCO (problème spécifique de la Loire-Atlantique) et du PMSI PSY (problème régional global) dans la connaissance des tentatives de suicide, par défaut qualitatif et quantitatif de codage.

Les données issues du PMSI (MCO et PSY) restent en effet trop fragmentaires et partielles pour pouvoir être valides au plan régional. Le bon classement régional de la région en termes d'hospitalisation pour tentatives de suicide est de ce fait questionnable.

L'insuffisant codage régional des RPU ne compense pas, par ailleurs, la quasi absence d'enquêtes au niveau des urgences hospitalières.

1.3 Les données ambulatoires, notamment en médecine libérale, sont quasiment inexistantes

L'absence de données pose question dans la mesure où un médecin généraliste, s'il est peu confronté à des suicides accomplis dans sa clientèle, rencontre beaucoup de patients ayant des idées suicidaires ou réalisant même des tentatives de suicide. Deux thèses médicales régionales récentes sur le sujet sont éclairantes (cf. thèses de Cloé Barré et de Clément Turbulin à l'annexe bibliographique).

C'est encore plus le cas pour les psychiatres libéraux.

Diverses sources d'information pourraient être mobilisées, en principe, en secteur libéral ambulatoire :

- le réseau des médecins sentinelles :

Les médecins sentinelles rattachés au réseau INSERM sont toutefois peu nombreux dans la région. Seuls 9 médecins généralistes sur 63 inscrits (nombre au 1^{er} janvier 2011) ont participé effectivement à une surveillance de ce réseau l'année dernière.

Ces médecins sentinelles sont censés recueillir depuis 1999 des données sur un certain nombre d'indicateurs de santé parmi lesquels les suicides et les tentatives de suicide. Des données de surveillance sont publiées chaque année et sont accessibles sur Sentiweb (websenti.u707.jussieu.fr/sentiweb). Le faible nombre de cas rapportés au plan national (137 tentatives de suicide en 2010 pour toute la France) ainsi que l'aspect très irrégulier de la courbe de l'incidence depuis 1999 ne plaident cependant pas en faveur d'une exploitabilité des résultats, malgré la richesse des items recueillis par les médecins généralistes de ce réseau. De toute façon, l'INSERM n'a pas prévu d'exploitation régionale des données de son réseau.

- le réseau « SOS médecins » :

Les deux structures SOS médecins de Nantes et Saint-Nazaire participent au système SURSAUD, dispositif mis en place par l'InVS et constitué des données issues des RPU, des

données de décès issues de l'état-civil et des données des SOS médecins. Des statistiques sont produites par les deux réseaux mais ne sont pas suivies régionalement.

- les données de l'assurance maladie :

Si elles ne permettent pas à ce jour d'étudier les tentatives de suicides, on pourrait en revanche étudier les Affections Longue Durée (ALD) dont celles relatives aux dépressions sévères ainsi que la consommation de certains médicaments, tels les psychotropes et les antidépresseurs (des études sont actuellement en cours dans certains départements comme la Mayenne et la Sarthe).

- les maisons de santé pluri professionnelles ou pôles de santé, auxquels l'ARS pourrait demander la remontée d'un certain nombre de données dans le cadre de la contractualisation.

Le conseil régional de l'ordre des médecins s'interroge, par ailleurs, sur les possibles mentions relatives à des conduites suicidaires dans le Dossier Médical Personnel (DMP).

1.4 Les autopsies psychologiques, bien qu'intéressantes, sont très difficiles à mettre en œuvre

« L'autopsie psychologique est un outil clinique et un outil de recherche susceptible d'éclaircir les circonstances d'un décès dans les cas de suicide (...). L'autopsie psychologique se focalise sur les aspects psychologiques de la survenue du décès (...). Son objectif est de comprendre tant les circonstances que l'état d'esprit de la victime au moment de son acte. Ce type de méthode comprend une reconstruction du style de vie, des comportements et des événements vécus par l'individu [dans le cadre] d'une analyse rétrospective »¹

La mise en place d'autopsies psychologiques est lourde, contraignante et coûteuse. Des expériences ont eu lieu en France notamment en Rhône-Alpes. Les acteurs régionaux s'accordent à dire que cette pratique relève de la recherche nationale. Pour la plupart d'entre eux, il n'y a pas lieu de mener ce type d'études au niveau régional.

1.5 Les travaux de recherche sont nombreux mais peu diffusés

La recherche clinique et biologique reste principalement l'apanage des centres hospitaliers universitaires et plus particulièrement du CHU d'Angers. Elle se fait souvent sur une base inter régionale.

Cependant, les connaissances produites sont très peu diffusées aux professionnels de santé locaux, faute de canal de diffusion collective.

Parmi les enquêtes en cours ou à venir, les études suivantes auxquelles contribue le CHU d'Angers peuvent être citées :

- tentatives de suicide et lien avec le travail ;
- études biologiques sur la population des suicidants ;
- études neurogénétiques sur la population des suicidants ;
- enquête visant à recontacter les suicidants 6 mois après leur hospitalisation pour tentative de suicide.

¹ D'après : INSERM, Суicide Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention, 2005

Les mémoires et thèses d'étudiants sur le sujet sont par ailleurs très peu connus car ils sont peu diffusés. Ils ne font pas l'objet d'un recensement.

1.6 L'impact des actions d'information et de sensibilisation n'est pas connu

Lors de cette évaluation, il n'a pas été retrouvé d'études sociologiques régionales récentes sur les évolutions de la perception de la population régionale sur le suicide. Le lien entre les autorités sanitaires locales et le milieu universitaire, qu'il soit médical ou non (sociologie, géographie,...), est d'ailleurs quasiment inexistant.

Il n'y a jamais eu d'évaluation de l'impact de ces actions d'information auprès du grand public.

La représentation du patient suicidaire par les professionnels de santé, notamment aux urgences, a de son côté beaucoup évolué selon ces professionnels, modifiant de ce fait l'accueil même des personnes suicidantes.

Ceci s'est fait grâce au partage des connaissances et aux formations mises en place. Le suicide est devenu pour les professionnels de santé, un objet de santé publique et plus seulement un acte privé. C'est devenu une pathologie que l'on peut prévenir et traiter. Ce changement de regard était un préalable indispensable à la mise en place de toute action de santé visant à améliorer la prise en charge des suicidants.

Axe 2 : Prévention du mal - être, de la dépression, du suicide et des tentatives de suicide

2. LES FACTEURS DE RISQUE DE SUICIDE ET DE TENTATIVE DE SUICIDE ONT ETE PEU PRIS EN COMPTE POUR DEPLOYER LES ACTIONS

Il était prévu dans les différents documents de planification consultés :

- de définir une communication adaptée aux publics ciblés (scolaires, adolescents, jeunes, adultes et personnes âgées)
- d'améliorer la cohérence et de renforcer le dispositif d'accueil et d'écoute des adolescents et des jeunes adultes
- de sensibiliser les personnels des établissements scolaires au repérage de la souffrance psychique des jeunes
- de former au repérage et à la gestion de la crise suicidaire dans le secteur gérontologique
- de développer les actions de prévention et poursuivre les formations au repérage et à la gestion de la crise suicidaire en milieu carcéral
- de mieux repérer les différentes formes de dépression, notamment pour des populations spécifiques (personnes âgées, enfants-adolescents, précarité, post-partum, détenus) et de développer la psychiatrie de liaison à des moments particuliers (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes –EHPAD-, maternité, Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale –CHRS- et UCSA).

L'évaluation s'est concentrée sur l'identification de populations prioritaires, les éventuels critères de priorisation et sur les modalités de déploiement des actions en fonction des populations ciblées.

Le suicide est l'aboutissement, rare, de conduites suicidaires beaucoup plus fréquentes, dont il constitue l'extrême achèvement. La littérature évoque une sorte de continuum, qui va des idées de mort et de suicide, au geste contre soi-même, jusqu'à l'issue fatale possible. Elle confirme le lien fort entre pensées suicidaires, tentatives de suicide et suicides accomplis. Suicides et tentatives de suicide sont deux aspects d'un même phénomène, dont la prévention globale est clairement une priorité de santé publique régionale depuis 1998. Certains acteurs régionaux rencontrés continuent cependant à distinguer nettement tentatives de suicide et suicides, arguant qu'il ne s'agit pas des mêmes populations concernées.

Le psychiatre Zoltan Rihmer propose la classification suivante des facteurs de risque, visant davantage à prévoir qu'à expliquer le phénomène suicidaire :

- des facteurs de risque primaires, valeur d'alerte individuelle, en forte interaction les uns avec les autres et souvent accessibles à la thérapeutique : troubles psychiatriques, antécédents familiaux et personnels de suicide et de tentatives de suicide, communication à autrui d'une intention suicidaire, existence d'une impulsivité facilitant le passage à l'acte ;
- des facteurs de risque secondaires, observables en population générale, ayant une valeur prédictive élevée en présence de facteurs de risque primaires mais faibles pris

isolément : pertes parentales précoces, isolement social (séparation, divorce, veuvage,...), chômage... ;

- des facteurs de risque tertiaires : éléments naturels non modifiables, statistiquement associés au suicide mais dont la valeur prédictive est très faible en l'absence de facteurs de risques primaires et secondaires : genre masculin, âge (adolescence, sénescence), périodes de vulnérabilité (période estivale,...).

A l'inverse, des facteurs psychosociaux tels qu'un soutien familial et social de bonne qualité, le fait d'avoir des enfants et des relations amicales diversifiées... sont des facteurs de protection.

De son côté, l'analyse internationale des autopsies psychologiques lors de suicides accomplis a permis de décrire deux types de trajectoires de vie aboutissant à une issue fatale :

- la première trajectoire de vie, qui concerne 40% des suicidés, est le parcours des personnes ayant connu précocement l'adversité (violences physiques et sexuelles notamment) ; ces personnes souffrent principalement de troubles de la personnalité et de conduites addictives ; elles ont tendance à réitérer leurs gestes suicidaires ;
- la seconde, qui concerne 60% des personnes suicidées, chez lesquelles les événements de vie douloureux se multiplient plus tardivement ; ces personnes souffrent principalement de troubles de l'humeur (dépressions...).

Cette dernière approche permet de dégager deux axes d'intervention en fonction des trajectoires de vie des individus en souffrance. La notion de rupture, qui figure parmi les préoccupations du schéma régional de prévention des Pays de la Loire d'avril 2012, prend ici toute sa mesure pour organiser la prévention des conduites suicidaires.

La lecture des divers documents publiés sur le sujet a été complétée d'entretiens.

2.1 Des populations ont été plus ou moins clairement ciblées

Tout d'abord, la politique de lutte contre le suicide est devenue au fil des ans une politique de prévention et de santé de moins en moins ciblée sur le suicide. L'approche préventive est devenue multi-risques et pas uniquement centrée sur le suicide. La prévention du suicide a été intégrée dans la prévention globale, y compris le dépistage précoce de la souffrance psychique, le suicide étant considéré comme un indicateur de santé mentale et de l'état psychique de la population.

Si le PRS suicide en 1998 visait des populations bien spécifiques, le PRSP a ensuite adopté cette approche plus globale de la santé, avec l'identification de tranches d'âge. Le PRSP a cependant ciblé deux milieux spécifiques, à savoir le milieu carcéral et le secteur gérontologique, pour y déployer les actions de formation au repérage et à la gestion de crise suicidaire.

Les mesures préventives ont d'abord porté sur le développement de la communication à destination des professionnels de santé, la mise en œuvre de dispositifs d'aides généraux et de lutte contre l'isolement et le développement de formations. Les actions de communication visaient toutes les catégories de public : enfants scolarisés, adolescents, jeunes, adultes et personnes âgées.

Les mesures de prise en charge visaient à mieux repérer les différentes formes de dépressions pour des populations spécifiques et/ou à des moments spécifiques : personnes âgées, enfants-

adolescents, personnes en situation de précarité, en post-partum et en détention. Le SROS 3 des Pays de la Loire 2006-2010 prévoyait ainsi de développer la psychiatrie de liaison en EHPAD, en maternité, dans les CHRS et dans les UCSA.

Si toute la population était concernée compte tenu des différentes tranches d'âge abordées, pour autant des populations cibles ont bien été plus particulièrement identifiées :

- les jeunes de 15-25 ans,
- les populations en situation de précarité,
- les populations en zone rurale (notamment dans le milieu des vignobles),
- les détenus,
- et les personnes âgées.

Enfin, dans les populations - cibles identifiées, on retrouve, toutes catégories confondues, les personnes qui ont déjà fait une tentative de suicide.

Cependant, il n'y a pas eu de distinction claire au sein de certaines de ces populations. Qui parmi les jeunes ? Qui parmi les personnes âgées ? La planification n'est pas apparue précise sur ces points.

Globalement, beaucoup d'actions ont spécifiquement touché les populations de jeunes. Les critères pour le déploiement des actions et le ciblage des territoires ont été orientés en partie sur le milieu scolaire (notamment en collèges et lycées). L'IREPS a, par exemple, initié en milieu scolaire un programme expérimental de renforcement des compétences psychosociales chez les jeunes scolarisés, axé sur la prévention des conduites addictives.

Les différences de mortalité par suicide selon l'âge sont, on l'a vu, très marquées.

L'analyse de la mortalité par suicide et par âge peut être abordée selon 3 modalités très différentes :

- la proportion de suicides parmi l'ensemble des causes de décès : elle est la plus forte entre 15 et 34 ans
- le taux de mortalité : il augmente globalement avec l'âge et est maximal après 75 ans
- le nombre absolu de décès annuel : le maximum de décès est constaté pour la tranche d'âge 35-44 ans avec plus de 40% de l'ensemble des décès par suicide tous âges confondus.

Ainsi, selon que l'on s'intéresse au nombre absolu des décès, au risque maximal de suicide ou au poids maximum de suicides dans la mortalité, trois âges - cibles peuvent être envisagés :

- le nombre absolu de décès le plus élevé : âge intermédiaire adulte (le maximum de morts est retrouvé aux tranches d'âge intermédiaire)
- le risque maximal de suicide : personnes âgées (plus on est âgé, plus on risque de décéder par suicide)
- le poids maximum du suicide dans la mortalité : jeunes (quand un jeune meurt, le suicide en est souvent responsable)

Mais aucune priorisation explicite sur la mortalité selon l'âge n'a été retrouvée dans la planification régionale.

De façon plus individuelle, il est intéressant de noter qu'au sein du milieu pénitentiaire, des critères ont été définis pour l'évaluation de personnes fragiles et/ou en dépression, à l'arrivée et tout le long du parcours du détenu, le détenu étant lui-même considéré comme une personne à risque. L'administration pénitentiaire a ainsi établi, pour la prévention du suicide, une fiche "*Evaluation, initiale ou en cours de détention, du potentiel suicidaire*". Celle-ci permet d'identifier les facteurs de risque judiciaires et pénitentiaires, familiaux, sociaux,

économiques et sanitaires. Elle comporte une grille d'évaluation de l'urgence, de la dangerosité et de décision quant aux mesures immédiates.

2.2 Les actions n'ont pas toujours été priorisées selon les populations ciblées et des critères explicites

Aucun critère n'a été retrouvé justifiant de la priorisation des populations et de la différenciation éventuelle des actions déployées selon les publics priorisés.

Une distinction a été faite entre :

- des situations à risque comme : hommes seuls, divorcés ou veufs, avec instabilité au travail, de catégorie socioprofessionnelle à faibles moyens financiers, en milieu rural (45-50 ans), isolés, ayant des conflits familiaux, avec un vécu de maltraitance, des antécédents familiaux, détenus
- et des facteurs de risque (alcool avec levée d'inhibitions, troubles psychiatriques...)

Les priorisations ont souvent été dictées par les plans nationaux et les faits qui attireraient l'attention (dégradation de la situation chez les agriculteurs, les gendarmes...).

2.3 Les actions ont essentiellement été déployées à l'initiative des acteurs de terrain

Les actions ont été déployées sur le terrain à l'initiative des acteurs locaux, plus en fonction de leurs possibilités et de leurs potentiels de pérennisation, qu'en réponse à une logique liée à une analyse des facteurs de risque populationnels et territoriaux ou au développement d'une véritable stratégie. La technique de l'appel à projets, auquel pouvaient répondre les acteurs de terrain, en l'absence d'un cahier des charges contraignant en termes de priorisation, a facilité l'éparpillement et la fragmentation des actions. Du fait de la prise en compte d'une santé globale, déterminée par tranche d'âge, dans le cadre du PRSP, la visibilité des actions relatives au suicide a été en diminuant.

Le suicide n'est pas une problématique traitée de manière isolée, mais en lien avec les problématiques de santé mentale et de comportements à risque (addictions essentiellement) identifiées sur le terrain. Les actions font alors appel à des partenariats.

Les personnes âgées vivant en établissement ont été peu prises en compte dans les actions, du fait d'une faible mobilisation du secteur médico-social sur le sujet du suicide.

Les investigations font pourtant beaucoup ressortir l'insuffisante considération du mal être chez les personnes âgées, notamment leur souffrance en raison de l'affaiblissement de la vue ou de l'ouïe qui n'est pas toujours repérée, en établissement ou au domicile.

Des interrogations légitimes ont été rapportées devant le comportement de certaines personnes âgées qui se laissent mourir (« suicide non violent ? ») ou qui font des erreurs sur la prise de médicaments (« équivalent suicidaire ? »).

Il est cependant important d'évoquer les actions de prévention primaire déployées par la MSA en faveur des agriculteurs isolés dans les départements ruraux.

Certaines pathologies (la schizophrénie, les troubles bipolaires...) qui exposent aux tentatives de suicide et au suicide, qui font partie de la maladie, ont été pour leur part peu visées par les

actions régionales. Cela ne veut pas dire que les professionnels de santé du champ de la psychiatrie ne prennent pas en compte, à titre individuel, le risque suicidaire chez de tels patients.

A l'inverse, des associations d'aide et d'écoute « tout public » ont été financées par les pouvoirs publics, alors que cette priorité n'était pas apparue clairement dans les objectifs de la politique régionale.

2.4 Les acteurs de terrain identifient mal les populations ciblées au niveau régional

La plupart des acteurs de terrain interrogés ne connaissent pas les priorités régionales en matière de lutte contre le suicide. Ils se réfèrent volontiers à leurs propres priorités, découlant de leurs pratiques et de leurs impressions.

Il existe notamment un problème de lisibilité sur les actions de lutte contre le suicide qui ne sont pas bien identifiées dans la mise en œuvre du PRAPS.

Chaque type d'acteurs dispose le plus souvent de son public cible. Beaucoup d'acteurs prennent en charge les jeunes sur le champ de la prévention, d'où l'importance des actions financées sur cette tranche d'âge.

Les choix pour construire les projets d'action sont parfois plus liés aux partenariats existants entre les différents acteurs institutionnels. Les actions sont alors montées en réseaux. Les expériences de mise en réseau de partenaires ont été des réussites au travers de plusieurs exemples d'actions portées là où se situent des problèmes autour de populations spécifiques. Ces expériences montrent l'intérêt de partir des initiatives de terrain, à "aller vers" les gens pour repérer les risques et pouvoir faire de la prévention. Peuvent être ainsi cités deux exemples : celui de l'Unité Médico – Psycho – Sociale (UMPS) du CHU d'Angers accueillant de jeunes adultes, avec une action spécifique sur la problématique du travail ou celui de l'Unité Espace du CHU de Nantes accueillant des adolescents et travaillant avec le réseau local de prise en charge des adolescents.

2.5 Les acteurs de terrain ont des difficultés à repérer les personnes en crise suicidaire

Certaines populations à risque sont parfois difficiles à repérer, comme par exemple les hommes de 40-50 ans, en rupture professionnelle et/ou conjugale, avec addictions. La souffrance psychique n'est pas toujours clairement affichée par le patient. Les périodes de rupture, en général, ne sont pas toujours repérées et donc prises en considération par le système de santé.

Ainsi, les médecins généralistes, pourtant premier maillon du système de santé, ne sont pas toujours informés et en mesure de repérer les signes de souffrance psychique chez leurs patients.

Le repérage du suicide chez les personnes âgées s'avère généralement difficile pour les médecins généralistes.

2.6 De nouvelles populations à risque ont émergé ces dernières années

De nouvelles problématiques populationnelles ont émergé ces dernières années, depuis la mise en œuvre du PRS suicide :

- l'entourage familial et les survivants : comment prévenir la reproduction de l'acte chez les survivants ?
- la médiatisation des actes qui peut engendrer un phénomène d'imitation (notamment chez les jeunes ou les prévenus),
- le lien fort entre le taux de chômage et le suicide,
- la montée en puissance des troubles psychosociaux au travail,
- la vulnérabilité des minorités sexuelles face au risque suicidaire,
- et l'apparition de conduites suicidaires chez l'enfant dès le primaire.

Aujourd'hui, il apparaît que la tranche d'âge intermédiaire adulte est la plus touchée en terme de poids du suicide. Or la prise en charge de cette population n'était pas directement du ressort des DDASS et DRASS.

Au cours des investigations, un risque spécifique important a également été relevé chez les professionnels qui travaillent auprès de populations à risque. Il s'agit notamment des surveillants et directeurs d'établissement en milieu carcéral, des médecins généralistes, des policiers et des gendarmes...

2.7 Un besoin de cibler les populations et les actions sur des critères précis

Le contexte sociétal défavorable actuel qui se traduit par la dégradation des conditions de travail, la solitude, la perte des réseaux, le délitement social et familial complexifie les approches.

Les facteurs de risque sont de plus en plus complexes, intriqués, potentiellement nombreux.

Les acteurs de terrain souhaitent disposer d'indicateurs pour repérer et prioriser les risques. Deux types de critères sont cités : le niveau territorial et la notion de rupture.

Les populations - cible identifiables pourraient être les populations en situation de rupture ou de passage à une situation nouvelle génératrice de mal - être, dont la graduation peut conduire au passage à l'acte.

Ces situations ne sont cependant pas clairement identifiées par les acteurs.

2.8 Les actions d'information à destination de la population sont moins lisibles, moins cohérentes et moins pilotées qu'au début des années 2000

Au niveau régional, l'objectif était plutôt de cibler les publics et de mettre en place des actions de communication adaptées pour chacun d'entre eux. D'une façon générale, il y a eu cependant la volonté de favoriser la prise de conscience de l'importance du problème et d'apprendre à oser employer le mot « suicide ».

De nombreuses actions ont ainsi eu lieu, à l'initiative d'acteurs locaux et notamment des organismes de protection sociale, pour informer la population sur le suicide, visant à apporter des connaissances et à modifier la perception du public.

Ces actions ont été surtout nombreuses au début des années 2000. Elles étaient particulièrement visibles à l'occasion des journées nationales annuelles de prévention du suicide se tenant en février. Certaines initiatives locales ont émergé suite à ces journées : ainsi, en 2004, le Groupe Prévention Suicide (GPS) de la communauté de communes de Vallet a été créé dans un contexte où les élus locaux avaient été alarmés par des suicides sur leur territoire. Le GPS participe depuis sa création à de nombreuses manifestations collectives (forum d'associations, journée nationale de prévention du suicide...) et y témoigne de son expérience auprès de la population.

Dans ce cadre, il convient aussi de souligner l'important travail de diffusion des connaissances auprès des acteurs et des populations de l'Unité de Prévention du Suicide (UPS) du CHS Montbert, travail qui s'inscrit dans un réseau local fort de partenariat mis en place par cette unité avec les différents acteurs locaux.

Aujourd'hui, ce type d'actions se heurte à des problèmes à la fois de visibilité et de pilotage. Des conférences-débat sont organisées en fonction des bonnes volontés locales. Les acteurs de prévention se demandent s'il ne vaudrait pas mieux informer la population sur la notion de « bien être » plutôt que d'informer sur son versant négatif pathologique, qui va de la dépression jusqu'au suicide.

Cependant, par la mise en œuvre de ces nombreuses actions d'information, la population oserait aujourd'hui plus volontiers parler de suicide qu'auparavant, notamment en milieu rural. Le sujet était autrefois, aux dires notamment d'associations, plus tabou qu'aujourd'hui. Ainsi, actuellement se déroule une importante communication sur les risques liés au travail. On ose en parler. Les salariés hésiteraient moins à demander individuellement une aide psychologique.

3. UN CERTAIN NOMBRE DE DISPOSITIFS D'ECOUTE ET DE LUTTE CONTRE L'ISOLEMENT ONT ETE DEPLOYES AUPRES DE LA POPULATION DES PAYS DE LA LOIRE

Il était prévu en termes de prévention primaire dans les différents documents de planification consultés de mettre en œuvre des dispositifs d'aide généraux et de lutte contre l'isolement. Il s'agissait notamment de :

- développer des lieux d'accueil et d'écoute proches, accessibles, disponibles et visibles, notamment en faveur des adolescents et des jeunes adultes ;
- de créer des lieux d'aide et d'écoute spécifiques autour du suicide et de les faire connaître en tant que tels.

Cette forme de prévention s'adresse à des publics en situation de vulnérabilité ou de souffrance psychique et œuvre tant en termes de lutte contre l'isolement, que de prévention des conduites à risques. Elle s'inscrit dans une approche globale de promotion de la santé mentale, en aidant les publics à renforcer leurs compétences psychosociales et leur capacité à faire face dans des moments de vulnérabilité ou de crise.

L'écoute, dans ce cadre, ne s'entend pas comme un simple enregistrement des informations mais en tant que développement d'une qualité relationnelle entre l'écouter et l'écouter qui serait facteur de prévention en soi avec une approche centrée sur la personne.

Bien que la thématique du suicide ne soit pas affichée en tant qu'action portée, les fonctions d'accueil et d'écoute représentent une modalité de prévention du passage à l'acte suicidaire, mais également de repérage des risques suicidaires.

Le critère exploré par l'évaluation est celui de l'effectivité du développement de lieux d'accueil et d'écoute proches, accessibles, disponibles et visibles dans l'ensemble de la région.

La lecture des divers documents publiés sur le sujet a été complétée d'entretiens.

3.1 Les lieux d'accueil et d'écoute répondent à un besoin, mais leur efficacité est difficilement mesurable

De nombreux acteurs rencontrés, professionnels ou bénévoles, ont fait état d'un besoin de présence et d'écoute face à des expressions de mal-être et d'isolement en nombre croissant, d'autant plus prégnant en cette période de développement de la précarité sociale. C'est ce qui a conduit au développement de lieux d'accueil et d'écoute, notamment en faveur des jeunes, qui répondent à des besoins très variés comme des problématiques de stress, de déprime, d'orientations scolaires ou sociales, ou des difficultés psychologiques.

Dans tous les cas, l'efficacité de ce type d'actions est difficilement mesurable, notamment en termes d'impact sur la prévention du suicide.

Il pose également la question du rôle respectif des bénévoles et des professionnels (cf. 7.4.1).

3.2 L'offre d'accueil et d'écoute est relativement nombreuse et diversifiée, mais elle manque de lisibilité

Les dernières données disponibles recueillies sont celles d'un bilan de la DRASS datant de 2004-2005. Cette cartographie d'implantation des lieux d'écoute, jointe en ANNEXE 7, faisait apparaître leur inégale répartition en fonction des départements.

Toutefois ce bilan est maintenant assez ancien : certains opérateurs ont pu disparaître, de nouvelles structures, telles que les Maisons Départementales des Adolescents (MDA), ont été créées depuis.

Il y a une absence de visibilité sur les structures d'accueil et d'écoute. Il semble qu'il y ait beaucoup de points d'écoute, de nature très diverse (portés par les missions locales, les CHRS, les Permanences d'Accueil, d'Information et d'Orientation (PAIO), les MDA, différentes associations, dont c'est ou non la mission unique, notamment des centres de distribution alimentaire...), mais l'offre n'est pas lisible et pas toujours connue des professionnels.

Aucun interlocuteur n'est actuellement en capacité de les lister tous. Ainsi, l'absence de données disponibles n'a pas permis d'établir une cartographie exhaustive des dispositifs d'accueil et d'écoute sur la région dans le cadre de cette évaluation. Un travail spécifique de recherche serait nécessaire pour toutes les identifier.

Si le public visé par ce type d'actions est très large (toute personne qui se sentirait isolée ou qui serait en souffrance psychique), les points d'accueil et d'écoute concernent généralement spécifiquement un certain public : les jeunes, les victimes de violences, les personnes précaires, les toxicomanes, les malades et leurs proches, les personnes en rupture professionnelle, sociale ou familiale, les personnes victimes d'abus sexuels, les minorités sexuelles...

Il y a une grande diversité également du type d'offre proposée avec notamment la distinction entre les structures qui ne font que de l'accueil téléphonique sans face à face direct avec la personne, sous forme d'écoute anonyme, qui sont souvent des déclinaisons régionales, voire départementales, des associations nationales et celles qui font de l'accueil physique, qui sont souvent les plus difficiles à identifier.

Par ailleurs, les investigations font également ressortir des pratiques diverses en termes de modalités de fonctionnement qui ne sont pas toujours connues ni claires pour les usagers potentiels et encore moins pour les professionnels de santé, tant en ce qui concerne les possibilités d'accès (horaires d'ouverture au public et/ ou d'accès téléphonique, avec ou sans rendez-vous...) mais également les modalités d'action (un ou plusieurs entretiens, type de professionnels intervenant...).

3.3 Aucune stratégie de déploiement n'a pu être mise en évidence

Beaucoup d'actions sont menées sans que l'on puisse faire ressortir une stratégie de développement apparaissant dans la planification. Ainsi, si des actions d'intervention de psychologues en CHRS ou autres structures sociales ont été prévues dans le cadre du Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), elles ont été très dispersées. De même, pour la création des points d'accueil et d'écoute dans les missions locales, il est difficile d'identifier les critères qui ont prévalu à leur implantation ou non.

A cela s'ajoute le fait que ce type d'actions, en fonction de leur forme ou de leur porteur, bénéficie d'une diversité de financements, qui peuvent être pérennes ou non, et venir s'ajouter les uns aux autres. Ainsi, les actions d'écoute et de soutien psychologique peuvent bénéficier de diverses sources de subventions par : les services de l'Etat, les communes, les communautés urbaines, les conseils généraux, le conseil régional, le Centre National pour l'Aménagement des Structures des Exploitations Agricoles (CNASEA), la dotation des réseaux, l' Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), la Fondation de France, voire d'autres financements exceptionnels.

Les responsables des structures rencontrées regrettent la précarité de certains financements et souhaiteraient leur pérennisation par le biais de conventions pluriannuelles afin de stabiliser leur capacité d'action.

En ce qui concerne les financements accordés par l'Etat, le bilan de la DRASS 2004-2005 montre qu'il n'y avait pas de véritable corrélation entre les financements accordés et le nombre d'actions par département.

En termes de pilotage institutionnel de la mise en œuvre des actions, la répartition des rôles entre les secteurs social et sanitaire (notamment ARS/DRJSCS) n'est pas clairement établie car la frontière entre ce qui relève de la prise en charge sanitaire et de l'aspect accompagnement social est très ténue.

3.4 Des complémentarités sont à travailler

Le caractère essentiel du travail en réseau pluriprofessionnel, avec notamment un travail en partenariat entre les professionnels du soin et du secteur social est souligné, avec la richesse d'une complémentarité entre professionnels et bénévoles dans une démarche de prévention.

Ainsi, par exemple, dans le cadre du GPS de Vallet, les bénévoles sont supervisés par une psychologue. Les actions d'écoute et d'accompagnement sont réalisées par plus de 80 « sentinelles » dont 15 écoutants formés. Les bénévoles reçoivent à leur local associatif sur rendez-vous et ils se déplacent au domicile. Ensuite, ils passent le relais si besoin à leur psychologue, au secteur hospitalier ou à une assistante sociale du GPS.

En Mayenne, le Groupe d'Ecoute, de Rencontre et de Mise en Relation (GERME), au sein du collectif suicide Mayenne, quant à lui, fait de l'écoute, de l'accompagnement, de l'orientation et de l'aide à la rencontre. Il participe à la lutte contre l'isolement notamment par un dispositif de mise à disposition de veilleurs dans chaque commune, qui écoutent et donnent les informations pour que la personne puisse s'orienter vers des structures ou d'autres acteurs. Les veilleurs, qui sont des bénévoles associatifs, ne donnent pas de numéro d'appel téléphonique. Ils sont contactés suivant la connaissance qu'en a le public. Ce type de projet est adapté à un territoire peu dense, rural et manquant de professionnels de santé.

Les expériences de veilleurs ou de sentinelles sont différentes les unes des autres. Les fonctions de veille, d'écoute et de repérage sont clairement à définir. A la demande des autres acteurs rencontrés, un partage d'expérience et une évaluation de ces dispositifs serait utile. Ceci d'autant que tous les acteurs associatifs de la région n'ont pas été répertoriés, et n'ont pas été rencontrés par la mission d'évaluation. Ainsi, par exemple, un collectif prévention suicide a été créé en Maine-et-Loire. Chacune des 8 associations qui le composent proposent un espace d'écoute et de parole.

4. LES PROFESSIONNELS DE SANTE ONT GLOBALEMENT MODIFIE LEURS PRATIQUES GRACE AUX ACTIONS DE FORMATION

Il était prévu dans les différents documents de planification de développer les formations relatives au suicide et plus particulièrement :

- de s'appuyer sur la conférence de consensus sur la crise suicidaire de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) d'octobre 2000 ;
- de permettre à tout professionnel d'être acteur sur le champ de la prévention du suicide ;
- de décliner la formation de la Direction Générale de la Santé (DGS) dans une démarche de formation de formateurs ;
- de former les médecins et les professionnels de santé au repérage du risque suicidaire ;
- de former les équipes pluridisciplinaires référentes dans les établissements de santé.

La stratégie nationale d'actions face au suicide a comme postulat que le suicide est une cause de mortalité évitable. Elle défend le modèle de la crise suicidaire en tant que processus dynamique sur lequel il est possible d'intervenir. L'amélioration de la formation des

professionnels de santé et des autres acteurs en contact avec la population est donc nécessaire, afin de favoriser un meilleur dépistage des risques suicidaires et donc la prise en charge la plus précoce possible. La formation concerne ainsi tout type de personne qui peut, à son niveau, être un acteur de la prévention du suicide.

L'évaluation s'est concentrée, d'une part, sur la mise en œuvre des formations au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire et, d'autre part, plus spécifiquement, sur la situation de la formation des médecins généralistes. Elle s'est ensuite intéressée aux évolutions de pratiques professionnelles qu'ont pu engendrer le suivi de ces formations, bien qu'il puisse, à ce stade, être déjà précisé que le rôle de la formation dans les changements de pratiques est difficile à mesurer. Les résultats qui sont présentés ci-après relèvent donc du ressenti de personnes, professionnels ou bénévoles, qui ont été interrogées ou rencontrées.

La lecture des divers documents publiés sur le sujet, complétée d'entretiens, a été enrichie par la réalisation d'une enquête spécifique auprès d'un échantillon de personnes formées au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire (cf. ANNEXE 8).

4.1 Le dispositif spécifique de formation au repérage de la crise suicidaire a entretenu une réelle dynamique partenariale autour du suicide

Un des axes principaux du programme d'actions porté par la DGS a été le déploiement de formations à l'intervention en cas de crise suicidaire, avec la mise en place, à partir de 2001, de formations nationales de formateurs qui avaient vocation à être déployées ensuite, par l'intermédiaire de ces formateurs, dans le cadre des régions.

A partir de 2002, la DRASS des Pays de la Loire a donc organisé des formations pluridisciplinaires sur la crise suicidaire à destination des acteurs des différents champs sanitaire, social, éducatif et médico-social, à partir d'un pool de formateurs formés au niveau national.

Ces formations ont eu pour objectif l'appropriation, par les différents acteurs de terrain, des recommandations de la conférence de consensus de l'ANAES d'octobre 2000 « reconnaître et prendre en charge la crise suicidaire ».

Un dispositif spécifique de formation pour les personnels pénitentiaires et sanitaires en charge de la prévention chez les personnes détenues a été mis en place.

Après une année de transition en 2010 sans formation, l'ARS a repris l'organisation de l'ensemble de ces formations à partir de 2011. Le renforcement du repérage de la crise suicidaire chez les professionnels est inscrit comme l'un des objectifs de la feuille de route 2012 de la commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention, l'ARS avec la MSA et la DIRECCTE étant à l'animation de cette action.

4.1.1 Les formations au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire ont répondu aux besoins des acteurs des Pays de la Loire

Au vu des données transmises par l'ARS/DPSS, ce sont 95 sessions de formation qui ont été organisées en Pays de la Loire depuis 2002, dont 8 spécifiques pour le secteur gérontologique et 8 pour le milieu pénitentiaire. 1 306 personnes ont ainsi été formées au total sur la région.

Les profils des personnes formées au regard des fonctions qu'elles exercent sont assez diversifiés et couvrent l'ensemble des champs ciblés cités précédemment. Toutefois, plus du

tiers d'entre elles sont infirmier(e)s ou cadres infirmiers (37%), 10% sont assistant(e)s social(e)s et 9% psychologues.

Seulement 5% des participants sont médecins, dont plus de la moitié en provenance des établissements de santé, les autres appartenant pour la plupart à l'Education Nationale.

Par ailleurs, 5% des participants sont des bénévoles associatifs.

En ce qui concerne les employeurs ou structures de rattachement, un tiers des personnes formées en région travaillent dans un établissement de santé, 20% appartiennent à l'Education Nationale, près de 14% à une association et 9% au ministère de la justice. Plus marginalement, on note la participation de personnels de structures sociales et médico-sociales, des collectivités territoriales, des universités, de l'enseignement privé ou encore du ministère de l'intérieur...

Il faut souligner une particularité de la formation du secteur pénitentiaire qui a rendu obligatoire cette formation pour les surveillants, tout le personnel ayant vocation à être formé. En outre, ces formations sont intra-pénitentiaires et n'y participent donc que des personnes en charge des détenus, les professionnels de santé concernés, bien qu'invités, s'y associant peu. Depuis ces dernières années, l'administration pénitentiaire a repris en charge l'organisation de ces formations à destination des professionnels de son ressort.

Les formations au repérage de la crise suicidaire ont été spontanément citées par la plupart des personnes rencontrées impliquées dans la mise en œuvre des actions de prévention contre le suicide comme la principale réussite de la politique régionale. Elles sont d'ailleurs encore très demandées aujourd'hui.

Pourtant, après 10 ans de mise en œuvre, certains professionnels rencontrés, comme des représentants des médecins libéraux et certains professionnels hospitaliers, ignorent encore l'existence de ces formations.

4.1.2 Un impact des formations en termes d'évolution des pratiques professionnelles a été souligné par les personnes formées enquêtées ou rencontrées

Une enquête spécifique a été menée auprès de personnes formées afin de mieux évaluer l'impact de ces formations sur les pratiques professionnelles, dont les résultats sont présentés ci-dessous.

Methodologie

Cette enquête (grille figurant en ANNEXE 8) a été réalisée par voie électronique (via l'outil SOLEN), complétée par quelques envois papier, sur un échantillon de 109 personnes formées hors champ pénitentiaire (soit 10% des personnes formées), choisies de manière aléatoire avec une représentation de chaque année de formation (de 2002 à 2009), de chaque département d'origine (5 de la région) et de chaque catégorie professionnelle d'appartenance (à partir des dix codes formation d'identification).

33 personnes ont répondu à l'enquête, soit un taux de réponse de 32%.

Un quart des personnes n'ont pu être jointes (changement de poste et/ou d'employeur, départ en retraite ou changement d'adresse). Un tiers n'a pas répondu.

Chez les répondants, toutes les années de formation concernées et tous les départements sont représentés. En termes de statut, seuls les aides-soignants et les bénévoles ne sont pas représentés (qui sont plus particulièrement difficiles à retrouver).

100% des personnes se déclarent satisfaites ou très satisfaites de la formation qu'elles ont suivie.

Les trois quarts des personnes ayant répondu à l'enquête déclarent que la formation leur a permis d'améliorer leur capacité individuelle de repérage de la crise suicidaire et près de 85% leur capacité de prise en charge, d'orientation et/ou d'accompagnement.

Seule une personne répond que la formation ne lui a pas fait évoluer ses perceptions sur les comportements suicidaires, et une ses connaissances sur les comportements suicidaires.

Plus de 78% des personnes indiquent que la formation qu'elles ont suivie a fait évoluer leurs pratiques professionnelles. Ce score est élevé, d'autant plus si on le croise avec les réponses sur la réalité de la confrontation à une situation liée à un comportement suicidaire, à laquelle 87% des personnes disent avoir été confrontées depuis le suivi de la formation, pour la majorité auprès des jeunes.

Les trois quarts d'entre elles ont répondu s'être senties plus en capacité de gérer la situation qu'avant la formation, sachant qu'aucun des répondants n'a émis une réponse négative à cette question (autrement sans réponse).

Les changements les plus souvent mis en avant sont :

- le fait d'être plus à l'aise avec le sujet et, par conséquent, plus en capacité d'agir face à une personne en situation de crise,
- l'amélioration de la capacité à aborder le sujet avec les « patients » et à les questionner,
- une meilleure capacité de repérage des sujets à risque,
- et une meilleure évaluation du niveau de risque.

Toutefois, à la question de savoir s'ils se sentent suffisamment formés aujourd'hui pour pouvoir prendre en charge une personne avec un comportement suicidaire, les réponses sont très partagées : un quart des personnes ayant répondu considèrent que oui, mais la même proportion considère que non (un quart sont sans avis et un quart n'ont pas répondu à cette question). Ainsi, 75% des personnes interrogées ont émis le souhait de prolonger cette formation par un module complémentaire.

Les principales difficultés relatées dans la gestion d'une telle situation sont celle de faire accepter la nécessité d'une prise en charge lorsqu'elle est nécessaire et celle de trouver une solution de prise en charge (rendez-vous chez un médecin, recherche d'une place d'hospitalisation...). En outre, perdure toujours la crainte du passage à l'acte.

Seules 20% des personnes déclarent avoir contacté une personne ressource dont on leur avait parlé lors de la formation, et seulement un tiers des répondants estiment que la formation qu'ils ont suivie leur a permis de créer des liens avec d'autres acteurs sur le champ du suicide. La proximité des acteurs pourrait être cependant un critère de mise en œuvre des formations aux fins de créer une dynamique de territoire.

Les personnes formées rencontrées par ailleurs lors de l'évaluation ont souvent déclaré avoir changé leurs pratiques après avoir suivi la formation et soulignent notamment la prise de conscience (et la mise en pratique qui a donc suivie) de l'intérêt de travailler en interdisciplinaire. Par exemple en milieu scolaire (public ou privé), le travail qui se faisait uniquement par l'infirmière scolaire peut maintenant se faire avec l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'établissement. L'intérêt de l'approche pluriprofessionnelle est dorénavant reconnu.

Par ailleurs, les professionnels de santé rencontrés indiquent qu'ils sont davantage saisis lorsqu'il y a crise suicidaire, donc plus en amont, qu'autrefois (où ils n'intervenaient souvent qu'après passage à l'acte).

4.1.3 Une stratégie plus globale et une meilleure visibilité sur les formations au repérage de la crise suicidaire apparaissent nécessaires

De nombreux interlocuteurs rencontrés nous ont indiqué, qu'eux-mêmes ou d'autres personnes de leur connaissance ayant suivi la formation depuis 2002, se sont maintenant appropriés la formation et la dispensent à leurs pairs hors du cadre organisé de l'ARS, (champs des établissements de santé, des MDA, de l'enseignement privé...). Ces formations ne sont *a priori* ni recensées ni connues du niveau régional. Or, compte tenu des données chiffrées qui ont pu être évoquées, cela pourrait représenter un nombre de personnes formées plus importants même que celui recensé dans le cadre des formations labellisées et financées par la DRASS puis par l'ARS.

L'intérêt suscité par ces formations a donc conduit à ce qu'elles soient développées sous d'autres formes mais en ordre dispersé et, par ailleurs, complétées par d'autres : des formations au plus près des acteurs, et à leur demande, sont ainsi proposées par l'UPS du CHS Montbert.

Le panel des possibilités de formation a donc été enrichi, ouvrant ainsi l'opportunité à plus de personnes de pouvoir se former, sans que personne ne dispose d'une visibilité complète sur ce qui est fait.

Par ailleurs, les personnes qui ont été formées l'ont été plus au regard de l'expression d'un besoin individuel lié à la situation professionnelle ou à la structure d'appartenance, mais pas forcément au regard de priorités spécifiquement identifiées en fonction de facteurs de risque particuliers (interventions auprès de populations à risques ciblés, sur des territoires où la problématique est particulièrement prégnante, professionnels de proximité en contact quotidien...). Or, le nombre de personnes pouvant être formées étant déjà faible au regard du nombre de personnes qui devraient l'être, il aurait pu être pertinent d'avoir une politique plus ciblée au regard de critères de choix à définir. En outre, ce sont toujours les mêmes secteurs d'activités qui ont bénéficié de ces formations.

Certaines difficultés logistiques ont également pu être soulignées, comme le déroulement des formations au Mans pour la Mayenne, qui ont pu décourager certaines participations, et la difficulté à mobiliser des binômes, notamment sur les territoires précités. D'ailleurs, il est apparu difficile d'avoir une connaissance précise du pool de formateurs ayant officié depuis 2002 et celui encore mobilisable aujourd'hui.

4.2 Les médecins généralistes restent à mobiliser

Aucun médecin généraliste n'a été formé dans le cadre des formations organisées par la DRASS/ ARS.

L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Médecins considère que l'absence d'indemnisation est rédhitoire pour mobiliser les professionnels libéraux (le problème de la perte de salaire s'ajoutant alors à celui de la gestion de l'activité). D'ailleurs, ce problème ne concerne pas uniquement les médecins mais les libéraux d'une manière générale. En effet, seuls 5 professionnels de santé (3 psychologues et 2 infirmières) sur le total des 1 306 personnes formées sont identifiés comme appartenant au secteur libéral.

Il ressort pourtant des entretiens que si les médecins généralistes, médecins de première ligne, sont peu confrontés à des suicides accomplis dans leur clientèle, ils rencontrent beaucoup de patients ayant des idées suicidaires ou réalisant des tentatives de suicide. C'est encore plus le cas pour les psychiatres libéraux. Ils ne sont donc pas indifférents à cette thématique car elle questionne leur pratique professionnelle, vivant souvent ces événements comme des échecs.

Les médecins rencontrés indiquent que le sujet n'est pas forcément difficile à aborder lorsque le risque est identifié, mais qu'il est difficile de le détecter quand il n'y a pas de facteurs de risque apparents et que le patient n'en parle pas spontanément.

Une expérience menée par l'association Agir pour la Promotion de la Santé (APS), en partenariat avec l'IREPS a proposé pendant deux mois en 2006 à des médecins généralistes des Pays de la Loire d'exploiter le test TSTS-CAFARD lors d'une campagne de prévention, afin de systématiser le dépistage des adolescents en mal-être. 56 médecins ont participé à cette campagne d'utilisation de ce test de dépistage du mal-être des adolescents. Lors d'une évaluation, six mois après cette campagne, près de 50% des médecins généralistes disaient continuer d'utiliser le test, ce qui tend à démontrer son intérêt. Cette expérience a été arrêtée faute de financement. Ce travail a donné lieu à une thèse médicale.

Le problème principal souligné par les médecins rencontrés lors de cette évaluation est que, même pour un médecin généraliste formé et disposant de tests de dépistage, ce type de prise en charge est très chronophage car il faut, d'une part, questionner le patient et, d'autre part, parvenir à obtenir son adhésion. Or, les médecins généralistes ne sont pas suffisamment disponibles et ne sont pas forcément en capacité d'apporter la réponse immédiate souhaitable. L'absence de valorisation financière, en dehors du paiement à l'acte, pénalise ainsi leurs bonnes pratiques.

Un panel d'observation des conditions d'exercice en médecine générale, constitué de 450 médecins généralistes libéraux de la région (soit environ 10% du total) a été mis en place en 2007 par l'ORS et l'URPS médecins, sous la coordination nationale de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Une enquête a été réalisée à l'automne 2011, portant plus spécifiquement sur les pratiques et les perceptions des médecins sur la dépression et le suicide. De premiers résultats seront publiés courant 2012 (non disponibles au moment de la rédaction de ce rapport). Ils devraient apporter des éclairages sur le sujet et influencer sur les formations à proposer aux médecins généralistes.

Sur le plan de la formation initiale, la différence entre les médecins formés soit avant, soit après 2000, année de la conférence de consensus de l'ANAES, est soulignée par le milieu universitaire. Les médecins formés après 2000 bénéficient désormais tous d'un apport théorique sur le repérage et la prise en charge de la crise suicidaire. Les psychologues sont également potentiellement concernés par cet apport.

Cette conférence a défini les bases scientifiques communes et validées permettant le meilleur repérage possible des situations de crise et des interventions souhaitables en regard, qui ont été intégrées dans la formation initiale des médecins. La modification de l'approche lors de la formation initiale aurait donc eu un effet sur le mode de prise en charge du patient. Par ailleurs, les médecins en formation ont désormais conscience que les questions de santé mentale seront une problématique forte dans leur patientèle.

Il faut noter, en outre, que l'université de Nantes est la seule faculté en France à rendre obligatoire un stage en psychiatrie d'un mois pour les étudiants en médecine.

En ce qui concerne la formation continue des médecins, il est difficile d'avoir une vue d'ensemble sur ce qui est proposé.

Il ressort de tous les entretiens que c'est par l'intermédiaire des réunions d'informations dispensées par les laboratoires pharmaceutiques avec l'intervention d'experts que les médecins généralistes se sont le plus formés sur cette thématique (comme sur d'autres d'ailleurs).

Le Docteur Yebbal de l'UPS du CHS Montbert propose cependant un module de formation médicale continue sur le thème du suicide, en co-animation avec un médecin généraliste : ont ainsi été formés 80 médecins généralistes ; ainsi qu'un autre module plus générique sur les questions de santé mentale.

Si des groupes qualité se sont mis en place ces dernières années dans la région (exemple en Mayenne), la thématique des conduites suicidaires n'est pas apparue comme l'un des sujets abordés. Toutefois l'URPS Médecins a suggéré que cela puisse être le cas.

En conclusion, il est apparu au cours des entretiens que, si l'approche des médecins, mais aussi leur capacité de repérage de la crise suicidaire, sont en fait très liées à leur sensibilité personnelle, elles sont aussi très dépendantes de leur formation et donc très hétérogènes. Ainsi, l'expérience de Götland en Suède est souvent citée dans la littérature comme un exemple de ce que l'on peut faire pour prévenir le suicide en agissant sur la formation des médecins généralistes. Elle montre cependant qu'il faut mener une action continue sans relâcher ses efforts.

L'expérience de Götland

Un programme de formation et de soutien des médecins généralistes à la prise en charge de la dépression a été mis en place dans l'île suédoise de Götland (56 000 habitants) au début des années 1980.

Ce programme a notamment permis d'abaisser le taux de suicide sur l'île de 25 pour 100 000 habitants en 1982 à 7 pour 100 000 habitants en 1985.

Les représentants des médecins généralistes rencontrés soulignent tous que la formation des médecins généralistes doit donc être une priorité, plus largement même sur le repérage et l'évaluation de la dépression.

4.3 Les professionnels de la psychiatrie se sont fortement mobilisés autour d'un Diplôme Inter Universitaire

Le développement de la formation initiale et continue a été un des axes majeurs des actions portées par les acteurs en région. Des formations sur la prise en charge globale de la personne ont été proposées aux étudiants et aux professionnels.

Un Diplôme Inter Universitaire (DIU) de suicidologie intitulé « Etude et prise en charge des conduites suicidaires » organisé par les universités d'Angers, Brest, Nantes et Rennes, a été mis en place dès 1996 à destination des professionnels de santé et des psychologues, amenés à participer à la prise en charge de suicidants. Sont ainsi formés chaque année environ 40 étudiants, qui rédigent chacun un mémoire autour du suicide et participent à ce qu'on pourrait appeler un réseau de compagnonnage. Ainsi, les professionnels du champ de la santé mentale de la région sont particulièrement sensibilisés et formés. Ces mémoires, ancrés bien souvent

dans des réalités quotidiennes de travail, sont malheureusement peu diffusés et peu accessibles aux professionnels de santé de la région.

Un colloque interrégional sur la prévention du suicide et la promotion de la santé mentale s'est tenu à Nantes en septembre 2002, témoignant du foisonnement des initiatives auprès des professionnels au début des années 2000 et de la reconnaissance des Pays de la Loire en tant qu'acteur majeur sur le sujet.

4.4 La formation des bénévoles associatifs reste à positionner

L'ensemble des personnes interrogées dans le cadre des entretiens a souligné l'intérêt de la pluri-professionnalité de la formation, et l'intérêt des échanges entre professionnels, mais aussi entre professionnels et bénévoles. Toutefois, certaines des personnes rencontrées voient la présence conjointe de bénévoles et de professionnels comme une difficulté compte tenu des différences de niveaux d'intervention. Les difficultés que peuvent avoir les bénévoles pour prendre du recul vis-à-vis de leur vécu et de leur militantisme ont été également soulignées. Toutefois, la formation des bénévoles est justement considérée comme essentielle pour leur permettre une montée en compétence, afin d'intervenir efficacement auprès d'une personne pouvant avoir des idées suicidaires.

Axe 3 : Prise en charge des populations dépressives et suicidaires

5. LA PRISE EN CHARGE DES SUICIDANTS S'EST TRES NETTEMENT AMELIOREE DANS LE SECTEUR HOSPITALIER

Au-delà de la prise en charge somatique visant à garantir le pronostic vital, l'organisation d'une prise en charge spécifique des suicidants en milieu hospitalier vise à amorcer une prise en charge de fond et un suivi du patient, pour prévenir les récurrences notamment.

Il était prévu dans les différents documents de planification consultés (plus particulièrement les SROS II et III, dont le SROS psychiatrie) d'améliorer la prise en charge des suicidants dans les établissements de santé, et plus particulièrement :

- d'instituer des protocoles de prise en charge ;
- de créer des lieux spécifiques d'hospitalisation ;
- de mettre en place des équipes pluridisciplinaires référentes dans les établissements.

Les mesures suivantes sont évaluées ici de manière privilégiée :

- la délivrance d'un avis psychiatrique dans les 24 heures après l'admission,
- la création de lieux spécifiques de prise en charge,
- la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire comportant un référent identifié,
- l'organisation, en amont de la sortie, d'un rendez-vous avec un psychiatre ou un médecin traitant,
- et l'envoi systématique au médecin ou psychiatre traitant d'un compte-rendu et d'un courrier après une hospitalisation pour tentative de suicide.

Le bilan financier des mesures mises en œuvre au niveau des établissements de santé n'a pu être reconstitué, aucun suivi spécifique n'ayant été mis en place sur la thématique suicide.

Les entretiens menés lors de cette évaluation ont été enrichis par l'exploitation des données issues d'une enquête déclarative menée par la DPPS de l'ARS des Pays de Loire à l'été 2011 auprès de 20 établissements de santé de la région avec service d'urgence, ainsi que par la synthèse des audits cliniques réalisés en 2003-2004 sous l'égide de l'ANAES dans 9 établissements de la région et, enfin, par l'analyse des rapports de certification V2010 de la HAS disponibles en ligne. Les méthodologies relatives à ces enquêtes figurent en ANNEXE 9.

5.1 Des changements importants ont été réalisés au sein et par les établissements de santé

Dès le SROS II, il était prévu que tous les établissements de santé dotés d'un service d'urgence puissent se doter d'une organisation et de personnels formés pour assurer la prise en charge des suicidants.

5.1.1 Un bilan des réalisations considéré comme largement positif

L'absence de description des pratiques avant la mise en œuvre de la politique régionale rend malaisée une comparaison de type avant/ après. Néanmoins, quelles que soient les marges de progrès repérées sur certains items, la prise en charge des suicidants dans les établissements de santé a été profondément modifiée depuis 1998. Une réelle mobilisation a été observée dans les établissements de santé.

Les préconisations des SROS sont majoritairement respectées. Des initiatives ont parfois été développées par les établissements, en adaptant les préconisations nationales et régionales aux réalités de terrain.

Si elle ne concerne pas que la problématique suicidaire, la psychiatrie de liaison a pu constituer un atout majeur dans la prise en charge des suicidants aux urgences.

L'amélioration de la prise en charge des suicidants en milieu hospitalier est d'ailleurs perçue par la majorité des acteurs rencontrés comme l'une des principales réussites de la politique régionale de lutte contre le suicide. En 10-15 ans, la situation a connu des avancées majeures.

A titre d'exemples, ont été fréquemment cités :

- une évolution de la représentation des suicidants par les professionnels. Ainsi, a plusieurs fois été cité l'abandon de traitements douloureux des tentatives de suicide par intoxication, qui étaient censés dissuader de récidiver. Ces évolutions culturelles ont constitué une base pour le déploiement de la politique,
- la qualité de la prise en charge aux urgences,
- la mise en place d'entretiens spécifiques et le relais organisé vers la médecine de ville ou le CMP en sortie d'hospitalisation.

En regard, il faut considérer que la faible démographie des professionnels de santé mentale (médicaux ou paramédicaux) peut constituer un frein important dans le déploiement des recommandations en matière de lutte contre le suicide.

Il faut par ailleurs évoquer la place du secteur privé (établissements de santé MCO ou psychiatriques). Le principe de l'unité de lieu a prévalu dans la quasi-totalité des cas, déterminant une prise en charge des suicidants aux urgences dans le secteur public de manière très majoritaire.

Le suicide est une problématique que la plupart des établissements privés enquêtés ne prennent en principe pas en charge au-delà du somatique. Ils indiquent en majorité que la régulation ou le SMUR adressent directement ces patients vers l'établissement de santé public voisin. Pour autant, certains ont organisé la prise en charge (sur place ou par transfert dans un autre établissement) de ces patients, en particulier lorsqu'ils disposent de psychiatres et/ou de psychologues.

De fait, un examen des données issues du PMSI pour l'année 2010, indique que les tentatives de suicide hospitalisées dans les établissements privés lucratifs de la région avec service d'urgence représentent environ 0,3 % de l'ensemble des cas hospitalisés (15 séjours sur les 4666 recensés au niveau régional). En conséquence, dans le cadre de la présente évaluation, seuls les éléments de l'enquête ARS/DPPS concernant les établissements publics ont été retenus.

5.1.2 L'impact sur le taux de récurrence : des données a priori favorables, mais un effort de suivi à réaliser

Dans l'ensemble des dispositifs de lutte contre le suicide, la prévention des récurrences semble plus aisément mesurable que la prévention primaire : le public est mieux identifié, et l'on peut

à travers les systèmes d'information existants, reconstituer dans les grandes lignes les prises en charge, ainsi que les occurrences de récurrences si celles-ci donnent lieu à une hospitalisation.

L'exploitation des données du PMSI pour l'année 2010 réalisée dans le cadre de l'évaluation indique que le taux de ré-hospitalisation pour TS à 12 mois² s'établit à 12 %. Au niveau national, l'exploitation des données PMSI 2004 – 2007 par l'InVS³ aboutit à un taux de l'ordre de 14 %. Sur cet indicateur, la région présente donc un niveau proche de la moyenne nationale.

Le SROS II comportait un objectif de recueil de données sur le suicide dans les établissements de santé, à travers la création d'un registre anonymisé documentant le contexte de survenue. La mise en œuvre de cet objectif n'a pas été réalisée, comme cela a été souligné dans la première partie (axe 1).

Seuls la mise au point et le suivi au long cours d'un indicateur mesurant la récurrence des patients hospitalisés permettrait d'apporter une estimation fine de l'impact de la prise en charge hospitalière des suicidants.

5.2 Des lieux d'hospitalisation ont été créés mais les réalisations sont hétérogènes

L'objectif de créer des lieux d'hospitalisation spécifiques est d'offrir un cadre favorisant la prise en charge psychologique des suicidants. A noter que, dans les SROS II et III, la création d'unités spécifiques au sein des services de médecine était fonction du nombre de patients accueillis, sans qu'un ordre de grandeur soit déterminé. Le SROS III a inclus la possibilité d'une hospitalisation en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD).

90 % des établissements interrogés (18/20) dans le cadre de l'enquête de la DPPS indiquent que les patients admis aux urgences pour TS sont hospitalisés pour une prise en charge psychologique.

5.2.1 Des réalisations hétérogènes en matière d'unités spécialisées

Dans le cadre de l'enquête de la DPPS, 17 établissements publics avec service d'urgence (soit 85 %) indiquent assurer l'hospitalisation du patient suicidant suivant la répartition suivante :

- 13 en UHCD,
- 2 dans un service spécialisé en médecine (CH Ancenis, CHU Angers),
- et 2 en UHCD et/ou en unité spécialisée en service de médecine (CH Cholet, CH Laval).

A noter que, en Sarthe comme en Vendée, aucun établissement avec service d'urgence ne dispose d'une unité spécifique en médecine. Evoquée, la création d'une unité dédiée aux suicidants au CH de Laval n'a, *a priori*, pas été effective.

Outre ces établissements, une unité spécifique, à orientation pédiatrique, a été signalée au CH de Saint-Nazaire. Par ailleurs, d'autres unités auraient été créées dans des établissements ne disposant pas de services d'urgence.

² Part des patients pris en charge pour TS plus d'une fois en 12 mois parmi tous les patients pris en charge pour TS sur la même période

³ Cf. BEH n°47-48, pg 496

Enfin, des unités dédiées à la prise en charge des suicidants et/ou de problématiques connexes ont été créées dans les secteurs psychiatriques. Ainsi, l'unité Espace au CHU de Nantes ou l'UPS au CHS de Montbert. Le CHS du Maine-et-Loire (CESAME) participe par ailleurs au fonctionnement de l'UMPS du CHU d'Angers.

Le constat général est celui d'une grande hétérogénéité des unités :

- rattachées à un service d'urgence, de médecine ou de psychiatrie (sectorielle ou intersectorielle),
- aire de recrutement infra-départementale à régionale,
- prise en charge en hospitalisation complète ou en ambulatoire,
- à destination des enfants et adolescents, adolescents et jeunes adultes, population générale,
- unités spécifiques aux suicidants ou étendues aux personnes souffrant de troubles psychiques plus larges...

Le tableau présenté à l'ANNEXE 10, présentant trois dispositifs, illustre cette diversité. La motivation et le dynamisme, voire l'endurance des équipes et des personnalités portant le projet, ont une influence déterminante sur ses capacités de déploiement.

5.2.2 Une opinion majoritairement favorable aux unités spécialisées

L'enquête menée par la DPPS comportait également une question sur l'opportunité d'une prise en charge en unité spécialisée, libellée comme suit : « Estimez-vous nécessaire que la prise en charge soit systématiquement réalisée en unité spécifique d'hospitalisation ? »

59 % des établissements (13) répondent par l'affirmative (souhaitable ou nécessaire).

Ce que les acteurs attendent principalement de telles unités sont :

- l'amorce d'une prise en charge psychologique pour éviter que les suicidants, après 12 à 24 heures de surveillance toxicologique, rentrent chez eux sans qu'on ait pu agir véritablement sur les causes du geste suicidaire et éviter les récurrences,
- des locaux plus adaptés que dans les services de médecine, avec du personnel médical et paramédical mieux formé à la prise en charge des tentatives de suicide,
- un intérêt particulier pour les adolescents,
- une meilleure évaluation des situations,
- et une meilleure recherche d'articulations avec les acteurs extrahospitaliers (sous réserve d'une offre disponible).

L'évaluation de l'unité spécialisée d'accueil des suicidants adultes du CHU d'Angers (S. Fanello et al, 2005) avait mis en exergue que l'hospitalisation dans cette unité spécialisée était plus favorable qu'une hospitalisation dans des services de médecine non dédiés sur 5 critères de l'ANAES : premier entretien psychiatrique dans les 24 heures, confidentialité de l'entretien, au moins une seconde visite du psychiatre, entretien des proches avec le psychiatre et prise de rendez-vous avec un psychiatre (différence significative pour les patients sans suivi psychiatrique préalable).

Quels que soient les avantages d'une unité spécialisée, il a été mis en avant qu'elle devait s'inscrire dans un réseau, en étant un élément d'une filière comportant des alternatives de prise en charge. C'est le cas, notamment, de l'UMPS du CHU d'Angers et de l'Unité Espace du CHU de Nantes.

Toutefois, certains acteurs ne jugent pas toujours indispensable une prise en charge en unité spécialisée. La prise en charge en UHCD peut être suffisante, sous réserve que la prise en

charge psychiatrique puisse s'y faire dans les meilleurs délais et que les personnels formés soient en nombre suffisant.

5.2.3 Des durées d'hospitalisation plus courtes que les recommandations initiales

S'agissant de la durée d'hospitalisation, le SROS II préconisait une hospitalisation d'au moins 3 jours suite au passage à l'acte pour mettre en place l'évaluation, l'observation et l'orientation dans le cadre d'une prise en charge psychologique. Les données exploitées à partir du PMSI MCO 2010 révèlent que 70 % des séjours ont une durée inférieure à trois jours, 57 % de moins de 2 jours, 13% de moins d'une journée. A noter toutefois que le SROS III ne précisait plus de durée minimale, contrairement au SROS II.

L'introduction de la tarification à l'activité, le caractère non codant des diagnostics associés en matière de suicide et l'absence de valorisation des durées de séjour liées à cette prise en charge peuvent expliquer ces pratiques.

5.3 Des protocoles ont été mis en œuvre mais ne sont pas encore systématiques

5.3.1 Délivrance d'un avis psychiatrique sous 24 heures

Le SROS III préconisait l'émission d'un avis psychiatrique sous 24 heures. Il précisait que cet avis devait pouvoir être donné par l'équipe de liaison.

Dans le cadre de l'enquête de la DPPS, 75% des établissements (15/20) indiquent qu'un avis psychiatrique est délivré sous 24 heures. Les difficultés se concentrent essentiellement sur la Sarthe, où seul un des cinq établissements publics enquêtés répond de manière positive sur cet item. Sont mis en exergue, pour les quatre autres, l'éloignement du CHS et le manque de psychiatre sur place.

Il faut noter que, dans le cadre des audits cliniques organisés par l'ANAES (2003-2004), le critère C3 « Le patient a bénéficié d'un premier entretien avec un psychiatre dans les 24 heures qui ont suivi son admission ou à défaut dès que son état de conscience a permis la réalisation de l'entretien » était satisfait dans 86% des 229 dossiers exploités, 4 établissements sur les 9 audités la remplissant à 100 %.

Au total, si cette condition semble le plus souvent remplie, elle ne l'est pas systématiquement. La démographie des professionnels en psychiatrie et le degré de développement de la psychiatrie de liaison sont deux éléments importants à considérer. Des organisations ont parfois été adaptées au regard du contexte local, comme la mise en place d'un avis de première intention par un infirmier psychiatrique (avec la possibilité de faire appel au psychiatre en second lieu).

5.3.2 Organisation d'un rendez-vous dans un délai proche avec un psychiatre ou un médecin traitant

L'organisation d'un relais en sortie d'hospitalisation est un point crucial de la prise en charge des suicidants et de la prévention des récidives. L'organisation de la sortie semble le dispositif le plus fréquemment conforme aux dispositions des SROS au vu de l'enquête de la DPPS.

Dans le cadre de cette enquête, 19 établissements (95%) indiquent organiser pour le patient un rendez-vous dans un délai proche (délai non précisé dans l'enquête) avec un psychiatre ou un médecin traitant.

Les commentaires portés dans le cadre de l'audit clinique ANAES (2003-2004) manifestent que la prise de rendez-vous systématique ne faisait pas l'unanimité : la question du respect de la liberté et de la volonté des patients est clairement posée par certains intervenants. Même dans le cas où le rendez-vous est organisé, le constat assez largement partagé est celui d'une grande déperdition entre la sortie de l'établissement et la consultation effective.

Les pratiques s'étaient sur un éventail assez large, de la simple proposition au patient de coordonnées d'un psychiatre ou psychologue à une prise de rendez-vous doublée d'un rappel du patient, voire une information au médecin traitant s'il s'avère que le rendez-vous au CMP n'a pas été honoré. Entre deux, diverses modalités étaient proposées : consultations itératives aux urgences pour éviter la rupture entre sortie d'hospitalisation et consultation au CMP, consultation infirmière 8 jours après la sortie de l'hôpital, mise en place de fiches de sortie rappelant la date du rendez-vous, les coordonnées d'un psychiatre ou d'un psychologue...

Par ailleurs, il avait été pointé que certains patients optaient de manière privilégiée pour un rendez-vous en sortie d'hospitalisation avec leur médecin traitant en première intention, sans préjudice d'une orientation ultérieure vers un psychiatre. Un tel parcours peut être pertinent pour garantir un suivi dans le cas où la disponibilité des psychiatres et psychologues, en secteur public comme en secteur libéral, ne permet pas une réévaluation du patient dans un délai assez rapproché après la sortie d'hospitalisation.

En matière d'orientation, les psychiatres libéraux ont été moins souvent cités dans les entretiens que les structures de type CMP. Le critère de choix du médecin généraliste entre un confrère en libéral ou en CMP souvent avancé est le délai de rendez-vous, qui est parfois plus rapide en CMP.

L'organisation de la sortie, lorsqu'une hospitalisation en psychiatrie s'avère nécessaire, pose la question de l'articulation entre les établissements MCO et les CHS. La difficulté à trouver des places hors secteur, d'une part, et le temps pris par les procédures d'hospitalisation sous contrainte, d'autre part, ont pu être pointés. Plusieurs acteurs souhaiteraient une amélioration de la régulation de ces transferts. La prise en charge des suicidants peut être impactée par les difficultés, plus larges, d'articulation entre la psychiatrie et la médecine libérale.

En conclusion, la nécessité d'un suivi post-hospitalier, et donc un passage de relais avec les autres acteurs de la prise en charge, est quasi-unanimement reconnue, avec un délai cible pour un premier contact parfois fixé à 8-10 jours après l'hospitalisation.

Les interrogations éthiques d'une partie des professionnels, d'une part, et l'absence d'évaluation d'impact des ces différentes modalités sur le risque de récurrence à court ou moyen terme, d'autre part, ne permettent pas de trancher entre les différentes options.

L'ORS des Pays de la Loire, dans la version 2010 du baromètre Santé Jeunes (à paraître) met en exergue une évolution favorable du suivi post-hospitalier des 15-25 ans après hospitalisation pour tentative de suicide, la faiblesse des effectifs appelant cependant à une certaine prudence. L'ORS précise que des enquêtes ultérieures permettront ou non de confirmer cette tendance, pouvant refléter l'évolution des pratiques hospitalières, mais qu'il n'en reste pas moins que ces résultats constituent un signe encourageant.

5.3.3 Envoi d'un courrier et d'un compte rendu au médecin ou au psychiatre traitant

Dans l'enquête de la DPPS, tous les établissements indiquent adresser un compte-rendu d'hospitalisation et un courrier au médecin traitant ou au psychiatre référent alors que, dans le cadre des audits cliniques ANAES 2003-2004, ce critère n'était satisfait que dans 53% des 217 dossiers exploitables, à 100% dans deux des neuf établissements participant.

Dans le cadre des entretiens menés, il apparaît que ce principe n'est pas appliqué de manière systématique, ce que confirme un examen des rapports de certification V2010 de la HAS (sur les 37 activités situées dans les établissements ayant eu plus de 5 séjours avec TS en 2010, l'envoi du courrier aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires est totalement assuré dans 11 activités, en grande partie dans 7, et partiellement dans 19).

Ponctuellement, des améliorations ont pu être constatées dans certains établissements de santé sur ce critère par une clarification des responsabilités au sein du service (envoi du courrier incombant aux médecins ou au secrétariat du service). Entre autres initiatives complémentaires, on peut relever la mise en place de fiches de liaison ou la pratique de contacts téléphoniques avec le médecin traitant. En outre, certains médecins font la démarche de contacter le service des urgences pour connaître les circonstances de la TS, lorsqu'ils en ont connaissance.

5.4 Des équipes pluridisciplinaires ont été créées mais de façon souvent incomplètes

Les SROS préconisaient la prise en charge des suicidants par une équipe pluridisciplinaire formée (psychiatres, psychologues, infirmiers, assistants sociaux), qui devait comporter un référent identifié.

Dans le cadre de l'enquête de la DPPS, 18 établissements (90%) déclarent qu'une équipe pluridisciplinaire intervient auprès du suicidant. La lecture des précisions apportées par les établissements ne permet pas d'affirmer que, lorsqu'il y a une équipe pluridisciplinaire, sa composition est conforme à celle prescrite par les SROS (notamment en ce qui concerne les psychologues et assistants de service social).

Les entretiens menés ont permis de préciser que la pluridisciplinarité peut être apportée par une antenne du CHS implantée dans l'établissement (exemple en Sarthe) ou par les équipes de psychiatrie de liaison. La démographie des professionnels peut constituer un obstacle sérieux à la réalisation de cette condition.

En ce qui concerne la formation, sur 35 établissements de santé certifiés en V2010 par la HAS, 16 d'entre eux remplissaient complètement l'élément d'appréciation « les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire », 19 en grande partie, 30 partiellement et 6 pas du tout. Il s'agit ici de la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire, et pas exclusivement des suicidants. Dans cet échantillon d'établissements figurent 11 établissements regroupant 75 % des tentatives de suicide enregistrées dans le PMSI en 2010. On peut donc le juger représentatif du point de vue du phénomène suicidaire.

En ce qui concerne la présence d'un référent, seuls 55% des établissements (11/20) déclarent en disposer dans le cadre de l'enquête de la DPPS. Lors des audits cliniques réalisés par

l'ANAES en 2003-2004 dans 9 établissements de la région, il ressortait que le critère 12 « un professionnel référent a coordonné les évaluations et les décisions concernant le patient pendant toute la durée de son séjour » était satisfait dans 77% des cas.

Ce référent, comme il a été évoqué lors des entretiens, pourrait avoir un rôle d'interface privilégiée avec le médecin généraliste pour assurer le suivi des prises en charge. Lors des audits cliniques ANAES 2003-2004, le critère 16 « le professionnel référent s'est informé de la venue du patient au rendez-vous fixé à sa sortie et a pris les initiatives nécessaires en cas d'absence de celui-ci » était toutefois peu renseigné.

Un élément complémentaire vient éclairer cet item, issu des rapports de certification de la HAS : l'élément d'appréciation « L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients. » est, en ce qui concerne le risque suicidaire, complètement satisfait dans tous les établissements sauf un (qui est d'ailleurs le seul à être côté C sur le risque suicidaire – ANNEXE 9). C'est le seul élément d'appréciation à connaître un tel niveau pour les 71 activités concernées.

Au vu des éléments recueillis et exploités, la situation des établissements est en majorité satisfaisante pour ce critère. Les marges de progrès pouvant être identifiées concernent :

- la composition de l'équipe pluridisciplinaire qui pose notamment la question de la présence effective et du rôle de l'assistant de service social,
- la formation des personnels à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire, qui pourrait être développée davantage, en particulier dans les établissements accueillant régulièrement des tentatives de suicide,
- et la fonction de référent, rôle qui paraît sous-investi au vu des différentes sources exploitées. Si la fonction de coordination des soins autour du risque suicidaire apparaît bien assurée dans une large majorité d'établissements, l'identification du référent, lorsqu'elle fait défaut, permettrait sans doute d'améliorer le contact avec le patient et son entourage, voire – même si cette option est parfois discutée et comporte des limites de faisabilité – de sécuriser le suivi post-hospitalier du patient suicidant.

6. L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ENTOURAGE DES SUICIDANTS ET SUICIDES A ETE INSUFFISAMMENT DEVELOPPE DANS LA REGION

Il était prévu dans les différents documents de planification consultés :

- d'aider les proches des disparus
- de consolider l'action des associations intervenant dans l'accompagnement des familles et des proches.

L'évaluation s'est concentrée autour de l'accompagnement de l'entourage familial, ainsi que sur l'accompagnement de l'entourage institutionnel (pairs et professionnels).

La lecture des divers documents publiés sur le sujet a été complétée d'entretiens et de l'analyse des résultats de l'audit clinique de l'ANAES 2003-2004.

Les enjeux de l'accompagnement de l'entourage sont de plusieurs ordres :

- **Pour le suicidant** : aider l'entourage à acquérir des capacités pour prévenir une éventuelle récurrence. Les travaux de Brian Mishara (Québec) ont ainsi mis en évidence que l'accompagnement de l'entourage, quel que soit le type de soutien, permet de faire baisser de 20 à 25% les récurrences de tentative de suicide.
- **Pour l'entourage lui-même** : conforter l'entourage, notamment pour dénouer les phénomènes de culpabilité, et au-delà prévenir un risque de crise suicidaire parmi l'entourage, dans la mesure où le suicide d'un proche est un facteur identifié de risque suicidaire.

L'accompagnement de l'entourage est un élément de la postvention suite à un suicide, que le Professeur J-L. TERRA définit comme « *l'ensemble des actions pour la prise en charge des personnes qui ont vu la scène, assuré les secours, celles qui avaient noué une relation d'attachement avec cette personne (familles, amis, professionnels, bénévoles), et pour limiter le phénomène de contagion et d'imitation par suicide auprès des personnes vulnérables* ».

Si l'entourage familial semble la cible privilégiée de ce type d'actions, il convient d'avoir une approche plus large, intégrant l'entourage institutionnel, qu'il s'agisse des pairs ou des personnels des institutions (école, lieux de détention, institutions médico-sociales, lieux de travail...).

Enfin, il convient de souligner le rôle ambivalent de l'entourage dans la crise suicidaire : facteur de protection, il peut aussi constituer un facteur de risque ; ainsi, les recommandations de l'ANAES sur la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide prévoient que l'hospitalisation doit être la règle, tout particulièrement « en cas d'environnement extérieur jugé comme défavorable, voire délétère (maltraitance, abus sexuels), dont il convient de protéger le patient ». De même, l'entourage peut apporter des informations utiles à la prise en charge du suicidant, mais doit aussi bénéficier d'informations pour contribuer à l'amélioration de l'état du patient après son hospitalisation.

6.1 L'accompagnement de l'entourage familial a été mis en place de façon inégale en milieu hospitalier

L'audit clinique mené sous l'égide de l'ANAES en 2003-2004 dans 9 établissements de santé de la région comportait un critère : « Les proches du patient ont été reçus en entretien par le psychiatre au moins une fois pendant l'hospitalisation ». Il était satisfait dans 51% des 225 dossiers exploitables et satisfait à 100 % dans un seul établissement.

Les précisions apportées par les établissements fournissent des pistes sur les freins possibles au déploiement de ce type d'actions dans les établissements de santé. Parmi les motifs, figurent deux catégories plus particulièrement intéressantes : les motifs liés au parcours (changement d'établissement, sortie trop rapide) et les motifs liés aux professionnels eux-mêmes : manque ou absence de psychiatre, contraintes horaires de la psychiatrie de liaison (certains établissements ont confié aux infirmiers le contact avec la famille) ou absence d'habitude de contact avec l'entourage.

Les pistes d'amélioration envisagées à l'époque reposaient principalement :

- Sur la création ou l'extension d'unités spécifiques, la thèse médicale réalisée sur celle du CHU d'Angers par le Dr Lemeunier-Lelièvre-Gérain ayant mis en exergue une différence très significative entre ces unités et les autres services sur ce point,
- Sur l'inclusion du contact avec les familles dans les protocoles de prise en charge,
- Sur l'information de la famille de la possibilité d'un entretien,

- Sur le rappel aux équipes de cette possibilité, ainsi que sur l'existence d'associations spécialisées pouvant aider les endeuillés.

Il faut toutefois relever que plusieurs établissements ne considéraient pas cette question comme prioritaire ou doutaient des possibilités d'amélioration compte tenu de l'état de leurs effectifs.

En appui à ces résultats, il ressort que, selon les personnes rencontrées lors de cette évaluation, il n'y a pas eu de politique régionale très volontariste sur cette question.

Les initiatives identifiées dans le domaine hospitalier, bien que leur recensement ne soit pas exhaustif, et qu'elles s'inscrivaient dans un contexte assez favorable⁴, ne paraissent pas traduire un accompagnement systématique de l'entourage. Les établissements de santé ont plus ou moins pris des initiatives.

Les actions, d'une façon générale, ont plus porté sur l'entourage des suicidés que sur celui des suicidants. C'est ainsi que certains établissements organisent des groupes de parole/rencontre/soutien des personnes endeuillées. Le CHU d'Angers précise que les familles des patients sont vues et que l'endeuillé est soutenu, au moins ponctuellement.

L'UPS du CHS Montbert a toutefois développé, dès 2002, une consultation pour les familles confrontées à la crise suicidaire, les tentatives de suicide ou un deuil par suicide.

La place de l'entourage dans la prise en charge des mineurs a fait l'objet d'une réflexion particulière. Par exemple, l'unité Espace du CHU de Nantes assure systématiquement une rencontre avec les familles.

6.2 Les actions en dehors du cadre hospitalier ont été peu développées

L'un des psychiatres hospitaliers rencontrés a souligné l'importance du relais de l'hôpital par le secteur associatif en matière d'accompagnement de l'endeuillé.

S'agissant des suicidants, il convient de rappeler que l'hospitalisation ne prend en charge qu'une petite partie d'une crise suicidaire qui s'étend sur plusieurs mois et que, dans ce contexte, il importe de renforcer les capacités de l'entourage à aider le patient.

Trois types d'acteurs peuvent être évoqués : les acteurs associatifs, la médecine générale, et le cas particulier de l'accompagnement de l'entourage familial dans les établissements pénitentiaires.

Le rôle des CMP dans ce domaine, évoqué à plusieurs reprises lors des entretiens, n'a pas fait l'objet d'investigations particulières et n'est donc pas traité dans la présente évaluation. Une enquête spécifique pourrait améliorer la visibilité sur l'offre en faveur de l'entourage.

6.2.1 Acteurs associatifs : une offre tenue et inégalement répartie sur la région

L'examen des actions financées dans le cadre des appels à projet DRASS – Assurance Maladie, puis GRSP, sur la thématique du suicide aboutit à identifier un nombre très restreint d'actions spécifiquement et explicitement dédiées à l'entourage familial.

Ainsi, sur la base d'une sélection restreinte (et avec les limites qui caractérisent cet examen), 10% des actions ont été repérées comme visant l'entourage familial, dont 1/3 rattachables

⁴ Indicateur de certification V 2010 HAS sur l'accueil et l'accompagnement de l'entourage dans les établissements (pas spécifique au suicide) globalement favorable sur l'échantillon examiné.

sans équivoque à la postvention. Leur répartition est très inégale entre départements, le département de la Vendée n'étant pas concerné. Elles reposent sur un nombre très restreint de promoteurs. On peut citer Recherche et Rencontres, JALMALV en Loire-Atlantique, Soins Santé Angers et Environs, Re Vivre, Au cœur des flots en Maine-et-Loire, Sève et Racines en Mayenne, Familles rurales en Sarthe.

Il convient de noter, en ce qui concerne la Mayenne, que l'association Sève et Racines est membre d'un collectif associatif départemental de lutte contre le suicide et peut intervenir en appui sur tout le département. Le collectif bénéficie du support du CHS Montbert (bien que situé en Loire-Atlantique). En Sarthe, l'association « Familles rurales » est identifiée par le CH du Mans comme une ressource vers laquelle l'entourage peut être orienté.

Les délégations territoriales de l'ARS ont globalement bien identifié les forces, et surtout les faiblesses, de cette offre. Ainsi, il a été souligné que les actions dans ce domaine ne pouvaient pas être portées sans l'aide de promoteurs, mais que ceux-ci pouvaient faire particulièrement défaut en zone rurale. Un promoteur (Groupe Prévention du Suicide de la communauté de commune de Vallet), a commencé à investir ce champ, avec un appui en formation du CHS Montbert.

Les associations plus généralistes, de lutte contre l'isolement et le mal-être, qui n'interviennent pas en postvention, ont également conscience du rôle particulier de l'entourage dans ces problématiques. Plusieurs signalent d'ailleurs que les premiers contacts sont moins souvent avec la personne en souffrance qu'avec ses proches.

6.2.2 Médecine générale : des freins dans la démarche d'accompagnement

Les difficultés mises en avant par les médecins rencontrés sont de deux ordres :

- Certains patients mettent en avant le secret professionnel pour que le problème ne soit pas abordé avec l'entourage.
- L'accompagnement de l'entourage demande du temps, et a un coût. Il a pu être précisé que cette difficulté était parfois contournée en consacrant à l'entourage une consultation, tarifée, distincte de celle de la personne en crise suicidaire.

A noter que le pôle de santé pluriprofessionnel de Clisson envisage de monter, en collaboration avec l'UPS du CHS Montbert, un programme d'éducation thérapeutique pour les aidants de patients dépressifs, qui concernerait également l'état de crise suicidaire. L'idée de déployer des consultations avancées en santé mentale dans les maisons de santé pluriprofessionnelles, y compris au bénéfice des endeuillés et avec le médecin généraliste comme pivot, a pu être évoquée également lors d'un entretien.

6.2.3 Dans les établissements pénitentiaires : une organisation spécifique pour les détenus

Bien que cela ne dépende pas, sur ce point, de la politique régionale sanitaire, on relève que des dispositifs particuliers de postvention ont été mis en place dans les établissements pénitentiaires, tant au profit des familles, que des professionnels et des codétenus.

Quand une tentative de suicide ou un suicide surviennent, l'établissement pénitentiaire a l'obligation d'informer immédiatement la famille à laquelle est proposée une rencontre avec une personne du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP).

D'une manière générale, le lien entre les familles et l'administration pénitentiaire est décrit comme une préoccupation constante. Les maisons d'accueil des familles ont ainsi été dotées de boîtes aux lettres leur permettant de laisser des messages à l'attention du directeur sur leur

ressenti vis-à-vis de l'état psychologique du détenu. La mise en œuvre de ce dispositif est cependant jugée insatisfaisante pour l'instant, pour des raisons matérielles et d'accompagnement insuffisant du dispositif.

6.3 L'accompagnement de l'entourage institutionnel (professionnels notamment) est un enjeu à intégrer

Les CUMP (Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques) ont pu être mentionnées par certains interlocuteurs comme des acteurs de premier niveau lorsqu'un suicide survient dans une institution. Cette mention mérite d'être relativisée dans la mesure où, hormis le cas de certains départements, ces cellules n'interviennent pas pour des cas de suicide isolés.

Des risques psycho-sociaux particuliers ont été identifiés pour les personnels confrontés de manière récurrente à la souffrance d'autrui (« stress compassionnel »). Les équipes des structures de lutte contre le suicide (professionnels de santé mentale mais aussi bénévoles) sont en effet confrontées à une forte pression.

Sur la base de ces constats, l'unité Espace du CHU de Nantes est en train de mettre en place un travail de supervision des personnels. Dans certaines unités spécialisées, le principe est de favoriser la mutation des personnels lorsque ceux-ci expriment des souhaits de changement.

Certains bénévoles travaillant dans des associations spécialisées dans l'accompagnement des personnes en mal-être peuvent également éprouver des difficultés. Certaines associations ont développé des groupes d'échange de pratiques entre bénévoles, accompagnés par un psychologue. Ainsi, a été pointé le fait que les bénévoles rencontraient des problèmes d'épuisement professionnel et bénévoles de type « burn-out ».

Dans les établissements pénitentiaires, quand survient un suicide ou une tentative de suicide, les surveillants se voient systématiquement proposé un entretien avec un psychologue dans le cadre d'une consultation anonyme et gratuite. En outre, si se produisent deux suicides en moins de deux semaines, il y a obligation de mettre en place un groupe de parole. Par ailleurs, certaines unités hospitalières peuvent intervenir dans une maison d'arrêt suite à un suicide.

Axe 4 : Axes transversaux

7. LES DIFFERENTS DISPOSITIFS ET ACTEURS QUI ŒUVRENT CONTRE LE SUICIDE SONT INSUFFISAMMENT COORDONNES EN MATIERE DE PREVENTION, DE PRISE EN CHARGE ET DE PARTAGE DES CONNAISSANCES

Il était prévu dans les différents documents de planification consultés :

- d'informer et de sensibiliser, après les avoir repérés, les publics spécifiques du monde de la santé, de l'éducation, du travail social et du monde associatif, en organisant des échanges d'expériences et d'informations ;
- de créer au niveau régional une équipe-ressource sur le suicide pour centraliser et répercuter les informations et les initiatives ;
- de mettre en place et faire connaître des personnes et équipes- ressource référentes pour les professionnels et les personnes relais confrontés à des difficultés autour du suicide ;
- d'inciter au développement de réseaux transversaux interinstitutionnels et pluridisciplinaires.

La mobilisation des professionnels de santé (psychiatres universitaires, observatoire régional de santé, organismes de sécurité sociale notamment) a commencé dès les années 1990. Le programme régional de santé suicide lancé en 1998 a permis de fédérer au niveau régional et au niveau départemental les principaux acteurs concernés. Une dynamique régionale sur la communication autour du suicide et la formation des professionnels de santé, aidée par une dynamique nationale (conférence de consensus de l'ANAES, déclinaison des journées nationales de prévention du suicide...), a ainsi été entretenue tout le long de ces dernières années.

La lecture des divers documents publiés sur le sujet a été complétée d'entretiens et de l'organisation d'un « focus group » spécifique sur le sujet.

7.1 Le manque de lisibilité des acteurs œuvrant sur ce champ ne conduit pas toujours à l'orientation la plus adéquate

Les acteurs œuvrant sur le champ de la lutte contre le suicide sont nombreux et divers, mais ils ne sont recensés globalement nulle part. L'« offre » n'est ainsi pas lisible pour tous, à la fois sur la connaissance des acteurs et sur ce qu'ils font (périmètre d'activités, territoire d'actions, modalités d'intervention...).

Les travailleurs sociaux sont notamment très peu connus et mobilisés par les professionnels de santé. Certains acteurs, notamment de type associatif, sont même méconnus des autorités sanitaires elles-mêmes.

Il convient de noter qu'un répertoire régional des acteurs et structures- ressource avait été réalisé en 1999 dans le cadre du programme régional suicide. Beaucoup d'acteurs, qui avaient apprécié cet outil, regrettent qu'il n'ait pu être mis à jour depuis.

Le défaut de connaissance des professionnels entre eux est le premier frein à la possibilité des différents acteurs de coordonner leurs actions et peut expliquer leurs difficultés parfois, à délimiter leur propre périmètre d'actions au regard de ce que font les autres. La visibilité de ce que fait (ou ne fait pas) chaque acteur permettrait à chacun de se positionner (ou repositionner) sur le créneau d'activités sur lequel son intervention serait la plus pertinente, et pourrait être l'occasion de revoir le rôle de chacun.

En outre, la méconnaissance des différents dispositifs par les acteurs entraîne parfois des orientations moins pertinentes pour la meilleure prise en charge du patient.

Ainsi, en cas de risque ressenti par un professionnel ou un organisme d'écoute, la solution de l'hospitalisation est souvent le recours, alors que d'autres solutions seraient possibles en fonction du degré de gravité et/ou d'urgence. En outre, si l'ensemble des acteurs hospitaliers semblent mieux identifiés, il demeure que la porte d'entrée vers la prise en charge hospitalière demeure quasi-systématiquement les urgences, alors que d'autres voies sont possibles notamment en cas de crise suicidaire sans passage à l'acte (entrée directe vers les unités d'hospitalisation dédiées, entrée directe en psychiatrie...). Mais il est vrai que certaines plages horaires (nuit, weekend, jours fériés...) ne semblent pas offrir d'autres alternatives que le recours aux urgences hospitalières.

7.2 Des personnes-ressource sont bien identifiées malgré l'absence de création d'équipe-ressource régionale

C'est pour faciliter l'accès à cette connaissance qu'avait été prévue par les plans la création d'une équipe-ressource sur le suicide au niveau régional, chargée de centraliser et de répercuter les informations et les initiatives. Cette équipe n'a pas vu le jour en tant que telle en Pays de la Loire. Les Professeurs Garré et Venisse, qui ont été les premiers psychiatres à être formés dans le cadre des formations de formateurs DGS, ont été moteurs pour mobiliser les autres psychiatres. Ils ont joué un rôle de référent auprès des personnes qu'ils ont formées.

Par contre, sont assez bien identifiées, par la plupart des acteurs rencontrés, des personnes-ressource sur cette question. Ces acteurs-ressource sont cependant de profil variable, en fonction des territoires (le plus souvent le psychiatre de référence du centre hospitalier voisin), du positionnement de l'interlocuteur (acteur de prévention/de prise en charge...) ou de son champ d'action (jeunes...). De même, sont assez bien identifiés certains lieux-ressource (telle que la Maison des Adolescents...).

Pourtant, des doutes persistent quant à la réalité du recours à ces acteurs-ressource au vu des résultats de l'enquête auprès des personnes formées, puisque seules 20% des personnes ayant répondu déclarent avoir contacté une personne - ressource, dont on lui avait parlé lors de la formation, depuis le déroulement de celle - ci. La place de ces acteurs - ressource existants reste à valoriser.

7.3 L'articulation est difficile entre le médecin généraliste et les autres intervenants, notamment les psychiatres

Les représentants des médecins indiquent que les médecins généralistes estiment souvent compliqué d'avoir un contact avec les psychiatres, y compris avec celui du CMP, et que

l'adressage du patient est souvent trop long. Pour ces représentants, il convient de faire la promotion de ce que propose la récente convention médicale de juillet 2011, à savoir la possibilité pour un médecin traitant d'avoir accès à une consultation psychiatrique d'urgence dans les 48 heures auprès d'un psychiatre libéral (cotation de 1.5 CNPSY). Il faudrait ainsi informer, d'une part, les médecins généralistes qu'ils peuvent y recourir, et d'autre part, les psychiatres, afin qu'ils dégagent des plages horaires disponibles dans leur emploi du temps pour la prise en charge des urgences.

Les psychiatres ne sont pas en mesure de faire un retour systématique d'informations aux médecins généralistes, que ce soit par écrit ou même par téléphone. De ce fait, le médecin traitant se sent souvent dessaisi de la prise en charge psychiatrique alors que l'articulation psychiatres/médecins généralistes est indispensable pour améliorer le travail de repérage et d'adressage des patients.

Quant aux relations avec les services hospitaliers (hors urgences - la question des urgences ayant été traitée dans la partie précédente), les professionnels rencontrés ont quasiment tous décrits la relation avec le médecin traitant comme existante en fonction de la situation, et surtout en fonction de l'implication du médecin traitant lui-même. Ainsi, si le médecin généraliste a été directement à l'origine de la venue de la personne, notamment s'il s'agit d'un jeune, les services hospitaliers essaient de lui rendre compte de la prise en charge. Autrement ceux-ci indiquent que ce n'est pas leur correspondant privilégié, notamment dans l'urgence.

L'articulation du médecin généraliste avec les autres intervenants, notamment les psychiatres, est toujours vécue comme difficile. Ainsi, même s'il est reconnu par les autres acteurs comme l'interlocuteur privilégié du patient, le lien n'est pas systématiquement fait avec lui et à l'inverse, ses modalités d'adressage vers les autres professionnels ne sont pas non plus « fluides ». L'articulation entre le monde hospitalier et les professionnels ambulatoires reste globalement à trouver.

7.4 Le rôle et la place de certains acteurs restent à définir

7.4.1 La place des acteurs associatifs

Ils sont très nombreux à œuvrer directement ou indirectement sur ce champ, notamment avec les dispositifs d'écoute, sans qu'ils soient toujours bien identifiés. De nombreux professionnels de santé ne comprennent pas ce que peuvent apporter des bénévoles en ce domaine alors que, pour d'autres, ces derniers sont indispensables. Ils auraient notamment un rôle moteur pour créer une dynamique territoriale ou pourraient relayer des professionnels dans leur lutte contre l'isolement social, surtout quand les professionnels font défaut (exemple en Mayenne). Mais tout ceci n'est réalisable que si chacun connaît bien sa place et qu'une complémentarité professionnels/bénévoles est effectivement recherchée. En effet, le risque de dérive est présent (abus de faiblesse...) mais sans aller jusque là, le caractère par nature non professionnel de l'action bénévole peut être un risque face à une personne en souffrance. C'est pour cela que le caractère indispensable de la formation de tous les intervenants associatifs a été largement souligné.

7.4.2 La place des psychologues

Cette place n'est pas clairement identifiée, que ce soit pour la population ou pour les médecins généralistes. Les psychiatres et les psychologues peuvent être considérés par certains comme étant sur le même créneau d'intervention, à des degrés divers. Les psychiatres seraient plus volontiers positionnés sur le champ de la psychiatrie et les psychologues sur celui de la souffrance psychique. Le critère de choix du patient ou d'adressage par le médecin généraliste est souvent celui du coût (remboursement). La différence de culture fait que médecins généralistes et psychologues échangent peu entre eux. La problématique du secret médical a souvent également été mise en avant.

Les secteurs de psychiatrie, l'enseignement privé ou les conseils généraux ont défini la place et les missions de leurs psychologues. Cette réflexion reste à mener dans d'autres secteurs pour éviter le recours systématique aux psychiatres ou pallier leur absence.

7.5 L'absence de réseau de santé n'a pas empêché la naissance de dynamiques locales

Le ressenti largement exprimé est le manque de coordination naturelle des acteurs. Les professionnels travaillent ensemble parce qu'ils ont appris à se connaître. Or il n'y a pas eu suffisamment d'actions impulsées au niveau régional pour favoriser les rencontres entre les acteurs.

Beaucoup expriment, qu'en dehors des réunions organisées par des laboratoires pharmaceutiques, il y a peu d'occasion de rencontres collectives formalisées afin qu'ils puissent échanger et se connaître. Il y a eu essentiellement les formations au repérage de la crise suicidaire. Or, l'enquête menée auprès des personnes formées dans le cadre de l'évaluation fait ressortir que la création de liens entre acteurs n'a pas toujours fonctionné. En effet, seul 1/3 des personnes ayant répondu à l'enquête estiment que la formation leur a permis de créer des liens avec d'autres acteurs sur le champ du suicide.

Alors que c'était un des objectifs des plans, aucun réseau institutionnalisé, dont le rôle pouvait être justement de porter cette coordination, n'a été créé en Pays de la Loire sur cette thématique. Seul existe, depuis 2005, le réseau REPERES 44 qui a permis de mettre en lien les différentes structures s'occupant du suicide (UPS, unité Espace, Associations Recherche et Rencontre, SOS amitié, MDA...). Ce réseau est resté informel du fait de l'absence de moyens dédiés. Il permet toutefois de réaliser 3 à 4 réunions cliniques par an, avec diffusion d'informations. La question de réseaux thématiques est interrogée avec la réorientation nationale et régionale de la politique des réseaux.

La politique régionale, qui n'a donc pas abouti au développement de réseaux sur la question du suicide, n'a pas non plus développé d'actions permettant des temps d'échanges entre professionnels, afin de dépasser les relations interpersonnelles.

Pourtant l'expérience de certaines initiatives de terrain montre que, lorsqu'on crée ces opportunités de rencontres et d'échanges, cela permet de créer une dynamique d'acteurs entre tous types d'intervenants, professionnels ou non. Les actions portées par le GERME au Pays de l'Ernée ou celles du GPS de la communauté de communes de Vallet sont, à ce titre, exemplaires. C'est en ce sens également que l'UPS du CHS Montbert organise des réunions associant différents intervenants locaux (médecins généralistes, élus, infirmières scolaires...). De même, lorsqu'elle intervient auprès d'acteurs d'un territoire, elle veille à toujours faire le lien avec les professionnels de santé locaux. L'IREPS a également organisé des rencontres autour d'échanges de pratiques sur ce thème. En Maine-et-Loire, un collectif « Prévention

suicide », soutenu notamment par la mairie d'Angers, s'est créé pour renforcer les liens entre acteurs associatifs.

Mais certains acteurs ont souligné que si l'on veut instituer des coordinations inter-professionnelles incluant du lien avec des acteurs hors champ de la santé, il convient de prévoir des financements pour prendre en charge les temps de réunion.

Par ailleurs, a pu être avancée en tant que piste de réflexion la formation au travail en réseau autour de la prise en charge des personnes en crise suicidaire.

Les coordinations locales, pour bien fonctionner, ont été décrites comme devant mobiliser deux types d'acteurs :

- des acteurs, porte d'entrée de la prise en charge de la personne présentant des idées suicidaires, partageant un même milieu de vie ou professionnel ; Professionnels ou associatifs, ils peuvent alors s'appuyer sur un réseau identifié d'acteurs pour orienter la personne suicidaire ;
- des acteurs, professionnels ou institutionnels (élus locaux, MDA, CLIC, secteurs de psychiatrie...), qui impulsent une dynamique d'échange et de rencontres entre acteurs sur une base territoriale de proximité autour d'une population plus ou moins ciblée. Ce mode de fonctionnement peut aboutir par exemple à la création d'un collectif santé ou être à l'origine de l'élaboration d'un contrat local de santé, avec éventuellement la mise en place d'un comité local de santé mentale.

7.6 Les coordinations institutionnelles sont à améliorer

Un certain nombre d'acteurs ont souligné également le manque de coordination au niveau des institutions en charge de la politique de lutte contre le suicide, en posant le constat que, aujourd'hui, chaque institution a son programme (ARS, Directions de la cohésion sociale, Education Nationale, Ministère du Travail...). Il conviendrait de rechercher la complémentarité des interventions des différentes administrations intervenant sur ce champ voire la mise en cohérence, d'autant plus nécessaire en période de raréfaction des moyens.

Les acteurs regrettent le manque de pilotage (notamment régional), qui n'est pas visible pour la plupart d'entre eux, et dont le rôle pourrait justement être d'impulser des temps d'échange entre professionnels et de valoriser les initiatives de terrain fructueuses en termes de coordination, ce dont les professionnels ont besoin.

Par ailleurs, si des partenariats plus ou moins formalisés ont pu exister au niveau de certains départements, ils ont aujourd'hui disparu et certaines dynamiques sont, de ce fait, retombées. L'objet des coordinations départementales relancées il y a quelques mois par certaines délégations territoriales de l'ARS n'est pas clairement précisé.

Les trois niveaux potentiels d'articulation et de coordination des acteurs entre eux ne sont pas encore bien circonscrits et définis :

- coordination locale de proximité, niveau le plus souvent plébiscité par les acteurs rencontrés ;
- coordination départementale, au niveau du territoire de santé ;
- et coordination régionale.

Un essoufflement de l'organisation régionale et départementale a pu être relevé. Les acteurs de terrain se sentent plus isolés et leurs actions sont moins visibles.

8. LES INEGALITES TERRITORIALES ONT ETE PEU PRISES EN COMPTE ET DONC PEU CORRIGÉES

Les divers documents de planification consultés n'ont pas affiché comme objectifs prioritaires de réduire d'éventuelles inégalités territoriales. D'ailleurs celles-ci n'ont été que progressivement affichées :

- Le PRS Suicide et tentative de suicide 1998-2002, s'il rappelait la position défavorable de la région par rapport à la situation nationale, n'affichait pas de données départementales sur le phénomène, et ne pointait donc pas l'inégalité des situations épidémiologiques. La diversité des situations était toutefois déjà identifiée. En effet, le PRS Suicide visait l'étude réalisée en 1996 par l'ORS avec le concours des services régionaux de l'Assurance Maladie, qui mettait en évidence l'hétérogénéité des situations départementales en terme de mortalité par suicide (ampleur, précision par âge, par sexe et par distinction zone rurale/ zone urbaine). Des données reconstituées par la mission d'évaluation et montrant les inégalités territoriales pour l'année 1999 figurent au tableau page 20.

- Le SROS II et le SROS psychiatrie (1999-2004) ne mentionnaient pas d'inégalités infra-régionales.

- C'est à partir de l'actualisation du PRS suicide de novembre 2001 que l'on commence à voir apparaître des précisions de niveau infrarégional sur le suicide dans les documents de programmation. Ce document positionnait l'importance relative du suicide en fonction des départements (en référence à l'enquête réalisée par l'ORS en 1996), en distinguant deux départements particulièrement concernés (Sarthe et Mayenne), deux départements dans une situation intermédiaire (Maine-et-Loire et Loire-Atlantique) et un département a priori moins touché (Vendée). Signe, peut être, d'une préoccupation nouvelle pour une approche infrarégionale, ce document pointait d'ailleurs, en ce qui concerne l'organisation des soins, que *« la prise en compte de cette problématique s'effectue de manière inégale dans les cinq 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. »*

- Le PRSP pointait la situation particulière de la Mayenne et de la Sarthe, sans précision pour les autres départements.

- Le SROS III est allé au-delà en termes de précisions : il comportait un diagnostic par territoire de santé, adossé aux données du tableau de bord « la santé observée » réalisé par l'ORS (édition avril 2005). Trois territoires de santé étaient, dans ce cadre, visés comme présentant les surmortalités par suicide les plus élevées par rapport à la moyenne nationale : Le Mans (+68%), Châteaubriant (+62%) et Challans (+60%). Le territoire de Mayenne arrivait en quatrième position (+57 %).

Les territoires de santé constituant le cadre d'action du SROS III, il était logique que les données soient affichées à cette échelle. Il n'en reste pas moins que c'est le seul document de programmation, sur la période, qui comporte des données infra-départementales sur le suicide.

En conclusion, les documents de programmation régionaux ont rappelé de manière constante la situation défavorable de la région en termes de mortalité par suicide, cet indicateur ayant été le seul à être mobilisé dans les documents sur la période. C'est à partir de 2001 que les différences infrarégionales ont commencé à être affichées, avec des degrés de précision divers, les diagnostics territoriaux du SROS III constituant sans doute le document le plus abouti de ce point de vue.

La lecture des divers documents publiés sur le sujet a été complétée par des entretiens, notamment avec les délégations territoriales de l'ARS, et par l'analyse territoriale des actions de formation et des financements des actions de santé publique contre le suicide.

8.1 Aucun territoire prioritaire n'a été explicitement visé

Aucun des documents de planification examinés n'identifie, ni n'affiche, de territoires prioritaires en termes de développement d'actions, même si le PRSP, par exemple, comportait un principe général d'égalité d'accès à la prévention et aux soins.

Si les SROS affichent des actions ciblées sur certains territoires (identifiées sur le suicide ou renvoyant plus largement sur le déploiement de la psychiatrie de liaison), il n'y a pas de corrélation évidente entre les territoires ciblés et la prévalence de la mortalité par suicide : ainsi dans le SROS III, l'organisation de la prise en charge des suicidants n'est explicitement visée que dans le territoire de recours d'Angers.

Pointant le décalage entre le déploiement d'actions sur le suicide et la réalité épidémiologique, l'actualisation du PRS suicide 1998-2002 en novembre 2001 prévoyait des objectifs spécifiques pour les établissements de santé et invitait à les déployer dans le cadre de la contractualisation entre l'ARH et ces établissements. Les investigations menées dans le cadre de la présente évaluation n'ont pas permis de vérifier la mise en œuvre de ces propositions.

En conclusion, les documents de programmation de la lutte contre le suicide n'ont pas affiché de territoires prioritaires, mais ont pu promouvoir certaines actions autour d'établissements de santé (notamment de coopération ou de créations d'unités spécifiques). Mais le lien entre la localisation de ces actions et la réalité épidémiologique ne va pas toujours de soi.

8.2 Des actions différenciées entre territoires ont cependant été déployées

L'absence de définition de territoires prioritaires dans les documents de programmation ne signifie pas nécessairement que la politique de lutte contre le suicide ait été déployée de manière uniforme dans la région. Les acteurs régionaux rencontrés ont ainsi mis en exergue que des efforts avaient été faits pour prioriser les territoires les plus concernés, tout en précisant que la fragilité de certaines données ne permettait pas forcément d'asseoir des politiques différenciées.

8.3 La dynamique d'actions est plutôt liée au contexte territorial

On peut formuler l'hypothèse que les différences dans la mise en œuvre de la politique ont pu dépendre en grande partie de l'animation départementale sur ce thème.

Il a été rappelé que, dans le cadre du PRS suicide 1998-2002, des comités de pilotage départementaux avaient été mis en place, certains étant signalés comme ayant fait preuve d'un dynamisme fort (exemple du Maine-et-Loire). Un pilotage départemental identifié sur la lutte contre le suicide semble toutefois avoir été très spécifique à ce PRS suicide. Sur toute la période 1998-2010, en matière de politique de prévention (PRS suicide et PRSP), il a été rappelé que le cadre politique était posé au niveau régional mais que les échelons départementaux, à travers l'instruction des dossiers dans le cadre des appels à projets, disposaient d'une latitude dans le choix des actions sélectionnées.

Au-delà de ces aspects organisationnels, certains acteurs institutionnels ont, plus que d'autres, investi la thématique du suicide. En Mayenne, le Docteur Vegas, médecin inspecteur à la DDASS, a ainsi documenté le sujet de manière très approfondie. Le plan d'actions triennal 2001-2003 de la DDASS 53 comportait une fiche-action dédiée à la thématique suicide. Quant à lui, le département de la Vendée était pionnier dans le déploiement de formations dédiées aux suicides, qu'il avait initié avant même que la dynamique ne se lance en région Pays de la Loire. La Vendée avait également élaboré un programme départemental ciblé : la charte départementale de la Vendée « La prévention du suicide chez les jeunes », qui a contribué à lancer une dynamique sur ce thème.

Cependant, comme il a été rappelé à plusieurs reprises par les interlocuteurs rencontrés, le déploiement effectif d'actions de lutte contre le suicide dépend fortement du réseau d'acteurs sur lequel les autorités sanitaires peuvent s'appuyer. L'exemple souvent cité est celui des territoires ruraux, que les facteurs d'isolement peuvent rendre plus sensibles en termes de risque suicidaire, mais où les porteurs de projet peuvent manquer. De même, les ressources en professionnels et en bénévoles peuvent constituer un levier (exemple de la Mayenne, où des associations sont mobilisées de longue date dans la prévention du suicide), ou alors un frein (exemple du déficit de psychiatres en Sarthe, qui fait échec aux préconisations du SROS sur l'examen psychiatrique sous 24 heures de tout suicidant admis aux urgences). Enfin, il peut manquer d'opérateurs pour un type d'action donné (exemple de la prise en charge de l'entourage en Vendée).

En ce qui concerne les établissements de santé, la mise en œuvre du SROS III s'est traduite par la définition de Projets Médicaux de Territoires (PMT) au sein des conférences sanitaires de territoires. Le contenu des PMT n'a pas été étudié dans le cadre de cette évaluation, mais on ne peut pas exclure que certains territoires de santé aient organisé des réponses spécifiques pour la prise en charge de la crise suicidaire, par exemple en termes d'articulation entre établissements MCO et secteurs psychiatriques.

Ainsi, la mise en œuvre sur le terrain n'a pas été uniforme, en lien avec les contextes départementaux en termes de portage, d'existence de ressources partenariales et de dynamique des acteurs de terrain sur la question.

Deux exemples sont proposés ci-dessous pour illustrer cette diversité.

8.3.1 Un premier exemple : les actions de formation

La DPPS de l'ARS a dressé un bilan des formations au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire menées en Pays de la Loire de 2002 à 2011. Le tableau ci-après, portant sur les 1 306 personnes formées, retrace la répartition des participants par origine géographique et les met en regard de données démographiques et épidémiologiques.

	Nombre de participants 2002-2011	Part de chaque département 2002-2011	Part de chaque département 2002-2005	Part de chaque département 2006-2011	% de la population régionale 25-59 ans (d'après estimation INSEE pour 2010)	% des décès par suicide de la région (cumul 1998-2008 – source INSEE)	Tx de mortalité par suicide (1999) pour 100 000 habitants
Loire-Atlantique	603	46%	52%	31%	37%	32 %	17,36
Maine-et-Loire	183	14%	17%	5%	22%	20 %	18,55
Mayenne	149	11%	10%	14%	8%	10 %	28,73
Sarthe	191	15%	9%	30%	16%	21 %	31,33
Vendée	180	14%	11%	20%	18%	16 %	20,75
Région	1 306	100%	100%	100%	100%	100%	21,50

Sur la période 2002-2011, la très forte représentation des personnes issues de Loire Atlantique est le premier élément marquant de ce tableau, leur poids relatif étant plus important que le poids démographique du département, et sans relation avec l'ampleur du phénomène suicidaire mesuré par le taux de mortalité. A l'inverse, le Maine et Loire apparaît relativement sous-représenté par rapport à son poids démographique. La Mayenne et la Sarthe, pourtant identifiés comme les départements présentant les taux de mortalité par suicide les plus largement supérieurs à la moyenne nationale, n'apparaissent pas particulièrement surreprésentés dans les formations, la part des personnes formées correspondant globalement (à $\pm 1-3$ %) au poids démographique de ces départements.

Cependant, une présentation globalisée ne rend pas compte des évolutions sur la période. Les pilotes régionaux de la politique ont indiqué qu'ils s'étaient efforcés de privilégier les formations pour les départements présentant les plus forts taux de suicide.

De fait, on observe une distribution par département différente entre les périodes 2002-2005 et 2006-2011⁵. Une évolution s'est opérée en faveur de la Mayenne (+ 4 points), de la Sarthe (+21 points) et de la Vendée (+ 9 points), au détriment de la Loire-Atlantique (- 21 points) et du Maine-et-Loire (- 12 points). On observe donc globalement un rééquilibrage en faveur des départements les plus concernés par le phénomène, même si l'augmentation demeure modérée pour la Mayenne.

On sait toutefois que la participation effective aux formations ne dépend pas exclusivement des autorités organisatrices : la possibilité ou pas d'organiser des formations dans le département d'origine des personnes (et les contraintes de déplacement correspondantes), la diffusion de l'information sur l'existence de cette formation en fonction des canaux et vecteurs utilisés selon les départements... ont pu sensiblement impacter la participation.

⁵ Précision méthodologique : le découpage de ces périodes est lié aux données disponibles. Rien ne permet d'affirmer que le rééquilibrage s'est amorcé en 2006.

En conclusion, il y a eu une adaptation, dans le temps, aux problématiques des territoires, même si elle n'a pu corriger le déséquilibre né dans la phase d'initiation de la démarche (sur les 1 306 personnes formées dans la région, 71 % l'ont été de 2002 à 2005). Si la part de la Loire-Atlantique demeure prédominante en seconde période, cela peut être lié à un effet «volume», ce département pesant à lui seul près de 40% de la population régionale.

8.3.2 Un deuxième exemple : le financement des actions ciblées sur la lutte contre le suicide

Le chiffrage suivant (nombre d'actions et montants financiers) a été établi à partir d'une liste restreinte d'actions : 290 actions financées de 2002 à 2009 que les pilotes de la politique régionale de prévention de l'ARS ont classées sans ambiguïté comme relevant de la lutte contre le suicide à un niveau départemental – voir méthodologie de cette enquête à l'ANNEXE n° 11.

	Nombre d'actions financées	Part de chaque département (actions)	Financements alloués	Part de chaque département (financements)	% des décès par suicide de la région (cumul 1998-2008 – source INSEE)
Loire-Atlantique	113	39%	536 071,94 €	35%	32 %
Maine-et-Loire	59	20%	204 682,00 €	13%	20 %
Mayenne	45	16%	275 846,50 €	18%	10 %
Sarthe	41	14%	372 321,50 €	24%	21 %
Vendée	32	11%	138 639,50 €	9%	16 %
Total	290	100%	1 527 561,44 €	100%	100%

Comme pour les formations, on peut observer la prédominance de la Loire-Atlantique dans les actions financées. On n'observe pas vraiment de différenciation en fonction de l'importance du phénomène suicidaire, si ce n'est une part significative de la Sarthe, en montant financier.

Contrairement aux formations, il ne semble pas y avoir eu d'évolution claire dans le temps. Au seul vu de ces données, il n'apparaît pas qu'une approche différenciée par territoire ait été menée dans le cadre du financement des actions de santé sur le thème du suicide.

Au vu des éléments recueillis et compte tenu des critères mobilisés, la prise en compte des inégalités territoriales n'a pas été au centre la politique de lutte contre le suicide déployée ces dernières années.

8.4 Avec le PRS 2012-2016, une meilleure priorisation des territoires est amorcée

L'esprit de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), repris dans le PRS 2012-2016, incite à une territorialisation accrue de la politique de santé. De ce point de vue, il n'est pas anodin de relever que les trois projets territoriaux de santé ayant prévu une action spécifique sur le suicide sont ceux de la Mayenne, de la Sarthe et de la Vendée. Ainsi, par rapport à la période précédente, un pas semble franchi dans la mesure où des territoires sont particulièrement ciblés, et des plans d'actions dédiés écrits.

9. LA MORTALITE PAR SUICIDE A DIMINUE MAIS L'IMPACT DE LA POLITIQUE REGIONALE SUR LES RECIDIVES EST MAL CONNU

Il était prévu dans le PRS suicide 1998-2002 :

- de diminuer la mortalité par suicide et plus spécifiquement de 20 % le taux de mortalité par suicide ;
- de diminuer de 20% le taux de récurrence chez les primo-suicidants accueillis dans les hôpitaux de la région Pays de la Loire.

Aucun objectif chiffré n'a été retrouvé par la suite dans les divers documents de planification, même si l'objectif principal a toujours été de réduire la mortalité par suicide.

L'évaluation s'est concentrée sur les résultats obtenus en termes de mortalité et de récurrences.

La lecture des divers documents statistiques publiés sur le sujet, complétée d'entretiens, a été enrichie par une enquête sur le PMSI 2010 en MCO et en psychiatrie.

Un point d'attention méthodologique nécessite d'être souligné au préalable : il ne faut pas confondre corrélation et causalité. Ainsi, même si on trouve une corrélation parfaite entre un phénomène et une politique, ce n'est pas nécessairement la politique qui a engendré le phénomène.

La politique de lutte contre le suicide également soumise à des facteurs autres que sanitaires et vis-à-vis desquels les autorités sanitaires n'ont en fait que peu de prise (nombreux facteurs extérieurs à cette politique : économiques et sociaux notamment), peut en être l'illustration. La mise en œuvre d'une politique de lutte contre le suicide ne s'inscrit en effet pas dans un contexte expérimental. Par ailleurs, de nombreux acteurs ont précisé que l'absence d'impact ou un faible impact d'une politique de santé ne devaient pas nécessairement remettre en cause, et ceci pour de multiples raisons, cette politique.

9.1 La mortalité a diminué mais de façon inhomogène

La mortalité liée au suicide a effectivement diminué, mais pas de 20% en 5 ans tel que cela avait été programmé. Il s'agit de la même tendance qu'au niveau national : environ -10% entre 2001 et 2008, soit -2% par an maximum (indicateur : taux de mortalité standardisé pour 100 000 habitants). De ce fait, l'écart entre les Pays de la Loire et le niveau national n'a pas varié : il est toujours globalement autour de +25% par rapport au niveau national, soit environ +30% chez les hommes et +20% chez les femmes.

En outre, cette baisse n'a pas été homogène. Le taux de mortalité par suicide a baissé pour les jeunes et les personnes âgées, mais pas pour les personnes adultes d'âge intermédiaire. Il a plus baissé chez les femmes que chez les hommes.

Il existe une différence importante entre les départements : la Vendée se distingue avec un taux de suicide qui stagne (des explications sociologiques ont pu être invoquées par des acteurs vendéens) et la Sarthe est, et reste plus que tous les autres, un département particulièrement touché.

Des taux élevés infra territoriaux tels que ceux qui ont pu être mis en évidence par l'ORS en 2011 (cf. tableau page 20) peuvent témoigner d'une souffrance particulière dans certains

territoires. Des études complémentaires pouvant conduire à un diagnostic sanitaire et social local sont parfois envisagées en département.

Bien que l'on ait assisté à une baisse du taux global de mortalité par suicide, on aurait cependant pu s'attendre à une baisse de la mortalité plus importante qu'au niveau national, vu l'investissement de la région depuis plus de 10 ans sur cette problématique.

A la question de l'évolution régionale de la mortalité s'il n'y avait pas eu de politique de lutte contre le suicide, les acteurs sont assez partagés, reconnaissant là pour certains d'entre eux, le poids du contexte socio-économique sur le suicide.

On peut penser cependant, vue la crise économique et sociale actuelle, que s'il n'y avait pas eu de programme de lutte contre le suicide, les chiffres constatés auraient probablement été supérieurs. Cependant, les dernières données de mortalité portent sur l'année 2009. Il faudra attendre encore deux ans pour avoir des données sur les années les plus récentes de crise 2010-2011, la France publiant toujours ses résultats avec un décalage important. La revue médicale *Lancet* du 9 juillet 2011 a publié une étude soulignant la forte hausse du taux de suicide en Europe depuis le début de la crise financière de 2008.

9.2 Un objectif de réduction de la mortalité par suicide connu mais discuté par les acteurs

L'objectif de diminution de la mortalité par suicide s'avère connu des acteurs de la région. Mais pour certains acteurs, cet objectif chiffré n'avait pas de sens, le chiffre de 20% ne correspondant à rien de concret.

Cet objectif de réduction de 20% avait été en fait choisi pour ramener la surmortalité des Pays de la Loire aux alentours de la mortalité nationale (surmortalité de +25% en Pays de la Loire en 1996).

En revanche, l'objectif de diminuer le taux de récurrence chez les primo-suicidants, entraînant mécaniquement une baisse de la mortalité globale, ne s'est pas révélé être connu par la plupart des acteurs rencontrés.

Le choix d'un taux unique de mortalité par suicide est remis en cause par la plupart des acteurs. Il s'agit en effet d'un taux que d'aucuns ont pu qualifier de « mosaïque », regroupant artificiellement des populations très différentes (de genre, d'âge, de territoire, de statut social, de santé mentale...). On a pu, en effet, constater des différences de variations temporelles importantes selon les critères retenus. Mais si on souhaite étudier plus finement certaines populations, on risque alors de se heurter statistiquement à l'obstacle des petits nombres pour pouvoir analyser les données. Une étude infra départementale (ORS, 2005) a ainsi pu montrer une surmortalité très importante au nord du département de la Mayenne alors qu'une étude récente (ORS, 2011, dans le cadre de la préparation du PRS 2012-2016) a mis en évidence une surmortalité au sud. L'étude du Dr Vegas en Mayenne sur la distribution spatiale en Mayenne entre 1983 et 2009 avait aussi montré une surmortalité dans les cantons du nord de ce département. Ces variations épidémiologiques ne sont a priori pas explicables par des facteurs sanitaires et socio-économiques évidents.

Un professionnel de santé rencontré préférerait, pour sa part, que l'on parle d'années de vie perdues plutôt que de taux de mortalité, pour lisser l'effet âge et différencier l'impact des suicides chez les jeunes et chez les personnes âgées.

Un objectif s'appuyant uniquement sur la mortalité globale s'est au final avéré difficile à évaluer. Le genre, l'âge et le territoire de santé n'ont pas été pris en considération. Descendre en dessous du territoire de santé exige de regrouper les années d'étude et de suivi ; cela implique également de comparer les résultats avec ceux d'autres indicateurs pouvant traduire une souffrance psychologique de la population pour conforter l'analyse.

Le CPOM 2010-2013 de l'ARS a néanmoins repris des objectifs chiffrés en termes de mortalité par suicide, différenciant cependant le taux masculin du taux féminin, un taux global n'ayant pas été retenu. Un extrait de la fiche relative au taux de décès par suicide figure en ANNEXE 12.

Un taux de mortalité est ainsi supposé apporter de la visibilité à une politique régionale et peut être mobilisateur pour les acteurs. Les chiffres peuvent donner du sens à l'action. L'atteinte ou non de résultats chiffrés doit cependant être fortement questionnée au vu du contexte national et des évolutions socio-économiques, non sanitaires, concomitantes. En outre, les données épidémiologiques ne disent en général rien des processus suicidaires mis en œuvre par chaque individu. Chaque acte suicidaire est à la fois individuel et inscrit dans un contexte socio-économique spécifique.

L'impact de la politique sur la mortalité en milieu carcéral n'a pu être évalué faute de données aisément accessibles. L'administration pénitentiaire régionale évoque une diminution du nombre de suicides mais elle souligne aussi une augmentation du nombre des tentatives de suicide et d'automutilations (sont-ils mieux déclarés ?).

9.3 L'impact sur le taux de récurrence est mal connu

Faute de recueil de données disponibles antérieures (données du PMSI inexploitable avant/après), il n'a pas été possible de répondre objectivement à la question de l'impact de la politique sur le taux de récurrences.

Alors que la politique régionale a beaucoup mis l'accent sur la prise en charge des suicidants, qu'un objectif chiffré a été mis en place à ce sujet (-20% en 5 ans), la région ne s'est en effet pas donné les moyens de suivre cet objectif au travers d'un taux de récurrence.

Les établissements de santé n'ont pas mis en place, sauf exceptions, de recueil de données sur les tentatives et les récurrences de tentatives de suicide. Il n'y a pas non plus de données ambulatoires disponibles. Les informations issues des baromètres santé ne prennent pas en compte les récurrences.

La mortalité chez les récidivistes n'a pas pu être évaluée du fait de l'absence de recueil de la mortalité par récurrence, aussi bien au niveau national que régional. Cette donnée n'est pas disponible en routine sur les certificats de mortalité. Elle ne pourrait être recueillie qu'à l'occasion d'études spécifiques du type « autopsie psychologique ».

On peut se demander par ailleurs pourquoi le PRS suicide n'a visé que la récurrence des primo-suicidants et non les multirécidivistes qui peuvent finir par accomplir leur suicide.

9.4 Le suivi des tentatives de suicide n'a pas été explicitement prévu

La région ne s'est pas non plus organisée pour suivre l'évolution des tentatives de suicide pris en charge par le système de santé et notamment le système hospitalier.

Toutefois, ce qui semble ressortir de la plupart des entretiens, c'est que les différentes actions auraient pourtant eu un impact sur la diminution des tentatives de suicide.

C'est ainsi que le responsable de l'UMPS du CHU d'Angers estime qu'il y a eu une diminution d'1/3 des passages à l'acte dans le rayon d'attractivité du CHU, avec une stabilisation cependant depuis 3 ans environ. Un enregistrement spécifique a, en effet, été mis en place visant au recueil des données sur les tentatives de suicides. Sur 10 ans, le nombre annuel de tentatives de suicide prises en charge par cette unité serait passé de 1 000 à 600. L'impact sur les récidives est, quant à lui, plus difficilement quantifiable.

Le réseau prévention du suicide 44 fonctionnant bien en amont de l'hospitalisation, il y aurait, selon la responsable de l'unité Espace du CHU de Nantes moins de passages à l'acte et, par suite, moins de passages aux urgences et moins d'hospitalisations. L'ouverture de l'unité Espace aurait par ailleurs eu un impact sur la diminution des récidives des patients passés par l'unité : 2 cas seulement de suicide après passage par l'unité ont été recensés depuis 12 ans d'exercice. Le CH Mayenne a fait le même type de constatation à la baisse. Il relie aussi cette diminution au travail en réseau qu'il effectue (urgences-CMP-associations-établissements médico-sociaux...).

D'autres acteurs constatent pourtant une stabilité, voire une augmentation, des tentatives de suicide. A titre d'exemple, il y aurait ainsi une montée des idées suicidaires, voire des tentatives de suicide, en école primaire au sein des établissements privés de Loire-Atlantique.

Faute de données consensuelles ou objectives disponibles, l'impact sur le nombre de tentatives de suicide est donc impossible à évaluer.

9.5 Des relations de causes à effets impossibles à démontrer

Une causalité est impossible à démontrer. Tous les acteurs le reconnaissent. On ne peut juger l'impact de cette politique de santé que sur un faisceau d'indices.

On peut ainsi supposer que la politique régionale qui a été menée est en partie responsable de la diminution de la mortalité par suicide observée ces dernières années. Il y a eu un message régional fort sur le sujet, en faisant du suicide une des premières priorités de santé publique régionale et en en faisant l'objet de son premier programme régional de santé. La visibilité des actions a été importante au début des années 2000 avec une mobilisation régionale et des coordinations départementales actives. Les journées nationales suicide étaient bien relayées, des conférences régionales ont été organisées. Tout cela a fait évoluer les représentations et les comportements d'acteurs. Un acteur associatif parle de la mise en place d'un filet de sécurité ou d'une toile d'araignée tissée pour lutter contre l'isolement et libérer la parole. Une importante mobilisation associative en Mayenne a probablement participé à l'évolution positive constatée dans ce département, notamment chez les femmes.

Au vu des entretiens et des quelques données chiffrées disponibles bien que parcellaires, une évaluation de l'impact de la politique régionale basée sur les tentatives de suicide et les récidives de tentatives de suicide, plutôt que sur la mortalité, aurait été jugée plus pertinente. Il aurait fallu mieux distinguer les différents types de prévention. La prévention primaire et la

prévention secondaire agissent sur la prévalence des tentatives de suicide alors que la prévention tertiaire agit sur la prévalence des récurrences de tentatives de suicide.

Le devenir des personnes hospitalisées pour tentative de suicide est cependant mal connu. Des services ont prévu ou prévoient de mettre en place des études (exemples de l'UMPS du CHU d'Angers et de l'unité Espace du CHU de Nantes). Le PMSI avec les possibilités de chaînage des séjours en MCO et en psychiatrie peut désormais être exploité à des fins épidémiologiques.

Plutôt qu'un impact sur des données épidémiologiques, certains acteurs, partant du postulat que certaines actions ont montré ailleurs leur efficacité, l'évaluation pourrait porter sur des changements en termes de pratiques professionnelles et de mobilisation des acteurs. Des indicateurs seraient donc à construire en ce sens.

Conclusion

La première conférence régionale de santé, tenue en 1996, a mis en exergue le mauvais positionnement de la région des Pays de Loire en termes de mortalité par suicide. Un consensus fort entre décideurs, financeurs et professionnels a été dégagé pour en faire une des premières priorités de santé publique. Une dynamique forte a ainsi été enclenchée en région, sur fond de mobilisation nationale sur ce thème. Dans ce contexte porteur, l'objectif de diminuer la mortalité par suicide en région Pays de Loire s'est traduit par de nombreux documents de planification et de multiples actions qui, pour la plupart, ont été poursuivies depuis lors.

L'extrême complexité du phénomène suicidaire ne permet pas de déterminer l'impact de la politique régionale sur la mortalité par suicide, globalement en baisse comme au niveau national. Le taux de mortalité par suicide, même différencié selon les genres, n'est d'ailleurs pas un indicateur suffisant pour refléter toutes les évolutions de ce phénomène. Pour autant, les réalisations menées ont contribué à une évolution des représentations sur le suicide et la capacité des acteurs à agir.

Les résultats de l'évaluation permettent tout d'abord de souligner le dynamisme et l'investissement important, souvent innovant, des professionnels de santé et d'associations impliqués sur la prévention, la prise en charge, l'accompagnement et le développement des connaissances. Le programme de formation au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire peut être considéré comme une réussite.

En ce qui concerne le déploiement de la politique, on ne peut pas identifier de manière franche des priorités en termes territorial ou populationnel dans les plans régionaux, même si les facteurs de risque ont été pris en compte dans les actions menées sur le terrain. L'un des enjeux de la politique à venir sera sans doute de revisiter ce ciblage, dans un souci de réduction des inégalités de santé, en prenant davantage en considération certaines populations (périodes de la vie engendrant une vulnérabilité, personnes âgées). Devront également être pris en compte des publics émergents en raison des souffrances au travail ou en milieu scolaire, avec en toile de fond la crise socio-économique et financière que traverse le pays.

Si la prise en charge hospitalière s'est beaucoup améliorée et a évolué vers des changements de pratiques, des axes de progrès – à l'hôpital ou en dehors – concernent l'accompagnement de l'entourage des suicidants et des suicidés, les connaissances des conduites suicidaires au-delà des suicides accomplis, ainsi que la coordination des dispositifs et des acteurs en matière de prévention, de prise en charge, d'observation et de veille.

Les investigations ont mis en exergue la nécessité d'une meilleure visibilité des acteurs, en questionnant leur rôle respectif : la place des médecins généralistes, et plus généralement du premier recours, est ainsi apparue primordiale, à soutenir et à valoriser. De même, le champ d'intervention des bénévoles nécessite sans doute d'être revu, en tenant compte des forces et faiblesses des différents territoires.

Le besoin de clarification concerne également les structures de gouvernance aux différents niveaux : du niveau opérationnel de proximité, au niveau stratégique régional, en passant par le niveau départemental d'animation.

La mise en place d'une ARS à compétence large et l'adoption du PRS peuvent ouvrir de nouvelles perspectives dans la lutte contre le suicide, sans négliger la coordination avec d'autres acteurs (Collectivités Territoriales, Education Nationale et Santé au Travail, notamment). La visibilité et la lisibilité de la politique régionale de lutte contre le suicide, après un certain ralentissement ces dernières années, sont un enjeu important de la mise en œuvre du PRS 2012-2016. Ce nouveau souffle doit inscrire la lutte contre le suicide dans une approche globale de la santé. Cette problématique pourrait être emblématique de la plus-value d'une telle approche, en raison de la pluralité des déterminants du phénomène suicidaire.

Recommandations

Recommandation n° 1 :

Mieux définir le positionnement, les complémentarités et les compétences des bénévoles associatifs par rapport aux professionnels de santé

Constats

- L'offre d'accueil et d'écoute est relativement nombreuse et diversifiée, mais elle manque de lisibilité (3.2)
- Des complémentarités sont à travailler (3.4)
- La formation des bénévoles associatifs reste à positionner (4.4)
- Les actions d'accompagnement de l'entourage des suicidants et suicidés en dehors du cadre hospitalier ont été peu développées (6.2)
- Le rôle et la place de certains acteurs restent à définir (7.4)

Enjeux nationaux (PNPSM et PNAS) et régionaux (PRS)

PNPSM :

Axe 1 = Prévenir et réduire les ruptures au cours de la vie de la personne :

- programmes de réduction de l'isolement chez les personnes âgées

PNAS :

Axe 1 = développement de la prévention et de la postvention

- prévenir l'isolement social et la détresse psychique
- améliorer, développer et faire connaître les dispositifs d'intervention à distance dédiés à la prévention du suicide et à la prévention promotion de la santé mentale

PRS :

La personne au cœur des préoccupations du système de santé – être acteur de sa santé

Atouts en Pays de la Loire

- Un riche tissu associatif, quoique inégalement réparti
- Les formations au repérage de la crise suicidaire ont inclus les bénévoles

Marges de progrès en Pays de la Loire

- Des problèmes de démographie médicale, en particulier spécialisée (psychiatrie), dans certains départements
- La place et la formation des aidants

Préconisations et modalités de mise en œuvre

- Faire un retour d'expérience des actions menées par les bénévoles « veilleurs/sentinelles » de la région sur la base d'une méthode harmonisée
- Bien distinguer les actions de lutte contre l'isolement social, qui relèvent des compétences du champ social des actions portées sur l'écoute et l'orientation, qui relèvent du champ sanitaire, en concertation avec la DRJSCS et les collectivités territoriales
- Proposer un cadre de formation à l'écoute (cahier des charges pédagogique) et le diffuser auprès des intervenants en matière de prise en charge de la crise suicidaire
- Mieux distinguer les fonctions d'écoute de celles de repérage de la crise suicidaire
- Intégrer systématiquement les associations dans les filières de prises en charge
- Susciter les actions d'accompagnement de l'entourage familial de suicidés par des associations
- Proposer des temps d'accompagnement psychologique et d'analyse des pratiques chez les bénévoles associatifs (sur le modèle des aidants Alzheimer)

PNPSM : Plan National Psychiatrie et Santé Mentale

PNAS : Programme National d'Actions contre le Suicide

PRS : Projet Régional de Santé

Mieux préciser les actions vis-à-vis des jeunes de moins de 25 ans**Constats**

- Des populations ont été plus ou moins clairement ciblées (2.1)
- Les actions n'ont pas toujours été priorisées selon les populations ciblées et des critères explicites (2.2)
- De nouvelles populations à risque ont émergé ces dernières années (2.6)
- Les actions d'information à destination de la population sont moins lisibles, moins cohérentes et moins pilotées qu'au début des années 2000 (2.8)
- L'offre d'accueil et d'écoute est relativement nombreuse et diversifiée, mais elle manque de lisibilité (3.2)
- L'accompagnement de l'entourage familial a été mis en place de façon inégale en milieu hospitalier (6.1)

Enjeux nationaux (PNPSM et PNAS) et régionaux (PRS)**PNPSM :**

Axe 1 = Prévenir et réduire les ruptures au cours de la vie de la personne :

- programmes de développement des compétences psycho-sociales et des capacités d'adaptation, notamment chez les enfants et chez les jeunes,
- programmes de prévention liés à des situations à risques : harcèlement et stress, à l'école

PNAS :

Axe 1 = Développement de la prévention et de la postvention

- développer la qualité et l'efficacité des actions de développement des compétences psychosociales des enfants et des adolescents

Axe 2 = Amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire

- améliorer la prise en charge de la dépression chez l'adolescent

Axe 3 = Information et communication autour de la prévention du suicide

- développer des actions d'information à destination des jeunes et de leur entourage

PRS :

La personne au cœur des préoccupations du système de santé – Une démarche centrée sur la personne

Atouts en Pays de la Loire

- Réflexions et actions ciblées (exemple de la Vendée et de la charte départementale concernant la prévention du suicide chez les jeunes) depuis de nombreuses années
- Développement des maisons des adolescents dans toute la région
- Implication de l'Education Nationale et de l'enseignement privé sur cette thématique
- Positionnement fort de l'IREPS sur le développement des compétences psychosociales

Marges de progrès en Pays de la Loire

- Besoin de renforcer la coopération et la coordination des acteurs autour de la naissance, de la petite enfance et de l'adolescence (objectif 15 du SRP)

Préconisations et modalités de mise en œuvre

- Poursuivre le soutien à la démarche de renforcement des compétences psychosociales et en évaluer la mise en œuvre et son extension avec les partenaires
- Favoriser le suivi des jeunes ayant fait une tentative de suicide, qu'ils aient ou non été hospitalisés
- Recenser et évaluer l'ensemble du dispositif d'accueil et d'écoute pour les jeunes
- Créer un comité de pilotage chargé de proposer un plan d'action de prévention de la crise suicidaire (cf. feuille de route 2012 de l'ARS «prévention »)

Recommandation n° 3 :

Favoriser l'identification et la lisibilité des acteurs/structures ressources pour aider les usagers et professionnels en recensant l'offre globale des réponses proposées (prévention, prise en charge, accompagnement)

Constats

- De nombreuses enquêtes épidémiologiques ont été développées en région sur le champ des conduites suicidaires (1.1)
- Les travaux de recherche sont nombreux mais peu diffusés (1.5)
- L'offre d'accueil et d'écoute est relativement nombreuse et diversifiée, mais elle manque de lisibilité (3.2)
- Le manque de lisibilité des acteurs ne conduit pas toujours à l'orientation la plus adéquate (7.1)
- Des personnes-ressources sont bien identifiées malgré l'absence d'équipe-ressource régionale (7.2) ; elles seraient cependant peu sollicitées

Enjeux nationaux (PNPSM et PNAS) et régionaux (PRS)

PNPSM

PNAS :

Axe 3 = Information et communication autour de la prévention du suicide

- mieux diffuser l'information sur les dispositifs d'aide et d'écoute (créer/actualiser des annuaires à destination des professionnels et du public)

PRS :

La personne au cœur des préoccupations du système de santé – Une démarche centrée sur la personne

Atouts en Pays de la Loire

- Répertoire des acteurs et des structures ressources réalisé en 1999
- Objectif de créer une plateforme d'intégration des informations sur l'offre de santé destinée aux usagers (objectif 1 du SROS)

Marges de progrès en Pays de la Loire

- Insuffisante régionalisation de la coordination de la connaissance des dispositifs
- Des travailleurs sociaux peu connus et peu mobilisés par les professionnels de santé

Préconisations et modalités de mise en œuvre

- Réaliser un nouvel annuaire régional des personnes-ressources, à destination à la fois des professionnels et des populations, sous forme informatique, et identifier un responsable de sa mise à jour
- S'appuyer sur l'outil OSCARS pour recenser les acteurs de prévention sur ce champ et promouvoir son utilisation y compris pour les actions non financées par l'ARS
- Distinguer les actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire selon la classification proposée et les mettre en correspondance avec la nouvelle classification de la prévention (universelle, sélective et indiquée)

Recommandation n°4 :

Mettre en place une proposition systématique d'accompagnement de l'entourage d'un suicidant ou d'un suicidé

Constats

- L'accompagnement de l'entourage familial a été mis en place de façon inégale en milieu hospitalier (6.1)
- Les actions d'accompagnement de l'entourage en dehors du cadre hospitalier ont été peu développées (6.2)
- L'accompagnement de l'entourage institutionnel (professionnels notamment) est un enjeu à intégrer (6.3)

Enjeux nationaux (PNPSM et PNAS) et régionaux (PRS)

PNPSM

PNAS :

Axe 1 = développement de la prévention et de la postvention

- Soutenir les personnes et les équipes endeuillées par le suicide

PRS :

La personne au cœur des préoccupations du système de santé – Une démarche centrée sur la personne

Les principaux enjeux émergents mis en lumière sont le soutien aux aidants professionnels (professionnels de santé paramédicaux ou médicaux, mais aussi bénévoles associatifs), fréquemment évoqué au cours des entretiens, et le potentiel que peut représenter l'investissement de ce champ par les médecins généralistes, sous réserve de réponses aux questions de formation, d'éthique (question du consentement du patient) et de financement.

Atouts en Pays de la Loire

- Une conscience très partagée chez les acteurs rencontrés des enjeux de l'accompagnement de l'entourage, notamment familial, et de la nécessité de développer les actions s'y rattachant
- L'existence d'une offre, qu'elle émane d'associations ou d'établissements de santé, pouvant servir de base au déploiement de nouvelles initiatives. A ce titre, sur l'accompagnement de l'entourage, il convient de souligner le rôle particulier de l'unité de prévention du suicide du CHS Montbert, dont les initiatives irriguent l'action d'autres acteurs aussi bien sur le territoire du CHS qu'au-delà, voire hors du département

Marges de progrès en Pays de la Loire

- La limite est la difficulté, dans certains territoires (zones rurales), à trouver des porteurs de projets. Il semble y avoir là un champ d'action à investir en termes d'animation territoriale

Préconisations et modalités de mise en œuvre

- Promouvoir, notamment via la contractualisation, la mise en œuvre dans les établissements de santé d'actions d'accompagnement de l'entourage des suicidants et suicidés, à commencer par celles préconisées par l'ANAES
- Accompagner l'entourage des suicidés, comme prévu par les plans nationaux, mais aussi des suicidants (logique d'aide aux aidants)
- Réaliser une enquête spécifique pour améliorer la visibilité sur l'offre en faveur de l'entourage
- Déployer des consultations avancées en santé mentale dans les maisons de santé pluriprofessionnelles, y compris au bénéfice des endeuillés et avec le médecin généraliste comme pivot
- Former les différents acteurs impliqués

Recommandation n°5 :

Définir les parcours individuels de santé des personnes sur un territoire, s'insérant dans une offre graduée (exemple du suicidant après TS)

Constats

- Des lieux d'hospitalisation ont été créés mais les réalisations sont hétérogènes (5.2)
- Des équipes pluridisciplinaires ont été créées mais de façon souvent incomplètes (5.4)
- Le manque de lisibilité des acteurs ne conduit pas toujours à l'orientation la plus adéquate (7.1)
- L'articulation est difficile entre le médecin généraliste et les autres intervenants, notamment les psychiatres (7.3)
- Le rôle et la place de certains acteurs restent à définir (7.4)

Enjeux nationaux (PNPSM et PNAS) et régionaux (PRS)

PNPSM :

Axe 1 = Prévenir et réduire les ruptures au cours de la vie de la personne :

- améliorer l'accès des personnes aux soins psychiatriques et somatiques et renforcer la continuité des soins crise/post crise selon 4 critères (repérage, réponse à une demande de soins, réponse aux urgences, réponse aux besoins de soins somatiques)

PNAS

PRS :

La personne au cœur des préoccupations du système de santé – Une démarche centrée sur la personne

Atouts en Pays de la Loire

- L'offre de prise en charge en établissement de santé est globalement satisfaisante
- La dynamique de certaines organisations en réseau (repères 44, UPS, Unité Espace...)
- La conscience, chez la quasi-totalité des acteurs, de la nécessité d'un suivi post-hospitalier, et donc d'un passage de relais avec les autres acteurs de la prise en charge, avec un délai cible pour un premier contact généralement fixé à 8-10 jours après l'hospitalisation

Marges de progrès en Pays de la Loire

- Améliorer le parcours de la personne et l'articulation entre les acteurs (professionnels et bénévoles), incluant par exemple les CLIC, les secteurs de psychiatrie...
- Mobiliser l'apport des technologies de la communication pour aider à la continuité des parcours des suicidants
- Questionner l'hétérogénéité des réalisations en matière d'unités spécialisées
- Les passages de relais en faveur du suivi post-hospitalier (notamment avec le premier recours) peuvent encore être améliorés

Préconisations et modalités de mise en œuvre

- Organiser la coordination d'acteurs en réseau sur un territoire de proximité (outil = contractualisation, comme le contrat local de santé), pour passer d'une logique d'actions autour du suicide à celle axée sur la santé mentale et à la santé globale
- Améliorer l'articulation hôpital/médecine de ville dans l'optique d'améliorer le suivi des personnes ayant déjà fait une tentative de suicide
- Développer la dématérialisation des communications, dans un cadre sécurisé et sous réserve de l'informatisation des médecins généralistes, pour une transmission de l'information en temps réel, gage de réactivité (ex : SMS pour s'assurer du suivi des rendez-vous)
- Inclure dans les CPOM hospitaliers la finalisation des mesures de prise en charge des suicidants conformément aux préconisations de l'ANAES (HAS)
- Définir la place de la psychiatrie privée et son articulation avec la psychiatrie publique, en hospitalisation (conventions entre établissements...)
- Favoriser le suivi de chaque suicidant par un référent qui fait le lien, si ce n'est lui, avec le médecin traitant
- Evaluer le positionnement (local, départemental et régional) des unités spécifiques principales existantes
- Promouvoir le dispositif de la consultation d'urgence auprès d'un psychiatre libéral prévu par la dernière convention médicale

Recommandation n°6 :

Renforcer la place des médecins généralistes, et plus généralement du premier recours libéral, par la mise en place de formations pluri professionnelles sur les territoires de proximité et la contractualisation

Constats

- Les médecins généralistes restent à mobiliser (4.2)
- Les actions d'accompagnement de l'entourage des suicidants et des suicidés en dehors du cadre hospitalier ont été peu développées (6.2)
- L'articulation est difficile entre le médecin généraliste et les autres intervenants, notamment les psychiatres (7.3)

Enjeux nationaux (PNPSM et PNAS) et régionaux (PRS)

PNPSM :

Axe 4 = Prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs :

- améliorer la formation de certains professionnels clé,
- encourager la formation pluridisciplinaire, entretenir les réseaux de professionnels et consolider les dispositifs d'appui aux établissements et services sanitaires et médico-sociaux

PNAS

PRS :

La proximité organisée – Une offre de premier recours à conforter

Atouts en Pays de la Loire

- Dynamique de création des maisons de santé pluriprofessionnelles
- Développement des formations continues pluriprofessionnelles prévu dans le schéma régional de prévention (objectif 6)

Marges de progrès en Pays de la Loire

- La politique régionale dans le développement de réseaux sur la question du suicide n'a pas abouti. Elle n'a pas développé d'autres actions permettant des temps d'échanges entre professionnels, afin de dépasser les relations interpersonnelles
- Le pilotage (notamment régional) n'est pas visible pour la plupart des acteurs, il pourrait justement impulser des temps d'échange entre professionnels et valoriser les initiatives de terrain fructueuses en termes de coordination, ce dont les professionnels ont besoin

Préconisations et modalités de mise en œuvre

- Définir les actions de prise en charge du mal être et des personnes à comportement suicidaire par contractualisation au sein des maisons de santé et des pôles de santé pluri professionnels
- Définir avec les représentants des médecins libéraux un programme de formation continue, en lien avec le Développement Professionnel Continu (DPC)
- Favoriser la mise à disposition auprès des médecins généralistes d'outils simples de repérage de la crise suicidaire
- Définir le rôle et la place des psychologues publics et libéraux ainsi que leur articulation avec la médecine générale
- Trouver une articulation entre le monde hospitalier et les professionnels en ambulatoire
- Elaborer des conventions entre MSP et les secteurs de psychiatrie pour dynamiser les acteurs de 1^{er} recours
- Tirer profit de l'enquête de la DREES, en partenariat avec l'ORS et l'URPS médecins, auprès d'un panel de médecins généralistes, dont les résultats sont attendus en 2012, pour ajuster les programmes de formation

Recommandation n°7 :

Positionner le niveau régional comme niveau de pilotage intersectoriel et de planification

Constats

- L'impact des actions d'information et de sensibilisation n'est pas connu (1.6)
- Un besoin de cibler les populations et les actions sur des critères précis (2.7)
- Aucune stratégie de déploiement des dispositifs d'écoute et de lutte contre l'isolement n'a pu être mise en évidence (3.3)
- Les coordinations institutionnelles sont à améliorer (7.6)
- Avec le PRS 2012-2016, une meilleure priorisation des territoires est amorcée (8.4)

Enjeux nationaux (PNPSM et PNAS) et régionaux (PRS)

PNPSM :

Axe spécifique = Traduire des objectifs collectifs en des changements concrets, par le mode opératoire du Plan

Les ARS s'assurent du fonctionnement des 3 échelons :

- une instance régionale, la CRSA
- un échelon spécifique, en lien avec les conférences de territoire
- un échelon de proximité : conseils locaux de santé mentale, conseils de secteur, ateliers santé-ville, contrats locaux de santé, réseaux

PNAS :

Axe 6 = suivi et animation du programme d'actions contre le suicide

PRS :

La proximité organisée – Une coordination des acteurs pour des parcours efficaces

Atouts en Pays de la Loire

- Commission de coordination des politiques publiques en prévention mobilisée sur cette thématique
- Objectif d'articuler les coordinations territoriales autour de la personne avec les coordinations régionales autour d'une pathologie (objectif 21 du SROS)

Marges de progrès en Pays de la Loire

Les trois niveaux potentiels d'articulation et de coordination des acteurs entre eux ne sont pas bien circonscrits et définis :

- coordination locale de proximité, niveau le plus souvent plébiscité par les acteurs rencontrés
- coordination départementale, au niveau du territoire de santé
- coordination régionale

Préconisations et modalités de mise en œuvre

- Améliorer le pilotage institutionnel régional, associant les administrations scolaire, pénitentiaire, du travail, de la cohésion sociale et de la jeunesse
- Promouvoir le plaidoyer auprès des collectivités locales et des différentes administrations pour les actions de lutte contre l'isolement et de promotion du « mieux vivre ensemble »
- Planifier une offre de réponses complémentaires et graduées, lisibilité (annuaire), échanges entre professionnels, expertise, organisation des formations...

Recommandation n°8 :

Positionner le niveau départemental comme niveau d'animation et de facilitation pour les acteurs de terrain

Constats

- Aucune stratégie de déploiement des dispositifs d'écoute et de lutte contre l'isolement n'a pu être mise en évidence (3.3)
- Les coordinations institutionnelles sont à améliorer (7.6)
- Avec le PRS 2012-2016, une meilleure priorisation des territoires est amorcée (8.4)

Enjeux nationaux (PNPSM et PNAS) et régionaux (PRS)

PNPSM :

Axe spécifique = Traduire des objectifs collectifs en des changements concrets, par le mode opératoire du Plan

Les ARS s'assurent du fonctionnement des 3 échelons :

- une instance régionale, la CRSA
- un échelon spécifique, en lien avec les conférences de territoire
- un échelon de proximité : conseils locaux de santé mentale, conseils de secteur, ateliers santé-ville, contrats locaux de santé, réseaux

PNAS

PRS :

La proximité organisée – Une coordination des acteurs pour des parcours efficaces

Atouts en Pays de la Loire

- Trois départements ont rédigé une fiche spécifique relative au suicide dans leur programme territorial de santé, alors que les deux autres départements ont inclus cette problématique dans des fiches plus générales sur la santé mentale

Marges de progrès en Pays de la Loire

- Modalités d'animation par les délégations territoriales et articulation entre ces délégations et les directions métier de l'ARS
- Les trois niveaux potentiels d'articulation et de coordination des acteurs entre eux ne sont pas bien circonscrits et définis : coordination locale de proximité, niveau le plus souvent plébiscité par les acteurs rencontrés, coordination départementale, au niveau du territoire de santé et coordination régionale
- En ce qui concerne l'organisation des soins, « *la prise en compte de cette problématique s'effectue de manière inégale dans les cinq départements de la région et n'est pas en rapport avec l'importance épidémiologique du suicide..* ».
- Les divers documents de planification consultés n'ont pas affiché comme objectifs prioritaires de réduire d'éventuelles inégalités territoriales. Celles-ci ont été affichées progressivement

Préconisations et modalités de mise en œuvre

- Définir au niveau de chaque territoire de santé : animation, suivi, identification des territoires de proximité, échanges, clarification des rôles entre acteurs ...
- Coordonner les actions d'information à destination du grand public, pour plus de visibilité et plus de cohérence dans les stratégies de communication
- Mener une expérimentation de coordination des acteurs sur un territoire donné

Recommandation n° 9 :

Positionner le niveau de proximité comme niveau de mise en œuvre opérationnelle coordonnée de la lutte contre le suicide

Constats

- Les actions ont essentiellement été déployées à l'initiative des acteurs de terrain (2.3)
- Avec le PRS 2012-2016, une meilleure priorisation des territoires est amorcée (8.4)

Enjeux nationaux (PNPSM et PNAS) et régionaux (PRS)

PNPSM :

Axe spécifique = Traduire des objectifs collectifs en des changements concrets, par le mode opératoire du Plan

Les ARS s'assurent du fonctionnement des 3 échelons :

- une instance régionale, la CRSA
- un échelon spécifique, en lien avec les conférences de territoire
- un échelon de proximité : conseils locaux de santé mentale, conseils de secteur, ateliers santé-ville, contrats locaux de santé, réseaux

PNAS

PRS :

La proximité organisée – Une coordination des acteurs pour des parcours efficaces

Atouts en Pays de la Loire

- Articulation des coordinations territoriales autour de la personne avec les coordinations régionales autour d'une pathologie (objectif 21 du SROS)
- Une observation infra-territoriale du phénomène suicidaire, à maintenir voire renforcer

Marges de progrès en Pays de la Loire

Les trois niveaux potentiels d'articulation et de coordination des acteurs entre eux ne sont pas bien circonscrits et définis :

- coordination locale de proximité, niveau le plus souvent plébiscité par les acteurs rencontrés
- coordination départementale, au niveau du territoire de santé
- coordination régionale.

Préconisations et modalités de mise en œuvre

- Identifier et mobiliser deux types d'acteurs au niveau local :
 - des acteurs professionnels ou associatifs, portes d'entrée pour le repérage et l'orientation des personnes suicidaires
 - des acteurs professionnels ou institutionnels, animateurs de proximité d'un réseau d'acteurs professionnels et associatifs
- Passer d'une organisation centrée sur le suicide à celle centrée sur la santé mentale et au final sur le concept de santé globale, axée sur le parcours des personnes
- Sur certains territoires, il pourrait être opportun d'utiliser les contrats locaux de santé comme outil de lutte contre le suicide et, plus largement, de promotion de la santé mentale, en les articulant, le cas échéant avec les conseils locaux de santé mentale

Recommandation n° 10 :

Mettre en place un centre documentaire ressource régional, à partir de l'IREPS, mettant à la disposition des acteurs les actions nationales et régionales reposant sur la méthode de l'« evidence-based medicine »⁶

Constats

- Les travaux de recherche sont nombreux mais peu diffusés (1.5)
- Les professionnels de la psychiatrie se sont fortement mobilisés autour d'un Diplôme inter Universitaire (4.3)

Enjeux nationaux (PNPSM et PNAS) et régionaux (PRS)

PNPSM :

Axe 4 : Prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs

- Renforcer le développement des savoirs, leur diffusion, leur transmission pour consolider les compétences des acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale
- Encourager, recueillir et faire connaître les travaux de recherche et les expériences réussies, à l'étranger et sur notre territoire,
- Améliorer la formation de certains professionnels clé,
- Encourager la formation pluridisciplinaire, entretenir les réseaux de professionnels et consolider les dispositifs d'appui aux établissements et services sanitaires et médico-sociaux

PNAS

PRS

La proximité organisée – Un accès assuré à l'innovation et aux services spécialisés

Atouts en Pays de la Loire

- Des acteurs et des équipes de terrain motivés et impliqués
- Un panel d'observation des conditions d'exercice en médecine générale, constitué de 450 médecins généralistes libéraux de la région (soit environ 10% du total) a été mis en place en 2007 par l'ORS et l'URPS médecins, sous la coordination nationale de la DREES.

Marges de progrès en Pays de la Loire

- Le suivi des tentatives de suicide n'a pas été explicitement prévu
- La région ne s'est pas non plus organisée pour suivre l'évolution des tentatives de suicide prises en charge par le système de santé et notamment le système hospitalier

Préconisations et modalités de mise en œuvre

- Y déposer les mémoires et thèses d'étudiants
- Faire le lien avec le milieu universitaire pour recenser les études connexes au suicide, voire les encourager, en vue notamment d'évaluer les actions régionales menées

⁶ Santé publique fondée sur des données probantes

Recommandation n°11 :

Développer, par tous les professionnels de santé, le repérage des situations et des comportements à risques et prendre en compte les périodes de rupture (décès d'un proche notamment par suicide, chômage, divorce, passage du lycée à l'université, entrée en établissement médico-social...)

Constats

- Les acteurs de terrain ont des difficultés à repérer les personnes en crise suicidaire (2.5)
- De nouvelles populations à risque ont émergé ces dernières années (2.6)
- Un besoin de cibler les populations et les actions sur des critères précis (2.7)

Enjeux nationaux (PNPSM et PNAS) et régionaux (PRS)

PNPSM :

Axe 2 = Prévenir et réduire les ruptures selon les publics et les territoires :

- structurer sur chaque territoire les coopérations et les complémentarités entre l'ensemble des professionnels, services et établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux et associations,
- améliorer l'accès à l'information pour tous et la lisibilité des dispositifs, en renforçant la gouvernance locale de la santé mentale

PNAS

PRS :

La maîtrise des risques concernant la santé des populations – La prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale

Atouts en Pays de la Loire

- Volonté au travers de l'objectif 3 du schéma régional de prévention de cibler les actions de prévention en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie
- Evaluation de l'expérience menée par l'association APS en partenariat avec l'IREPS en 2006 auprès de médecins généralistes de la région

Marges de progrès en Pays de la Loire

- Décloisonnement des thématiques de santé publique
- Besoin de cibler les populations et les actions sur des critères précis : niveau territorial et notion de rupture

Préconisations et modalités de mise en œuvre

- Favoriser le repérage des populations à risque et identifier les professionnels et les bénévoles qui interviennent à leurs profits
- Sensibiliser tous les professionnels et les bénévoles intervenant auprès de ces populations à risque, au repérage de la crise suicidaire et leur proposer les formations les mieux adaptées

Recommandation n° 12 :

Poursuivre le développement des formations actuelles au repérage de la crise suicidaire, en renforçant leur visibilité, en coordonnant et en pilotant leur réplication

Constats

- Le dispositif spécifique de formation au repérage de la crise suicidaire a entretenu une réelle dynamique partenariale autour du suicide (4.1)

Enjeux nationaux (PNPSM et PNAS) et régionaux (PRS)

PNPSM :

Axe 4 : Prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs

- renforcer le développement des savoirs, leur diffusion, leur transmission pour consolider les compétences des acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale
- améliorer la formation de certains professionnels clé

PNAS :

Axe 4 = Formation des professionnels

- renforcer les actions de sensibilisation et de formation sur la crise suicidaire

PRS : La personne au cœur des préoccupations du système de santé – Une démarche centrée sur la personne

Atouts en Pays de la Loire

- Implication de la commission de coordination des politiques publiques en prévention sur cette thématique (objectif 8 de la feuille de route 2012 « prévention »)
- L'université de Nantes est la seule faculté en France à rendre obligatoire un stage en psychiatrie d'un mois pour les étudiants en médecine et que les médecins formés après 2000 bénéficient désormais tous d'un apport théorique sur le repérage et la prise en charge de la crise suicidaire

Marges de progrès en Pays de la Loire

- Un impact des formations en termes d'évolution des pratiques professionnelles souligné par les personnes formées enquêtées ou rencontrées. Pourtant, après 10 ans de mise en œuvre, certains professionnels rencontrés comme des représentants des médecins libéraux et certains professionnels hospitaliers, ignorent encore l'existence de ces formations
- Une stratégie plus globale sur les formations au repérage de la crise suicidaire apparaît nécessaire
- Ce sont toujours les mêmes secteurs d'activité qui ont bénéficié de ces formations.
- La mobilisation et l'implication des médecins généralistes sont perfectibles

Préconisations et modalités de mise en œuvre

- Etendre les formations vers des secteurs ayant peu ou pas participé aux formations (travail, médico-social,...)
- Instituer un module complémentaire de formation pour les personnes déjà formées qui le souhaitent
- Réaliser les formations sur une base territoriale de proximité aux fins de créer une dynamique de territoire
- Recenser l'ensemble des formations au repérage de la crise suicidaire au-delà des formations coordonnées par l'ARS
- Avoir une politique de formation plus ciblée sur des secteurs d'activité au regard de critères de choix à définir (dans le cadre d'un appel à projet, par exemple)
- Inciter à l'inscription de la problématique suicide dans la mise en œuvre du DPC au niveau régional
- Définir un double niveau de formation bénévoles/ professionnels en fonction de leurs attributions respectives, avec néanmoins un module commun pour maintenir la pluridisciplinarité

Recommandation n°13 :

Améliorer le système d'observation et d'information (primo-suicides, récurrences et suicides), notamment au niveau du premier recours (données assurance maladie et données des professionnels de santé), des établissements de santé (PMSI et RPU⁷) afin de mieux connaître les déterminants, les caractéristiques, les parcours de soins et les besoins des populations

Constats

- Les données hospitalières sont insuffisamment exploitées (1.2)
- Les données ambulatoires, notamment en médecine libérale, sont quasiment inexistantes (1.3)
- L'impact des actions d'information et de sensibilisation n'est pas connu (1.6)
- L'impact sur le taux de récurrence est mal connu (9.3)
- Le suivi des tentatives de suicide n'a pas été explicitement prévu (9.4)

Enjeux nationaux (PNPSM et PNAS) et régionaux (PRS)

PNPSM :

Axe 2 = Prévenir et réduire les ruptures selon les publics et les territoires :

- améliorer l'accès à l'information pour tous et la lisibilité des dispositifs

PNAS :

Axe 5 = Etudes et recherche

PRS :

La maîtrise des risques concernant la santé des populations – La mobilisation pour réduire les inégalités de santé

Atouts en Pays de la Loire

- De nombreuses enquêtes épidémiologiques ont été développées en région sur le champ des conduites suicidaires
- Partenariat ARS/ORS

Marges de progrès en Pays de la Loire

- Mobilisation des établissements de santé autour de la production des RPU (objectif 10 du schéma régional de prévention)

Préconisations et modalités de mise en œuvre

- Par des études spécifiques, fiabiliser les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide de la région, et confirmer ou infirmer son positionnement par rapport à la moyenne nationale.
- Mettre en œuvre les RPU au sein des établissements de santé avec urgences, sinon organiser une étude ponctuelle régulière
- Améliorer l'utilisation du PMSI psychiatrique
- Adopter une méthode de correction pour obtenir des chiffres fiables du PMSI MCO en Loire-Atlantique
- Suivre les données des 2 SOS Médecins de Loire-Atlantique
- Recenser les études de l'assurance-maladie sur la consommation de certains psychotropes
- Contractualiser avec les MSP sur la surveillance épidémiologique des patients avec conduites suicidaires
- Organiser l'exploitation des données aux niveaux régional et départemental
- Faciliter le rôle d'observation de l'ORS en organisant la mise à sa disposition des données détenues par l'ARS concernant le suicide
- Mettre en place un dispositif de suivi des taux de récurrence au niveau régional et par département

⁷ R.P.U. : résumé de passage aux urgences

Améliorer le ciblage des actions dès leur planification, en termes territorial et populationnel, en s'appuyant sur les travaux d'observation**Constats**

- Des populations ont été plus ou moins clairement ciblées (2.1)
- Les actions n'ont pas toujours été priorisées selon les populations ciblées et des critères explicites (2.2)
- Les acteurs de terrain identifient mal les populations ciblées au niveau régional (2.4)
- Aucune stratégie de déploiement des dispositifs d'écoute et de lutte contre l'isolement n'a pu être mise en évidence (3.3)
- Aucun territoire prioritaire n'a été explicitement visé (8.1)
- Un objectif de réduction de la mortalité par suicide connu mais discuté par les acteurs (9.2)

Enjeux nationaux (PNPSM et PNAS) et régionaux (PRS)**PNPSM :**

Axe 1 = Prévenir et réduire les ruptures au cours de la vie de la personne :

- programmes de développement des compétences psycho-sociales et des capacités d'adaptation, notamment chez les enfants et chez les jeunes,
- programmes de réduction de l'isolement chez les personnes âgées,
- programmes de prévention liés à des situations à risques : harcèlement et stress, à l'école et au travail

PNAS**PRS :**

La maîtrise des risques concernant la santé des populations – La mobilisation pour réduire les inégalités de santé

Atouts en Pays de la Loire

- De nombreuses enquêtes épidémiologiques ont été développées en région sur le champ des conduites suicidaires, à l'initiative principale de l'ORS

Marges de progrès en Pays de la Loire

- Croisement de données de santé au niveau régional comme au niveau local
- Faible mobilisation du secteur médico-social sur le sujet
- Faible visibilité des actions de prévention chez les patients psychiatriques
- Situation épidémiologique de 2 départements sous-estimée : la Sarthe et la Vendée

Préconisations et modalités de mise en œuvre

- Prioriser en terme de population les primo-suicidants, population aisément repérable, et dont on sait qu'elle est à risque
- Prioriser les actions précisément sur l'âge et sur les territoires (en termes de planification et d'allocations de moyens), en portant une attention particulière sur la tranche d'âge adulte intermédiaire, notamment entre 45 et 55 ans.
- Faire connaître les priorités retenues auprès des acteurs
- Redéfinir des indicateurs de résultat et d'impact de la politique de lutte contre le suicide au niveau régional, départemental et local, au-delà du taux de mortalité différencié par genre, et plutôt basé sur les tentatives de suicide et leurs récurrences
- Prendre en compte et croiser des données de santé globale (non spécifiques au suicide), d'autant plus que l'observation porte sur un territoire restreint.
- Intégrer la lutte contre le suicide dans les contrats locaux de santé, pour les territoires concernés

Recommandation n°15 :

Organiser des rencontres annuelles sur le suicide entre professionnels ainsi qu'entre professionnels et usagers

Constats

- Les acteurs de terrain identifient mal les populations ciblées au niveau régional (2.4)
- Les actions d'information à destination de la population sont moins lisibles, moins cohérentes et moins pilotées qu'au début des années 2000 (2.8)
- L'articulation est difficile entre le médecin généraliste et les autres intervenants, notamment les psychiatres (7.3)
- L'absence de réseau de santé n'a pas empêché la naissance de dynamiques locales (7.5)

Enjeux nationaux (PNPSM et PNAS) et régionaux (PRS)

PNPSM :

Axe 3 = Prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal :

- augmenter la culture générale sur la santé mentale, les soins et les dispositifs psychiatriques,
- lutter contre les images négatives véhiculées sur et par la psychiatrie,
- prévoir des espaces et des temps de dialogue et de réflexion entre la société et le système de soins psychiatriques,
- lutter contre la surmédicalisation du mal-être et des difficultés d'ordre social et mieux adapter notamment la consommation de psychotropes

PNAS :

Axe 3 = Information et communication autour de la prévention du suicide

- développer l'information du grand public
- soutenir les projets portés par les associations portant sur les projets d'information et de communication autour du suicide

PRS :

La maîtrise des risques concernant la santé des populations – La mobilisation pour réduire les inégalités de santé

Atouts en Pays de la Loire

- Une dynamique des acteurs
- Un historique (manifestations déjà initiées du début des années 2000)

Marges de progrès en Pays de la Loire

- Visibilité de la politique régionale
- Identification réciproque des acteurs, notamment pour les médecins généralistes

Préconisations et modalités de mise en œuvre

- Organiser un colloque sur la politique de lutte contre le suicide en 2012 (lien avec la feuille de route 2012 « prévention »), puis chaque année, dans le cadre de la mise en œuvre du PRS 2012-2016 et des plans nationaux
- Définir les modalités d'approche de la thématique suicidaire auprès du public et des représentants d'usagers (bien-être versus mal être/dépression/risques suicidaires)

ANNEXES

Service émetteur :
 Direction : Projet Régional de Santé
 Département : Evaluation des Politiques de Santé

Courriel : catherine.oge@ars.sante.fr

Téléphone : 02 40 12 87 53
 Télécopie : 02 40 12 87 15

Cahier des charges pour l'évaluation de la politique de lutte contre le suicide en Pays de la Loire												
Emetteur : DEPS		Département Evaluation des politiques de santé (DEPS) Direction du Projet Régional de Santé (PRS) ARS des Pays de la Loire	n° de version : 5 Date : 30 novembre 2011									
Destinataires : Group'Eval			<table border="1"> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Niveau de validation</td> <td>Rédacteur</td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td>Resp. DEPS</td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td>Directeur PRS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Copil évaluation</td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> </table>	Niveau de validation	Rédacteur	X	Resp. DEPS	X	Directeur PRS		Copil évaluation	X
Niveau de validation	Rédacteur				X							
	Resp. DEPS		X									
	Directeur PRS											
	Copil évaluation	X										
Copie :												
Diffusabilité	DEPS	X	Etat de validation : <input type="checkbox"/> non validé <input checked="" type="checkbox"/> validé									
	DPRS											
	ARS (copil éval)	X										
	EXT. éval.											

Résumé :

Le Département d'Evaluation des Politiques de Santé de l'ARS a été chargé d'évaluer une politique régionale de santé à titre expérimental. Cette démarche vise à développer au sein de l'ARS une pratique de l'évaluation pragmatique et opérationnelle de courte durée (3 à 6 mois) qui permette de disposer dans des délais raisonnables d'éléments d'appréciation et d'ajustement de sa politique. Pour favoriser un apprentissage transversal, le DEPS mènera cette évaluation en associant les directions métier et délégations territoriales.

Une politique de santé prioritaire en région Pays de Loire et affichée dans le PRS a été retenue : le suicide.

Malgré la succession de plans et de schémas sur ce thème depuis 1998, le positionnement de la région Pays de la Loire en termes de mortalité par suicide demeure défavorable (6° région de France la plus touchée). Sur la période 2006 – 2008, le suicide a été à l'origine de 730 décès par an dans la région. La prévalence particulière du phénomène explique l'inscription dans le CPOM Etat-ARS d'un objectif de réduction de la mortalité par suicide.

L'évaluation amènera à émettre des propositions sur les priorités et leviers de cette politique en Pays de la Loire, et de disposer d'un point de situation à T₀ tenant compte des disparités territoriales. Au niveau régional, cette politique a été peu évaluée jusqu'à présent.

Pour ce faire, elle devra répondre à deux questions :

- quelles seraient les actions des programmes précédents à poursuivre, à abandonner ou à mettre en œuvre (non prévues ou non réalisées) ?
- quels sont les atouts et les marges de progrès en région des Pays de la Loire de la politique de lutte contre le suicide, au moment du lancement du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 paru en septembre 2011 et du projet régional de santé, au regard des orientations stratégiques de ce dernier ?

I Origine du projet d'évaluation

La décision de réaliser une évaluation expérimentale a été décidée au sein de l'ARS afin de :

- participer à la construction d'une méthodologie de l'évaluation au sein de l'ARS ;
- associer les directions métiers et les délégations territoriales à une démarche collective et commune en matière d'évaluation ;
- participer à la montée en compétence de l'équipe du DEPS (département de l'évaluation des politiques de santé), en charge de cette mission au sein de l'ARS ;
- disposer d'une évaluation spécifique à T₀ pour le projet régional de santé (PRS) sur une priorité de santé régionale.

Le mandat pour mener l'évaluation du PRS a été présenté en COMEX le 27 juin 2011 par le département « évaluation des politiques de santé. Deux premiers outils ont été présentés : la création d'un groupe évaluation interne à l'ARS, dénommé « Group'Eval », et la réalisation d'un projet d'évaluation de politique de santé à titre expérimental fin 2011-début 2012 par le DEPS.

La politique régionale de lutte contre le suicide a été retenue comme sujet d'évaluation par ce Group'Eval suite aux réunions du 28 juin et 22 septembre 2011, compte tenu :

- de la faisabilité a priori de cette évaluation, au vu des nombreux documents et données disponibles, au niveau national comme au niveau régional depuis 1998 ;
- de la parution du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 en septembre 2011 ;
- du périmètre relativement bien circonscrit et défini de cette politique ;
- du large spectre des acteurs concernés associant l'ensemble du champ sanitaire (prévention-ambulatoire- hospitalier) ;
- de l'historique de la région des Pays de la Loire qui a érigé, dès 1995, le suicide en priorité régionale de santé ;
- du faible nombre d'actions d'évaluations réalisées dans la région, spécifiquement ces dernières années, sur les résultats de cette politique ;
- du maintien de la problématique suicide en tant que priorité de santé dans le projet régional de santé (PRS) 2012-2016, et donc de la possibilité de réévaluer à la fin de ce PRS cette politique régionale ;
- de l'inclusion, dans le CPOM ARS-ETAT, du taux de décès par suicide pour 100 000 habitants comme indicateur.

II Contexte de l'évaluation

II A. Situation épidémiologique

Les statistiques de mortalité par suicide restent toujours défavorables en Pays de Loire : 6^{ème} rang des régions françaises les plus touchées par le suicide pour la période 2006-2008, la France étant elle-même très mal placée en Europe.

Le suicide a été à l'origine de 730 décès en moyenne chaque année sur la période 2006-2008 en Pays de Loire.

Certes, depuis le début des années 1980, la mortalité régionale par suicide diminue suivant en cela la tendance nationale. Le suicide cause cependant près de trois fois plus de décès que les accidents de la circulation.

Mais, comme en France, cette baisse ne concerne que les personnes les plus âgées et les plus jeunes, la mortalité étant relativement stable pour les classes d'âge intermédiaire.

La classe d'âge 35-44 ans est la plus touchée en nombre de décès (plus de 40% de l'ensemble des 730 décès annuels).

La proportion de suicides parmi l'ensemble des causes de décès est la plus forte entre 25 et 34 ans.

Le taux de mortalité augmente globalement avec l'âge, et est maximal après 75 ans.

Si la mortalité par suicide des femmes en Pays de la Loire se rapproche de la moyenne nationale, en revanche, la situation régionale reste nettement défavorable chez les hommes (les ¾ des décès concernent d'ailleurs des hommes). Le suicide constitue la deuxième cause de mortalité avant 65 ans chez les hommes et la troisième chez les femmes.

Des différences sont également marquées entre départements, avec la Mayenne qui présente un taux de surmortalité masculine de 42% contre 26% pour l'ensemble de la région.

Les hospitalisations régionales liées à une tentative de suicide restent difficiles à dénombrer. Mais les données disponibles (près de 5 000 hospitalisations en MCO en 2008) montrent une plus grande fréquence de ces gestes chez les femmes, et chez les jeunes et adultes d'âge moyen. La situation des départements par rapport à la moyenne nationale apparaît très hétérogène avec un taux d'hospitalisation supérieur en Maine-et-Loire, Vendée et Mayenne.

Selon le baromètre santé jeunes régional 2010, 5% des filles et 3% des garçons âgés de 15 à 25 ans déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie.⁸

Aussi, le suicide est demeuré une priorité de santé publique en Pays de Loire dans le projet régional de santé en cours d'élaboration.

Cause de mortalité évitable, le suicide relève en premier lieu d'une politique de prévention active. La prévention des récidives et la prise en charge des primo-suicidants apparaissent également comme essentielles si on souhaite diminuer la mortalité par suicide.

Différents facteurs de risque de suicide sont bien identifiés dans la littérature ; certains d'entre eux doivent être plus particulièrement repérés, notamment ceux correspondant aux périodes de rupture telles que citées dans le projet régional de santé :

- Divorce, isolement affectif ;
- Inactivité, dépendance financière, instabilité dans le travail ;
- Catégories socioprofessionnelles (CSP) les moins favorisées et zones rurales ;
- Pathologie psychiatrique sous-jacente ;

⁸ Données extraites de « Suicides et tentatives de suicide en Pays de la Loire – bilan 2011 – ORS – janvier 2011

- Abus d'alcool ;
- Antécédents personnes ou familiaux de suicide ;
- Genre masculin et âge.

II B. Outils de planification disponibles

Les documents régionaux de planification, où figurent objectifs, priorités et actions, sur lesquels s'appuiera l'équipe projet d'évaluation sont :

- le programme régional de santé « suicides et tentatives de suicide » 1998-2002
- le plan régional de santé publique (PRSP) des Pays de la Loire 2006-2009
- les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) 1999-2004 (II) et 2006-2010 (III)

Le programme régional de santé « suicides et tentatives de suicide » 1998-2002, prolongé jusqu'en 2005 suite à la parution de la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 en septembre 2001, avait arrêté les cinq champs d'actions suivants :

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

Ses objectifs étaient de réduire de 20% dans les 5 ans à la fois le taux de mortalité par suicide et le taux de récurrence des primo-suicidants accueillis dans les hôpitaux de la région des Pays de la Loire. Cet objectif chiffré de 20% était en rapport avec une surmortalité de 25% de la région par rapport à la France entière.

La stratégie nationale 2000-2005 d'actions contre le suicide a permis l'impulsion d'actions cohérentes dans trois directions du programme :

- formation concernant la prise en charge de la crise suicidaire suite à la conférence de consensus d'octobre 2000 ;
- audits cliniques dans le champ sanitaire ;
- actions de communication sous forme de colloques régionaux ou interrégionaux.

Le plan régional de santé publique 2006-2009, dans ses cahiers « bien grandir » et « bien vieillir », a affiché dans ses priorités :

- la prévention du mal être, des suicides et tentatives de suicide chez les jeunes ;
- la prévention des suicides/tentatives de suicide et de la dépression chez les adultes, en particulier les personnes âgées.

Une action phare sur la formation au repérage et à la gestion de la crise suicidaire dans le secteur gérontologique a été mise en avant. Le milieu pénitentiaire a également fait l'objet d'actions de formation.

Le SROS 1999-2004 prévoyait sur cette période, en déclinant le volet organisation des soins du programme régional de santé « suicides et tentatives de suicide » 1998-2002 de :

- 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.

Les contrats d'objectifs et de moyens passés avec les établissements de santé étaient les outils de mise en œuvre de ces actions.

Le SROS 2006-2010 prévoyait d'améliorer la prise en charge des suicidants par :

- une claire identification de la filière de prise en charge aux urgences et un meilleur accès aux soins spécialisés et de prévention en amont et en aval de l'hospitalisation ;
- la mise en place dans les services d'urgence d'un avis psychiatrique dans les 24 heures, pour toute tentative de suicide ;
- la création éventuelle d'unités spécifiques de prise en charge des tentatives de suicide par des équipes pluridisciplinaires, en fonction du nombre de patients accueillis ;
- l'organisation d'un relais rapide entre l'hôpital et le CMP et/ou son médecin traitant pour les suicidants non hospitalisés.

Le SROS 2006-2010 prévoyait également de mieux repérer les différentes formes de dépression notamment pour des populations spécifiques et à des moments particuliers : personnes âgées, enfants-adolescents, personnes en situation de précarité, post-partum, situation de détention. Pour ce faire, il était demandé que soit développée la psychiatrie de liaison dans les établissements pour personnes âgées, en maternités, dans les structures d'hébergement et de réinsertion sociale et dans les UCSA.

II C. CPOM ARS-ETAT

Le CPOM ARS-ETAT comporte l'indicateur du taux de décès par suicide pour 100 000 habitants standardisé par âge.

Les valeurs cibles qui y figurent sont les suivantes :

Valeur cible	Cible régionale			
	2010	2011	2012	2013
H : 32.7	28.4	28.4	28.4	
F : 9.4	8.9	8.9	8.9	

III Objet de l'évaluation

L'évaluation portera sur la politique régionale sanitaire de lutte contre le suicide.

Elle portera sur les principaux dispositifs des trois champs suivants :

- prévention (incluant la formation, l'information et la communication) ;
- prise en charge (organisation des soins hospitalière et ambulatoire, suivi-accompagnement des personnes suicidantes et de leur entourage) ;
- recueil et d'analyse des données relatives au suicide (fonction observation) ;

qui ont été mis en place par les autorités sanitaires DRASS/DDASS/ARH en Pays de Loire dans le cadre des outils de planification sus-décrits, et repris par le projet régional de santé 2011-2015 et le nouveau programme national d'actions face au suicide 2011-2014.

L'ensemble de la population est concernée même si certaines populations semblent plus concernées que d'autres (périodes sensibles de la vie telles qu'elles sont définies par le PRS, mais aussi les tranches d'âge intermédiaires, les détenus et le milieu rural). Une analyse par département devra être menée car des disparités territoriales sont marquées, que soit en matière de suicide ou de tentatives de suicide.

L'évaluation devra répondre aux **deux questions suivantes** :

1. D'après la mise en œuvre du programme régional de santé « suicides et tentatives de suicides » de 1998-2002 par la suite actualisé, du plan régional de santé publique 2006-2009, ainsi que des deux derniers schémas d'organisation sanitaire, quelles seraient les actions :

- à poursuivre, avec d'éventuels réajustements ?
- à ne pas reconduire ?
- à mettre en œuvre (non prévues ou non réalisées dans ces programmes) ?

2. Quels sont les atouts et les marges de progrès en région des Pays de la Loire de la politique de lutte contre le suicide, au moment du lancement du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 paru en septembre 2011 et du projet régional de santé 2011-2015, au regard des orientations stratégiques du PRS ?

Une évaluation finale ex post de la politique régionale de lutte contre le suicide devra être réalisée à la fin du projet régional de santé.

Le nouveau programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, dans la continuité de la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005, est le document de référence en matière d'objectifs à décliner au niveau régional, en cohérence avec les orientations stratégiques et les objectifs des schémas du projet régional de santé 2011-2015.

Aussi, la présente évaluation permettra de guider la préparation de la déclinaison régionale du programme national de lutte d'actions contre le suicide 2011-2014.

IV Instance d'évaluation, dispositif et modalités d'évaluation

Deux organisations seront mises en place et mobilisées pour mener à terme cette évaluation :

- **L'instance d'évaluation** (ou **groupe de pilotage**) présidée par un représentant de la direction, composée de membres du Group'Eval (personnes volontaires) et de professionnels de l'ARS en charge du dossier suicide (chargé de projet santé mentale, chargés de prévention sur le suicide)

Cette instance pilotera les travaux d'évaluation : validation de la méthodologie, suivi-analyse des travaux fournis et validation du rapport final.

Elle sera réunie régulièrement, à la demande de son président.

Dans le cadre d'une première expérience évaluative, il est proposé que ne soient pas associés les opérateurs (professionnels) et les bénéficiaires de la politique, qui devraient théoriquement être représentés au sein de cette instance d'évaluation.

- **L'équipe projet en évaluation**, représentée par le **DEPS**, chargée de mener concrètement cette évaluation : proposition de la méthodologie, réalisation des enquêtes, rédaction du rapport d'évaluation

L'équipe projet pourra s'appuyer sur des « experts », en tant que de besoin, qui pourront apporter toute aide méthodologique nécessaire à l'instance d'évaluation ou à l'équipe projet.

Pour réaliser cette évaluation, l'équipe projet pourra avoir accès, à fins d'analyse, à tous les documents de planification et d'évaluation publiés (nationaux et régionaux), ainsi qu'à tous les documents de gestion, de reporting ou de pilotage régionaux. Les enquêtes régionales en cours sur le suicide seront bien évidemment prises en compte et intégrées.

Le DEPS pourra, de son côté, mener des enquêtes (entretiens individuels ou collectifs, questionnaires) auprès des professionnels de santé (établissements de santé, professionnels de santé libéraux) et des acteurs associatifs (acteurs et représentants d'usagers) concernés. Un focus groupe pourrait être mis en place afin de faciliter les échanges sur des sujets à définir. Une estimation des coûts de certaines actions, à définir, comme par exemple les formations mises en œuvre dans les plans régionaux, pourra être réalisée. Des comparaisons avec d'autres régions pourront être utilement recherchées. Il ne sera pas nécessaire, en revanche, de mener des enquêtes en population générale.

V Ressources

L'évaluation opérationnelle reposera sur le travail de l'équipe du DEPS composé de quatre personnes, avec l'appui d'une secrétaire de la Direction du PRS. Ces 5 personnes seront mobilisées sur cette évaluation.

Il convient d'envisager la mobilisation en moyenne :

- d' 1 ETP d'octobre à décembre 2011
- puis de 2 ETP de janvier à mars 2012

Les différents services de l'ARS, dont la DPRS, pourront être sollicités en tant que de besoin par l'équipe projet.

Il n'est pas prévu de budget pour des prestations externes.

VI Délai final, macro-planning et étapes clés

La démarche d'évaluation sera décomposée en 4 grandes étapes :

A. LANCEMENT

- 1. Motivations du projet d'évaluation**
- 2. Mandat, instances et cahier des charges**

B. REALISATION

- 3. Structuration de l'évaluation**
 - construction de l'arbre des objectifs, de l'arbre des problèmes ;
 - identification des acteurs ;
 - diagnostic provisoire ;
 - référentiel d'évaluation : sous-questions évaluatives, critères d'évaluation, indicateurs.
- 4. Collecte et analyse**
 - bilan informationnel précis
 - programme d'investigation et d'étude
 - conduite des investigations et collecte des données ;
 - analyse.

C. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

- 5. Jugement**
- 6. Recommandations**
- 7. Formalisation du rapport d'évaluation**

D. COMMUNICATION

8. Restitutions et appropriation

9. Suites/ Travail élargi sur les recommandations

Un rapport d'évaluation sera rendu au plus tard à la direction générale de l'ARS à la fin avril 2011.

Ce rapport, après approbation de la direction, sera rendu public par l'ARS, en interne et sur le site Internet de l'agence.

La restitution sur le plan méthodologique sera faite au Group'éval.

La restitution sur le plan de la politique de lutte contre le suicide sera faite aux services concernés de l'ARS.

VII Bilan informationnel

Il conviendra de s'appuyer sur la bibliographie figurant aux pages suivantes, et notamment:

- les programmes nationaux suivants :
 - o programme national d'actions contre le suicide 2011-2014
 - o stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005)
 - o plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008
- les programmes régionaux suivants :
 - o programme régional de santé « suicides et tentatives de suicides » 1998-2002
 - o plan régional de santé publique 2006-2009
 - o SROS 2 et 3
- les données et études régionales en particulier de l'ORS

Cette bibliographie sera complétée par l'équipe projet évaluation.

ANNEXE 2 : Composition du COPIL

Président : Christophe DUVAUX (DPPS)

Membres :

- Véronique Blanchier (DPPS),
- Marie-Paule Brochet (DPPS),
- Juliette Daniel (DT49),
- Hélène Guimard (DPPS),
- Hélène de Séverac (DAS),
- Eliane Méaupe (DAS),
- Muriel Pavageau (SRUP),
- Elodie Péribois (DQE),
- Jacques Vieuxbled (DPPS)

DAS : Direction de l'Accompagnement et des Soins

DQE : Direction de la Qualité et de l'Efficienc

DT49 : Délégation Territoriale de Maine-et-Loire

DPPS : Direction de la Prévention et de la Protection de la Santé

SRUP : Service des Relations avec les Usagers et les Partenaires

ANNEXE 3 : Arbre des objectifs

Contexte

Les statistiques de mortalité par suicide restent toujours défavorables en Pays de Loire : 6^{ème} rang des régions françaises les plus touchées par le suicide pour la période 2006-2008, la France étant elle-même très mal placée en Europe. Le suicide a été à l'origine de 730 décès en moyenne chaque année sur la période 2006-2008 en Pays de Loire. La situation régionale reste nettement défavorable chez les hommes (¾ des décès). Des différences sont également marquées entre départements, avec la Mayenne qui présente un taux de surmortalité masculine de 42% contre 26% pour l'ensemble de la région. La prévalence particulière du phénomène en région justifie l'inscription dans le CPOM Etat-ARS d'un objectif de réduction de la mortalité par suicide.

Les hospitalisations régionales liées à une tentative de suicide montrent une plus grande fréquence de ces gestes chez les femmes, et chez les jeunes et adultes d'âge moyen. La situation des départements par rapport à la moyenne nationale apparaît très hétérogène avec un taux d'hospitalisation supérieur en Maine-et-Loire, Vendée et Mayenne. Selon le baromètre santé jeunes régional 2010, 5% des filles et 3% des garçons âgés de 15 à 25 ans déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie.¹

Aussi, le suicide est demeuré une priorité de santé publique en Pays de Loire dans le projet régional de santé en cours d'élaboration. La prévention des récurrences et la prise en charge des primo-suicidants apparaissent également comme essentielles si on souhaite diminuer la mortalité par suicide.

¹ Données extraites de « Suicides et tentatives de suicide en Pays de la Loire – bilan 2011 – ORS – janvier 2011

Priorités et choix politiques

Depuis 2000 des planifications relatives à la lutte contre le suicide ont été menées sur le plan national.

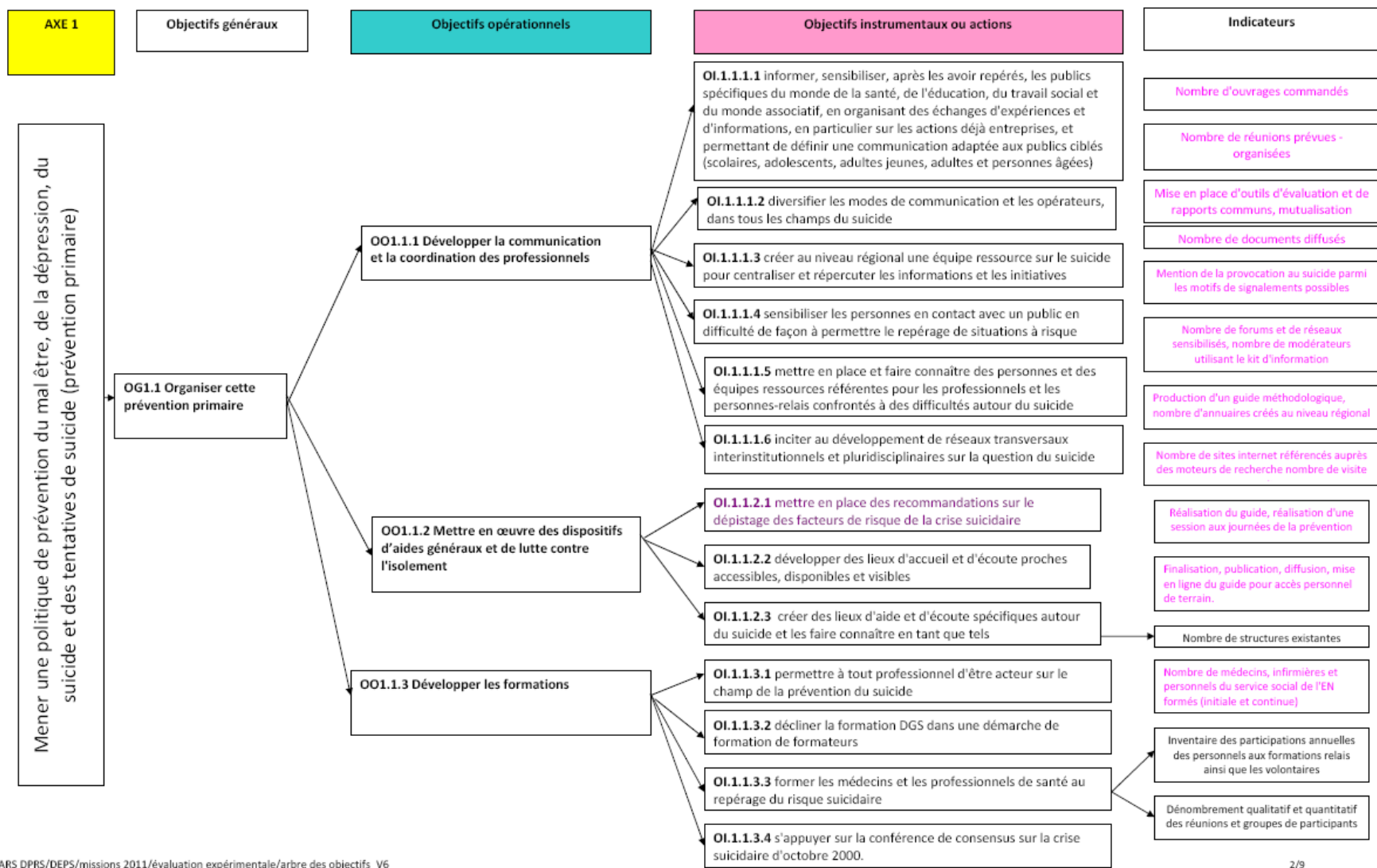
L'un des axes en politique de la santé est la prévention du suicide déclinée dans des plans nationaux et des schémas et programmes régionaux. Les documents régionaux de planification, où figurent objectifs, priorités et actions, sur lesquels s'appuiera l'équipe projet d'évaluation sont :

- le programme régional de santé « suicides et tentatives de suicide » 1998-2002
- le plan régional de santé publique (PRSP) des Pays de la Loire 2006-2009
- les schémas régionaux d'organisation sanitaire, y compris le schéma psychiatrique (SROS) 1999-2004 (II) et 2006-2010 (III)

Finalité

Diminuer la mortalité par suicide, dont la mortalité par récurrence des primo-suicidants de la région.

La démarche d'évaluation sur l'échéance de 5 ans prend en compte le fait qu'il est délicat de distinguer ce qui, dans les résultats constatés, est attribuable à la politique de mise en œuvre et ce qui relève de l'évolution naturelle du phénomène observé. Elle devra rechercher les liens de causalité avec les actions menées. Il appartient également à la mission d'évaluation d'examiner en tant que de besoin les spécificités territoriales qui pourraient comporter des déterminants sociaux, de santé, économiques, environnementaux distincts.



ARS DPRS/DEPS/missions 2011/évaluation expérimentale/arbre des objectifs_V6

2/9

■ PRS suicide et tentative de suicide 1998-2002

■ Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005

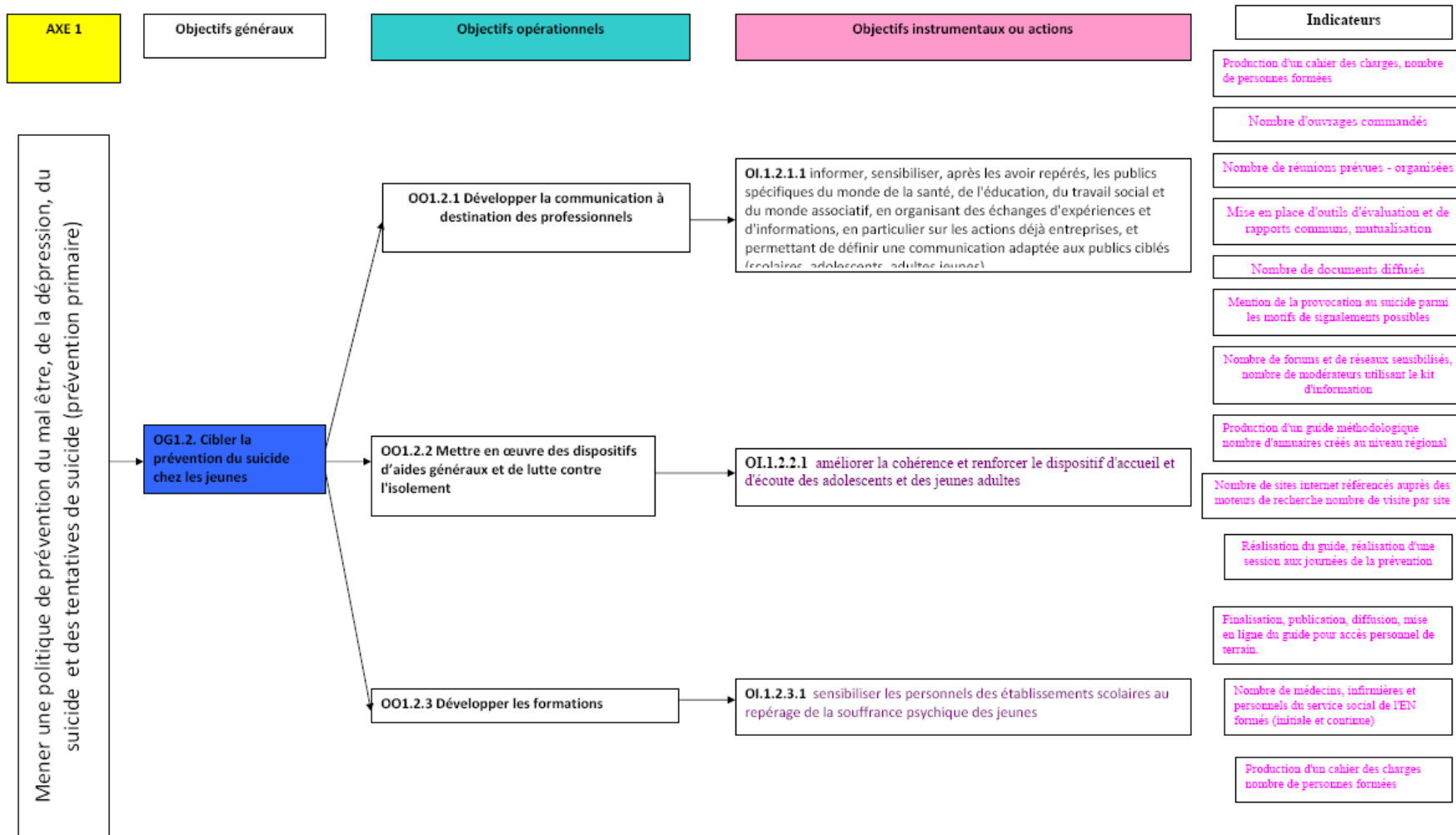
■ PRSP 2006-2009

■ Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014

■ SROS 2 des PDL 1999-2004, y compris psychiatrique

■ Loi de santé publique 2004

■ SROS 3 PDL 2006-2010



ARS DPRS/DEPS/missions 2011/évaluation expérimentale/arbre des objectifs_V6

3/9

■ PRS suicide et tentative de suicide 1998-2002

■ Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005

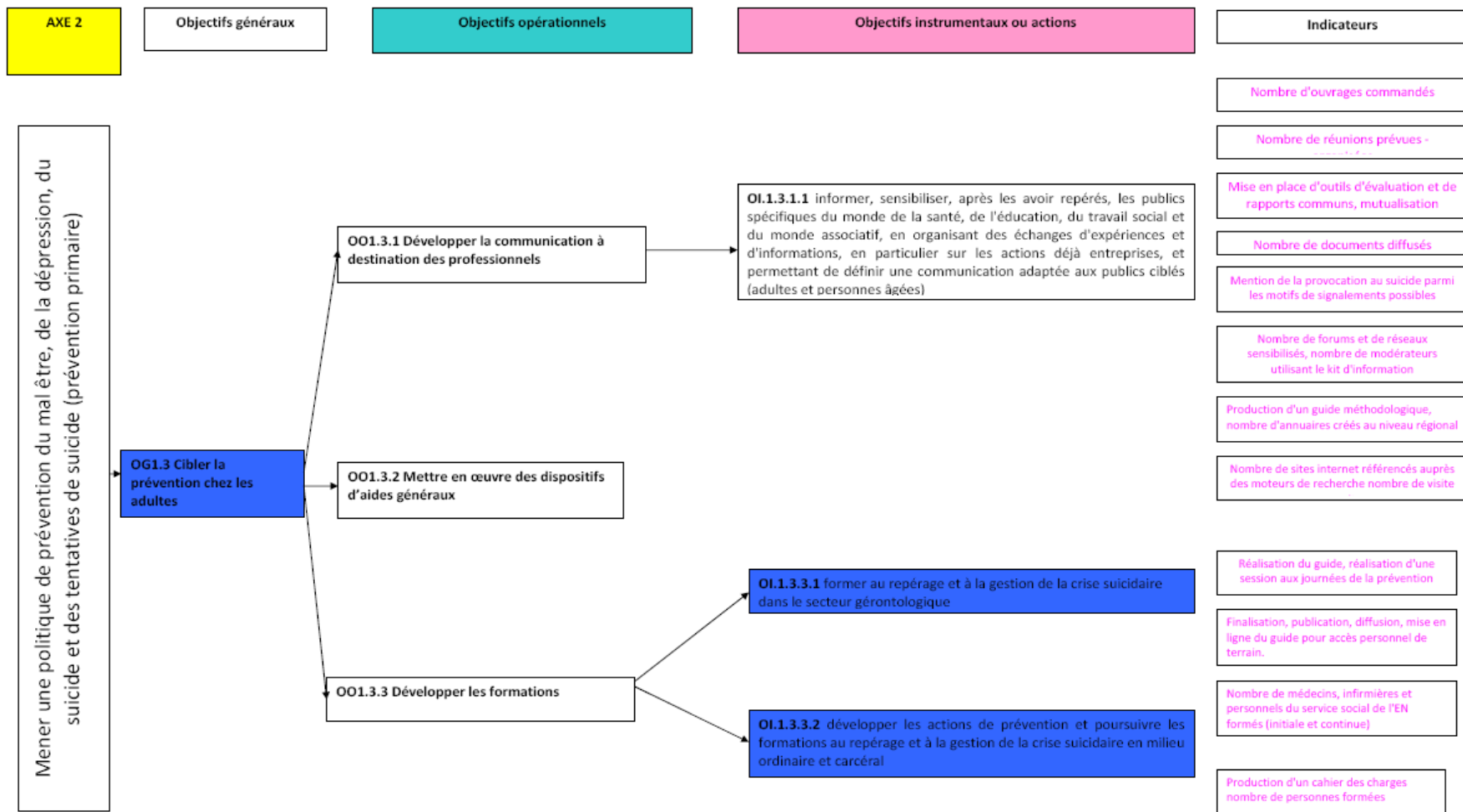
■ PRSP 2006-2009

■ Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014

■ SROS 2 des PDL 1999-2004, y compris psychiatrique

■ Loi de santé publique 2004

■ SROS 3 PDL 2006-2010



ARS DPRS/DEPS/missions 2011/évaluation expérimentale/arbre des objectifs_V6

4/9

■ PRS suicide et tentative de suicide 1998-2002

■ Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005

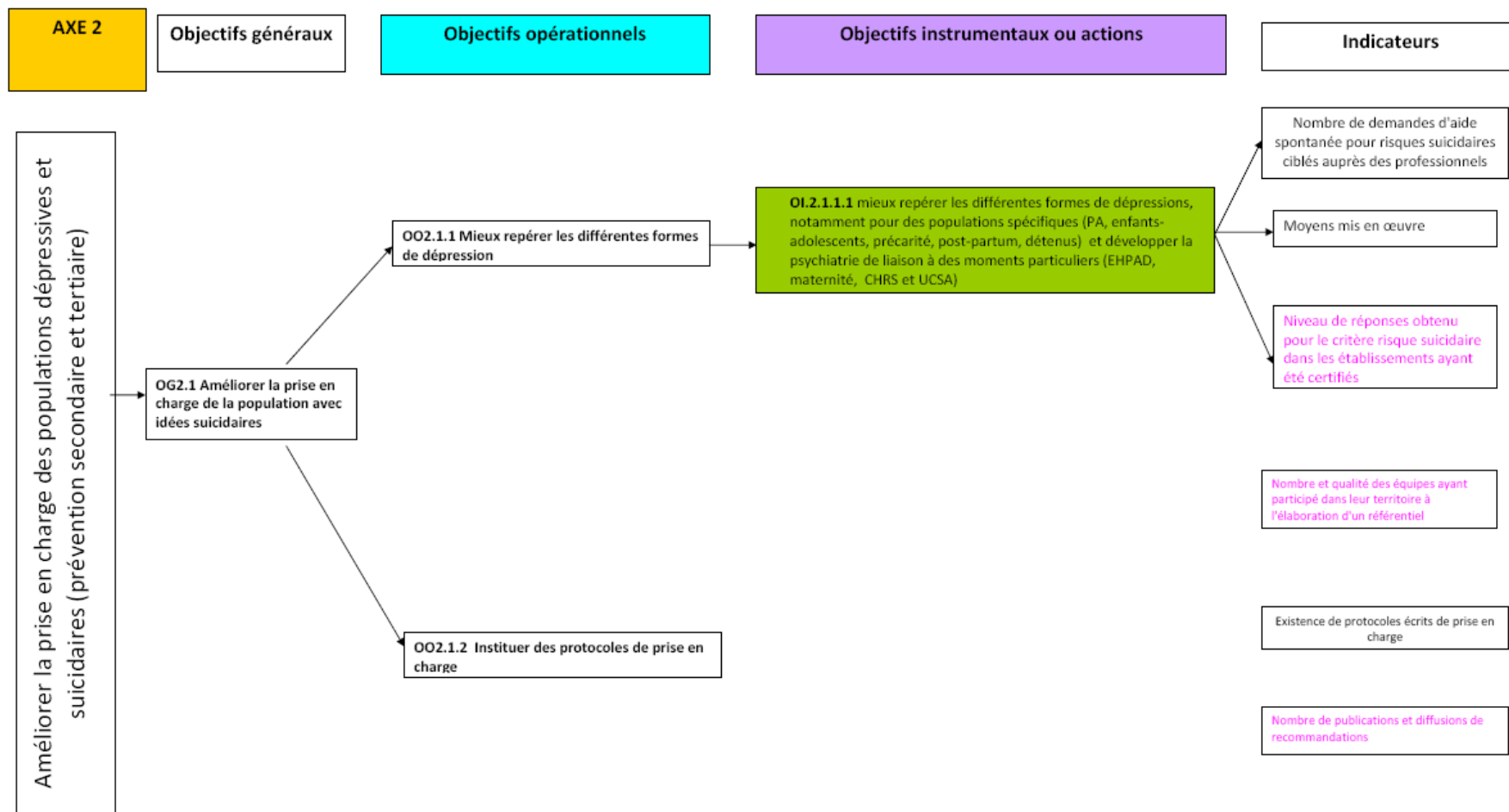
■ PRSP 2006-2009

■ Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014

■ SROS 2 des PDL 1999-2004, y compris psychiatrique

■ Loi de santé publique 2004

■ SROS 3 PDL 2006-2010



ARS DPRS/DEPS/missions 2011/évaluation expérimentale/arbre des objectifs_V6

5/9

■ PRS suicide et tentative de suicide 1998-2002

■ Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005

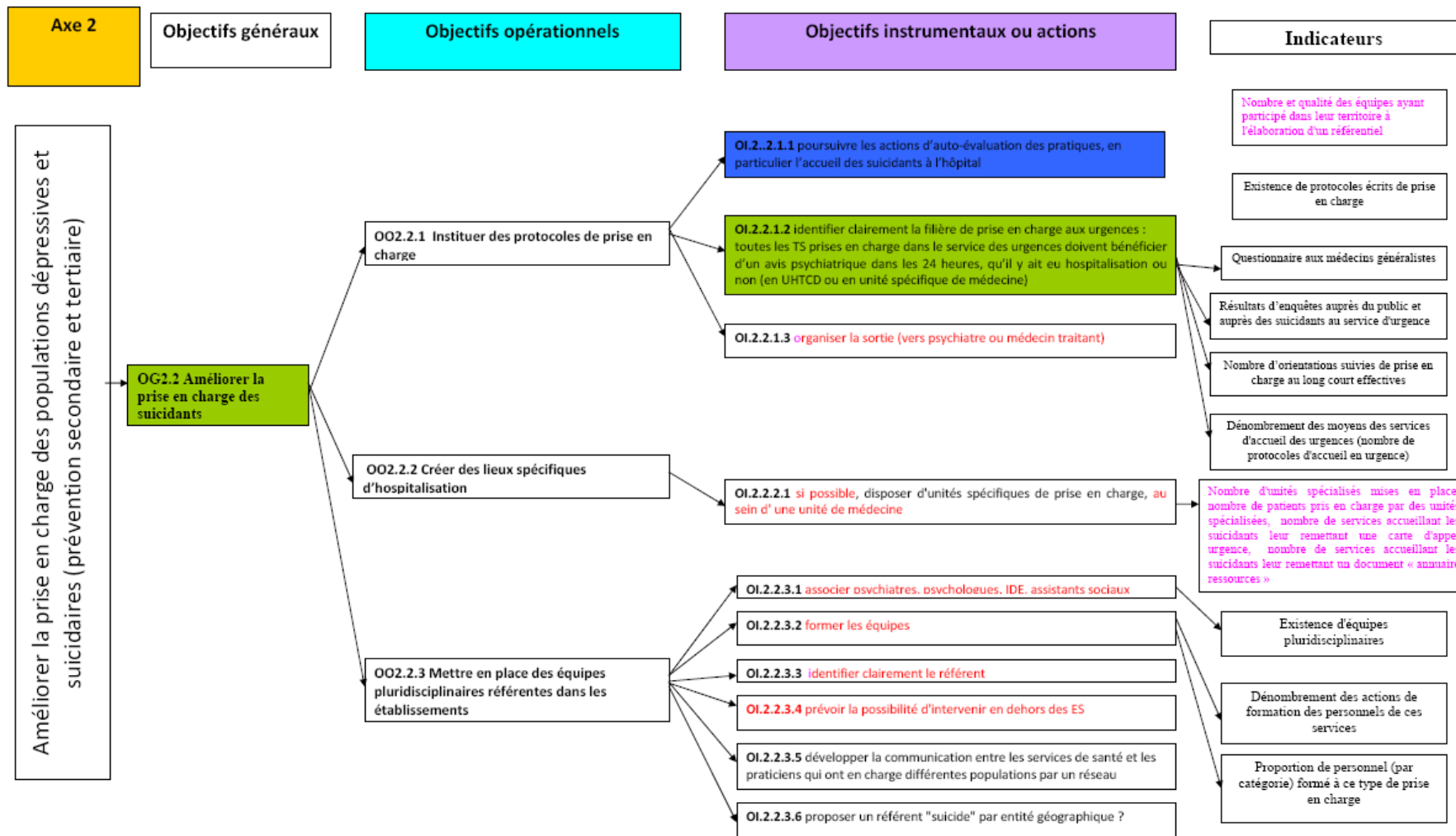
■ PRSP 2006-2009

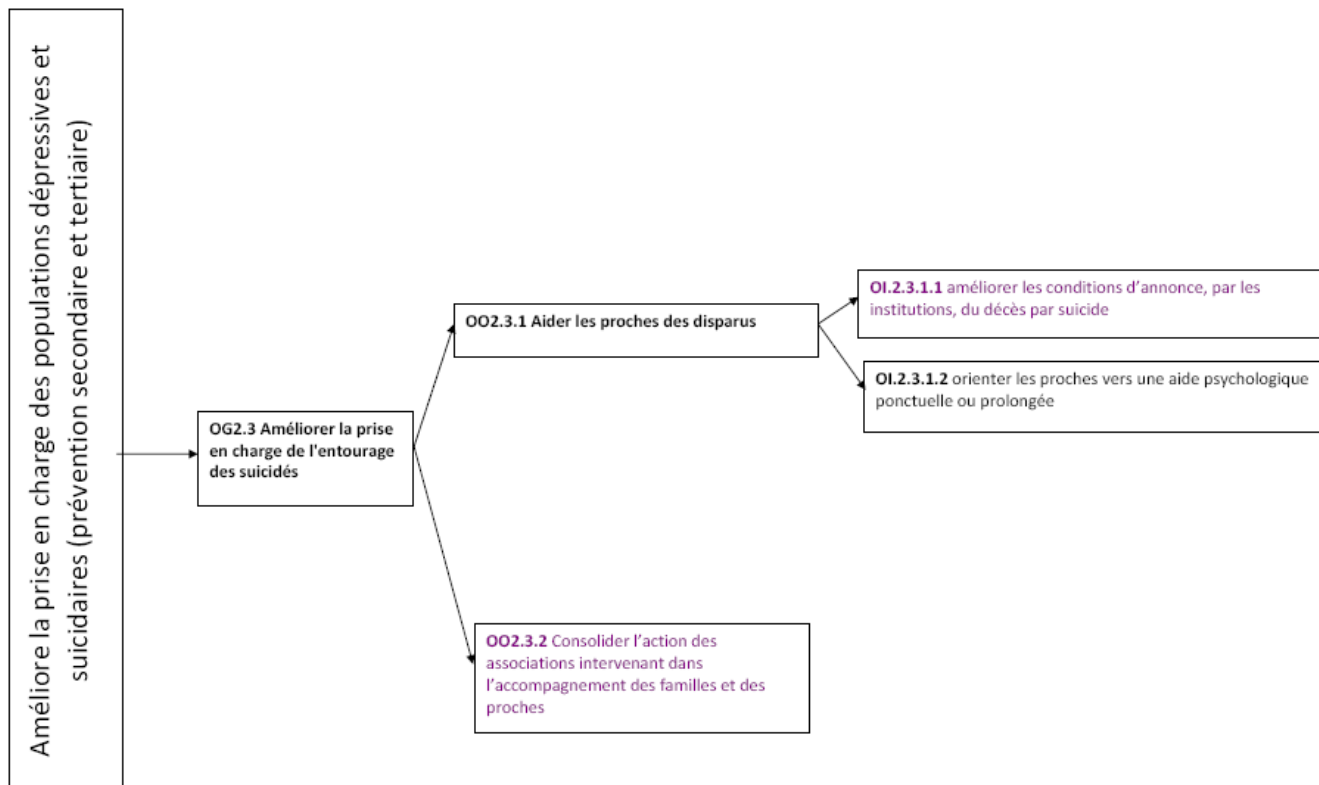
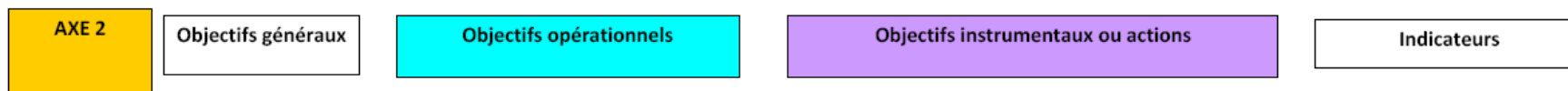
■ Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014

■ SROS 2 des PDL 1999-2004, y compris psychiatrique

■ Loi de santé publique 2004

■ SROS 3 PDL 2006-2010





ARS DPRS/DEPS/missions 2011/évaluation expérimentale/arbre des objectifs_V6

7/9

■ PRS suicide et tentative de suicide 1998-2002

■ Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005

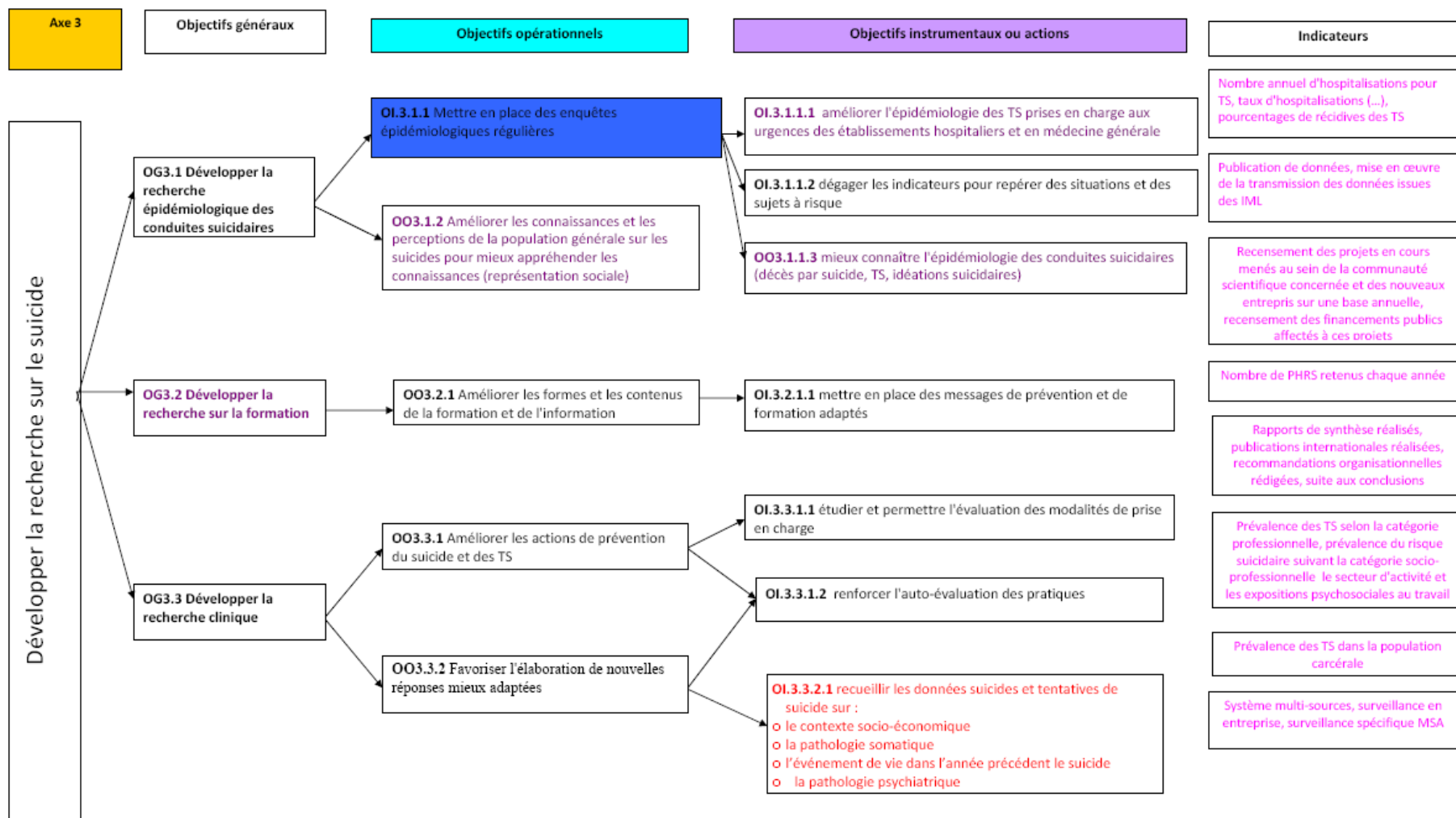
■ PRSP 2006-2009

■ Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014

■ SROS 2 des PDL 1999-2004, y compris psychiatrique

■ Loi de santé publique 2004

■ SROS 3 PDL 2006-2010



ARS DPRS/DEPS/missions 2011/évaluation expérimentale/arbre des objectifs_V6

8/9

■ PRS suicide et tentative de suicide 1998-2002

■ Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005

■ PRSP 2006-2009

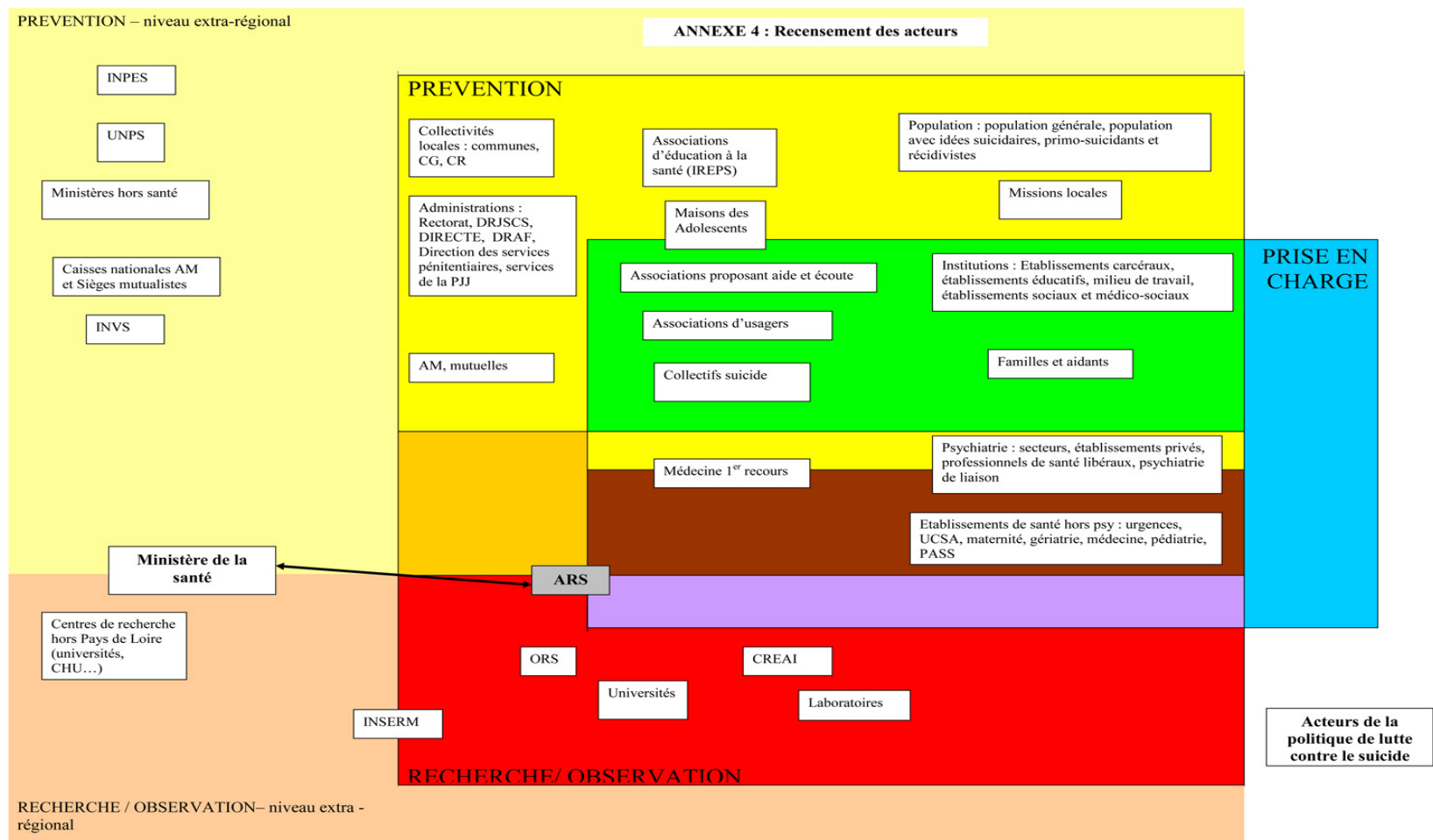
■ Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014

■ SROS 2 des PDL 1999-2004, y compris psychiatrique

■ Loi de santé publique 2004

■ SROS 3 PDL 2006-2010

ANNEXE 4 : Recensement des acteurs



ANNEXE 5 : Liste des investigations

TYPOLOGIE DES INVESTIGATIONS REALISEES

1. Analyse documentaire

- Analyse documentaire générale sur le suicide
- Analyse des appels à projet prévention, incluant le PRAPS
- Analyse des études statistiques et épidémiologiques : France, Pays de la Loire, départements

2. Enquêtes

- Enquête PMSI sur les hospitalisations en MCO et en psychiatrie en 2010
- Utilisation de l'enquête de l'ARS/DPPS auprès des établissements de santé et apports complémentaires
- Enquête auprès des personnes formées au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire organisées par l'ex- DRASS

3. Entretiens

- Entretiens individuels ou collectifs (cf. liste des personnes rencontrées)

ANNEXE 6 : Données épidémiologiques

1. Connaissances nationales

1.1. MORTALITE

Le suicide représente, depuis 25 ans, 2% de l'ensemble des décès, soit 1 décès sur 50 (mais il représente 7,2% chez les moins de 65 ans, représentant ainsi une part importante de la mortalité prématurée évitable).

L'évolution du suicide en France sur les cinquante dernières années met en évidence une incidence relative stable du phénomène jusqu'en 1975, puis une importante augmentation de l'ordre de plus de 40% de 1975 à 1985 (la crise socio-économique débutée en 1975 a pu être incriminée). Après avoir connu une stabilisation de 1985 à 1990, une diminution lente mais progressive est notée depuis 1990-1995. Cette décroissance nationale concerne en fait toutes les régions. Le nombre de décès après un pic de 12 525 morts en 1986 a cependant réaugmenté depuis 2007 (10 127 en 2007, 10 353 en 2008 et 10 499 en 2009), les actifs (35-65 ans) étant les plus concernés. Serait-ce les prémices de la crise économique et sociale actuelle ? La corrélation entre chômage et suicide est indéniable, au vu des crises antérieures de 1929 et 1975.

Dans son rapport 2012, la DREES s'est penchée sur le suivi des indicateurs liés aux objectifs de la loi de santé publique de 2004. En matière de suicide, deuxième cause de mortalité prématurée évitable en France, l'objectif de réduction de 20% du nombre des suicides à l'horizon 2009 s'est finalement révélé intenable, ce nombre n'ayant décru que de 5% entre 2000 et 2008. Le nombre national annuel de décès s'est ainsi toujours maintenu au dessus de la barre des 10 000.

Le constat d'un sex ratio⁹ inversé entre mortalité par suicide (sex ratio de 3) et tentatives de suicides (65% des hospitalisations pour TS concernent des femmes) est en partie expliqué par les moyens mis en œuvre qui sont très différents selon le genre. Les moyens les plus utilisés par les hommes sont les plus létaux (pendaison, arme à feu).

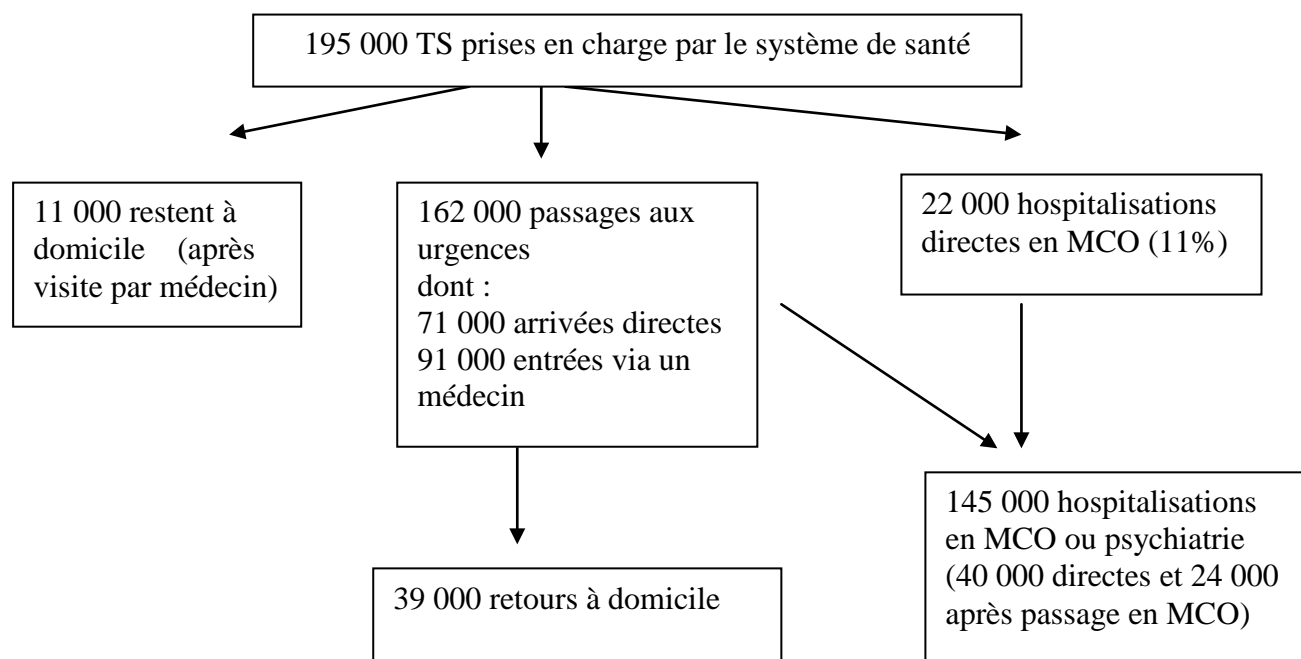
Utilisé dans la moitié des cas dans les années 1960, puis de façon moindre au profit des armes à feu dans les années 80-90, le mode de suicide le plus fréquent demeure la pendaison dans 45% des suicides. Les autres méthodes sont les armes à feu (16%), les intoxications (15%), la noyade (8%) et la précipitation dans le vide (6%).

Une augmentation régulière des suicides en prison de 1945 à 2010 a été mise en évidence (cf. BEH thématique du 13 décembre 2011), le niveau de mortalité passant de 4 à 19 pour 10 000, se distinguant du niveau observé en population générale. Bien que représentant 1% des suicides en France, la prévention du suicide en prison est toujours un sujet sous la vigilance des médias.

⁹ Sex ratio : c'est le rapport nombre d'hommes/nombre de femmes

1.2. MORBIDITE

Un essai de comptabilisation de l'ensemble des suicidants a été proposé par la DREES en 2006. Le devenir des suicidants pris en charge par le système de santé (ils ne le sont d'ailleurs pas tous) est décrit dans le schéma suivant :



Parmi les causes multifactorielles des TS, la dépression est souvent retrouvée et pourrait contribuer en partie à la différence des taux de TS selon le genre ; en effet, la prévalence de la dépression est 2 à 3 fois plus élevée chez la femme que chez l'homme, cette différence apparaissant dès l'adolescence (cf. plus loin les résultats du baromètre santé jeunes).

De même que pour le suicide, l'objectif de la loi de santé publique de réduire de 20% en 5 ans le nombre de personnes présentant des troubles dépressifs n'a pu être atteint. La prévalence de l'épisode dépressif caractérisé est restée stable entre 2005 et 2010, touchant environ 10% des femmes et 6% des hommes.

La méthode d'autopsie psychologique qui est considérée depuis les années 1960 au niveau international comme un outil de choix dans l'approche des caractéristiques mentales et psychosociales des victimes de suicide a permis de retrouver un trouble psychique dans 81 à 100% des décès par suicide : ce sont essentiellement des troubles de l'humeur, des troubles bipolaires, des troubles schizophréniques et des abus et dépendance à l'alcool.

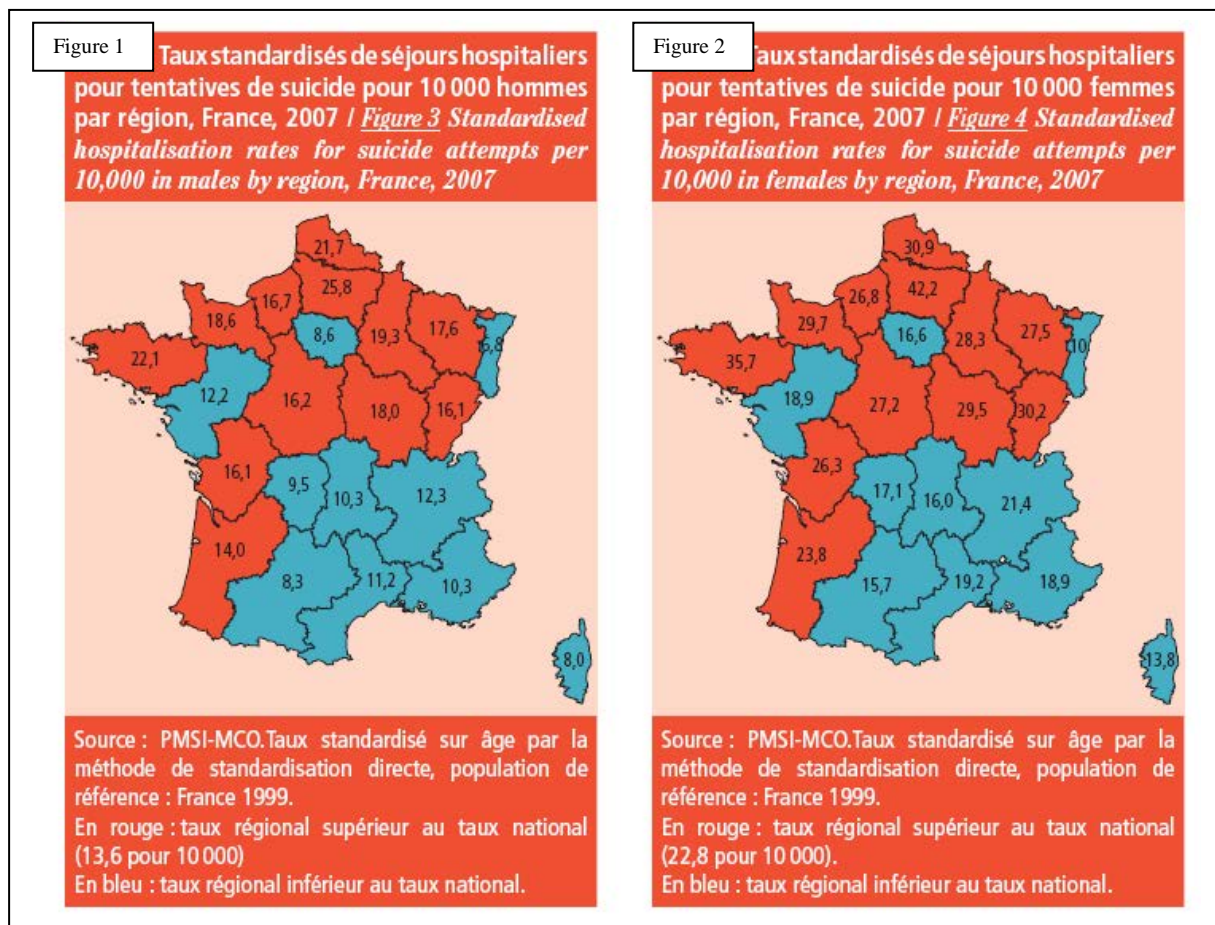
D'après la littérature, les TS seraient entre 10 et 40 fois plus fréquentes que les suicides et représentent le facteur prédictif le plus important pour un suicide accompli.

L'InVS a étudié les hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine, en analysant le PMSI-MCO.

Les principaux enseignements de cette étude publiée dans le BEH thématique du 13 décembre 2011 sont :

- une très grande prédominance féminine (65%) chez les personnes hospitalisées
- un taux de ré-hospitalisation de 14% à un an et de 23% à 4 ans, sans différence selon le sexe, avec un taux de ré-hospitalisation plus élevé chez les 30-49 ans et chez les patients ayant un diagnostic psychiatrique

- un mode opératoire des TS, très prédominant : l'absorption de médicaments (79% des TS hospitalisées)
 - deux pics selon l'âge chez les femmes : 15-19 ans et 40-49 ans et un pic chez les hommes : 35-39 ans
 - des taux standardisés supérieurs au taux national chez les hommes comme chez les femmes au nord et à l'ouest de la France, sauf pour l'Île de France et les Pays de la Loire (cf. figures 1 et 2)
 - o Pour les femmes, taux national de 22,8 pour 10 000 (PDL : 18,9)
 - o Pour les hommes, taux national de 13,6 pour 10 000 (PDL : 12,2)
- Ce positionnement des Pays de la Loire peut apparaître surprenant si on le compare à celui de la région vis-à-vis de la mortalité.



Le baromètre santé 2010 de l'INPES complète ces données hospitalières de morbidité par les éléments suivants :

- 3,9% de la population âgée de 15 à 85 ans a eu des pensées de suicide au cours de l'année écoulée, avec un maximum entre 45 et 54 ans pour les deux sexes, avec même 0,5% (0,7% des femmes et 0,3% des hommes) qui auraient fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois ; à noter que ce pourcentage est en hausse par rapport à 2005 (0,3% seulement en 2005)
- le facteur de risque le plus important dans la survenue à la fois des idées suicidaires et des tentatives de suicide est le fait d'avoir subi des violences (sexuelles ou non)
- le tabagisme se révèle associé aux pensées suicidaires (le tabac est utilisé pour gérer l'anxiété ou une humeur dépressive, facteurs associés aux conduites suicidaires)

Le risque suicidaire suit par ailleurs un gradient social, les catégories sociales les plus favorisées étant les moins concernées. L'identification de populations vulnérables, comme le souligne le BEH thématique du 13 décembre 2011, devrait aboutir à la mise en place d'actions de prévention spécifique. Toute nouvelle action en ce de domaine est souhaitable pour mieux prévenir le suicide lié aux conditions de travail ou au chômage.

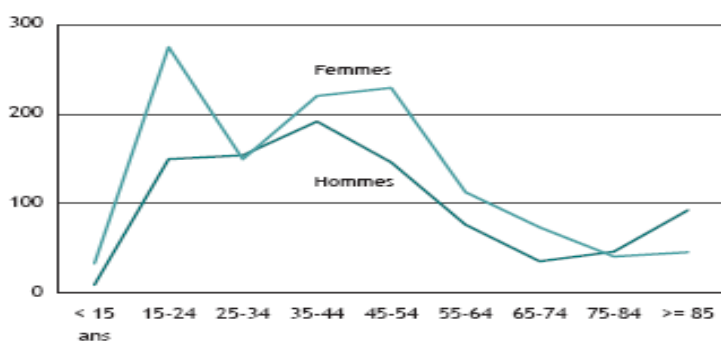
2. Connaissances régionales et départementales sur la morbidité

2.1 Synthèse des résultats de l'enquête de l'ORS sur les données disponibles du PMSI-MCO de 2009

- 4 939 hospitalisations en MCO en 2009 (soit 4 324 patients)
- une situation selon les départements très hétérogène par rapport à la moyenne nationale :
 - -12% en Vendée
 - +12% en Maine-et-Loire
 - +11% en Sarthe
 - +31% en Mayenne
 - Très faible en Loire-Atlantique (2 à 3 fois moins que le nombre attendu)
- 89% des hospitalisations ont fait suite à un passage aux urgences (taux comparable à celui publié par la DREES en 2006)
- 59% de femmes et 41% d'hommes parmi les personnes hospitalisées pour TS
- Courbe par âge : profil très différent, avec une prédominance féminine, de celle des taux de mortalité, avec des fréquences plus élevées notamment chez les femmes, chez les 15-24 ans (les 2 pics chez les femmes et le pic masculin relevés par l'enquête nationale PMSI sont bien retrouvés en PDL) (cf. figure 3)
- 90% des personnes ont été hospitalisées une seule fois, 10% au moins deux fois dans l'année
- 70% des séjours se sont achevés par un retour à domicile, 26% par un transfert
- 60 % de ces séjours ont duré moins de 2 jours, 25% entre 2 et 5 jours

Figure 3

Taux de patients hospitalisés dans les services de MCO¹ pour une tentative de suicide selon le sexe et l'âge Pays de la Loire (2009)



Sources : PMSI (ATIH) - données domiciliées, Insee - Exploitation ORS 1. médecine, chirurgie, obstétrique Unité : pour 100 000

Le nombre d'hospitalisations est anormalement bas pour la Loire-Atlantique. Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour expliquer cette situation :

- soit une prévalence des tentatives de suicide bien moindre en Loire-Atlantique qu'ailleurs
- soit davantage de prises en charge non hospitalières des tentatives de suicide

- soit des séjours non comptabilisés dans le PMSI-MCO, mais qui peuvent l'être dans le PMSI PSY, par hospitalisation des tentatives de suicide en milieu psychiatrique
- soit des séjours insuffisamment codés par les établissements de santé de Loire-Atlantique

2.2 Enquête PMSI MCO-PSY 2010 sur les hospitalisations pour tentatives de suicide

Méthodologie :

Une enquête complémentaire a donc été menée sur le PMSI 2010 portant sur les patients domiciliés et hospitalisés en MCO ou en psychiatrie dans un établissement des Pays de la Loire, avec une mention au codage PMSI relative au suicide (Diagnostic principal DP ou Diagnostic associé DAS codé X60 à X84).

Résultats :

Nombre de patients vus au moins une fois en MCO en 2010 :

Département	Nombre de patients	Population	Nombre de patients/10 000 habitants
44	718	1 266 358	5,67
49	1 267	780 082	16,24
53	498	305 147	16,32
72	788	561 050	14,05
85	820	626 411	13,09
Région	4 091	3 539 048	11,56

Soit 4 091 patients et 4 821 séjours (à rapprocher des 4 324 patients et des 4 939 hospitalisations rapportées par l'ORS pour l'année 2009, mais l'ORS avait rajouté le code Z.915 en DAS associé à un DP T36 à T50).

Les résultats montrent des situations plus défavorables en Maine-et-Loire et en Mayenne que dans les autres départements.

Cette répartition des départements apparaît différente de celle retrouvée avec les taux de mortalité. En particulier, la Sarthe n'apparaît plus comme le département le plus mal classé.

Mais il est surtout retrouvé un nombre très faible de patients hospitalisés en Loire-Atlantique. L'importance du différentiel constaté dans ce département rend d'ailleurs impossible une vision de la situation régionale.

Compte tenu de la population de Loire-Atlantique, et en appliquant le taux moyen d'hospitalisation des autres départements (14,84 / 10 000 habitants), on pourrait s'attendre à environ 2 200 hospitalisations. Le nombre total des hospitalisations de la région serait alors aux alentours de 5 575 au lieu de 4 091. Le taux global d'hospitalisation serait ainsi de 15,5 / 10 000 habitants, soit en appliquant un sexe ratio de 0,67, un taux de 12,87 / 10 000 chez les hommes et de 18,25 / 10 000 chez les femmes. Ces taux par genre sont voisins de ceux retrouvés par l'enquête nationale de l'InVS tels qu'ils apparaissent dans les figures 1 et 2. L'InVS a-t-elle aussi redressé les taux de Loire – Atlantique ?

L'enquête menée lors de cette évaluation confirme donc que les taux standardisés de séjours hospitalisés pour tentative de suicide en Pays de la Loire sont plus faibles que ceux des régions voisines.

Nombre de patients différents vus au moins une fois en psychiatrie hospitalière en 2010 :

Département	Nombre de patients	Population	Nombre de patients/10 000 habitants
44	185	1 266 358	1,46
49	415	780 082	6,32
53	23	305 147	0,75
72	681	561 050	12,14
85	54	626 411	0,86
Région	1 368	3 539 048	3,84

Ce tableau montre une très grande hétérogénéité interdépartementale des hospitalisations en psychiatrie. La sous-déclaration des hospitalisations en MCO en Loire-Atlantique n'est ainsi pas expliquée par un recours élevé des hospitalisations en psychiatrie. A moins qu'il y ait aussi un sous-codage en psychiatrie. D'ailleurs, le nombre de patients pour 10 000 habitants par département ne suit pas de logique. Et c'est l'ensemble des nombre de patients qui pose question. La Sarthe se distingue des autres départements par un taux élevé d'hospitalisations en psychiatrie. La présence d'un centre hospitalier spécialisé regroupant l'ensemble des secteurs de psychiatrie en est-elle responsable ?

Nombre d'hospitalisations selon les établissements de santé MCO :

L'étude du nombre d'hospitalisations par établissement de santé dans le tableau ci-dessous montre un résultat anormalement bas au CHU de Nantes. De ce fait, une enquête spécifique au CHU de Nantes pendant une semaine ou un mois, par convention avec l'ARS pourrait être proposée afin de mieux appréhender la réalité de la situation.

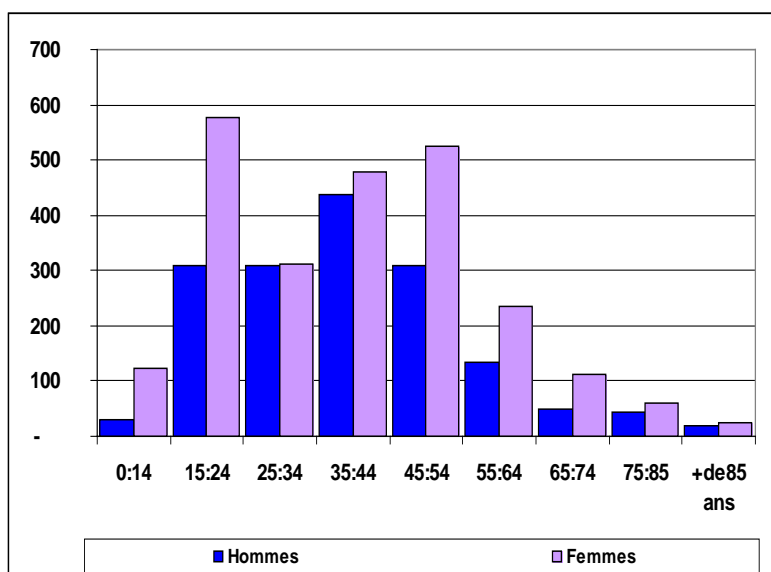
Il convient de noter que les 5 établissements privés avec service d'urgence accueillent par ailleurs très peu de TS (moins de 5 par établissement).

Etablissement	Nombre d'hospitalisations pour TS en 2010
CH Saint-Nazaire	261
CHU Nantes	309
CH Ancenis	100
CH Châteaubriant	55
Nouvelles cliniques nantaises	3
CHU Angers	978
CH Cholet	282
Clinique de l'Anjou, Angers	1
CH Saumur	203
CH du Haut Anjou, Château-Gontier	102
CH du Nord Mayenne, Mayenne	74
CH Laval	412
Clinique du Maine, Laval	5
CH Le Mans	578
CH Château-du-Loir	28
CH Saint-Calais	29
CH La Ferté Bernard	65
Pole Santé Sarthe-et-Loir, Le Bailleul	155
Pôle santé sud, Le Mans	3
CH Les Oudairies, La Roche-sur-Yon	711
CH Fontenay-Le-Comte	128
CH Les Sables d'Olonne	37
Clinique St Charles, La Roche sur Yon	3
CH Loire Vendée Océan, Challans	159
Autres (ex hôpitaux locaux, cliniques privées, établissements SSR)	22
TOTAL	4703

Répartition selon le sexe et l'âge :

Age	Hommes	Femmes	Sex ratio
0-14	30	123	0,24
15-24	309	576	0,54
25-34	309	312	0,99
35-44	437	478	0,91
45-54	309	525	0,59
55-64	135	234	0,58
65-74	50	113	0,44
75-85	44	61	0,72
Plus de 85 ans	18	25	0,72
Total	1 641	2 447	0,67

Le sex ratio calculé à 0,67 (soit 60% de femmes) est identique à celui de l'enquête ORS 2009.



Les constats nationaux et régionaux (enquête ORS sur les données 2009) sont retrouvés, avec deux pics féminins et un pic masculin entre les deux pics féminins. Entre 25 et 44 ans, le sex ratio est proche de 1. Il y a autant d'hommes que de femmes accueillis dans les établissements de santé.

Département	Sex ratio
44	0,67
49	0,66
53	0,75
72	0,63
85	0,68
Région	0,67

En Mayenne, le sex ratio est sensiblement plus élevé que dans les autres départements.

Fréquence des diagnostics associés suicide dans les séjours MCO :

Libellé	44	49	53	72	85	Région
Médicaments et produits toxiques	61%	68%	83%	79%	85%	74%
Objet tranchant	4%	2%	6%	6%	5%	4%
Alcool	6%	1%	2%	4%	2%	3%
Pendaison, strangulation et suffocation	2%	1%	3%	3%	3%	2%
Autres	4%	4%	4%	2%	3%	4%
Lésion auto-infligée sans précision	23%	24%	2%	6%	2%	3%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Le codage des lésions auto-infligées n'est pas toujours suffisamment précis pour envisager des comparaisons interdépartementales (code X84 lésions auto infligées sans précision utilisé une fois sur quatre en Loire-Atlantique et en Maine-et-Loire).

On note l'importance des intoxications par médicaments ou par produits toxiques, mais ceci est peut être du au fait que ce mode de passage à l'acte n'est pas systématiquement et rapidement fatal. Le taux de 74% est voisin du taux national (79%)

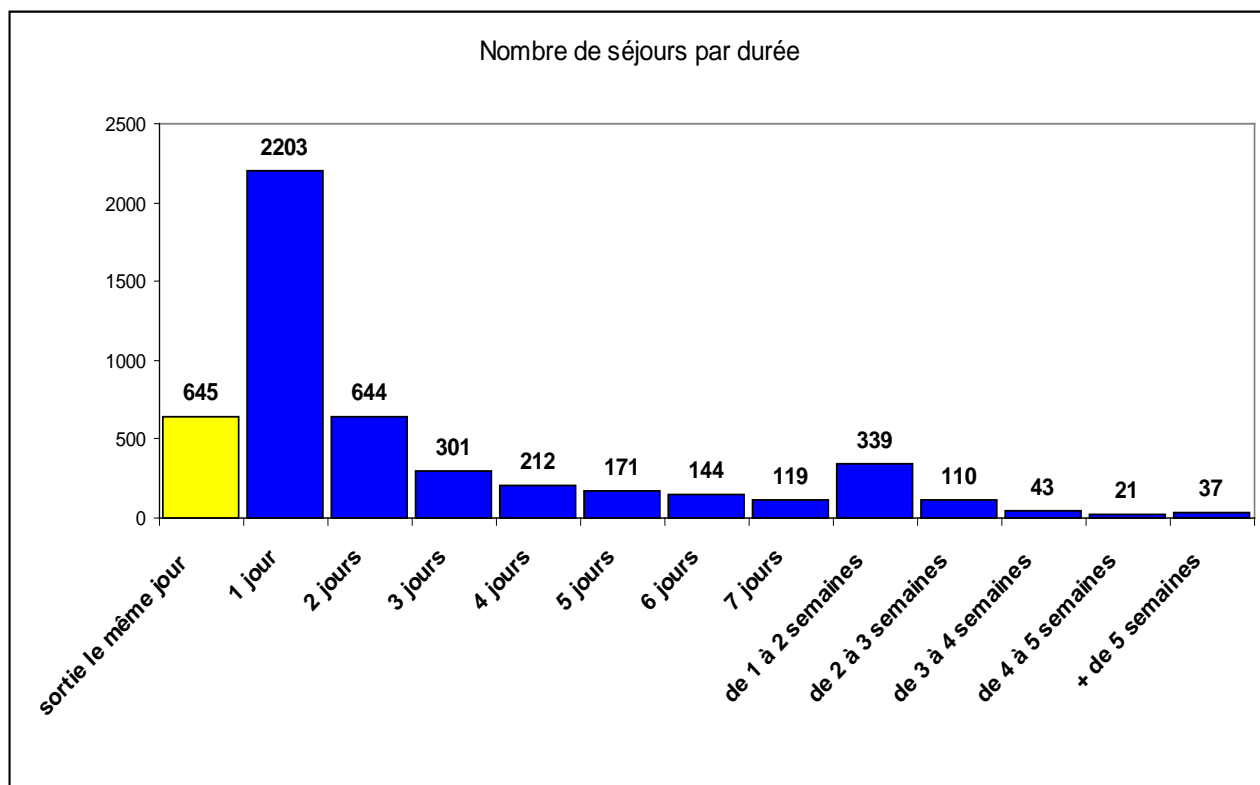
Modes d'entrée et de sortie des séjours en MCO :

		<i>Sortie</i>								<i>Pourcentage</i>
		<i>MCO</i>	<i>SSR</i>	<i>SLD</i>	<i>PSY</i>	<i>Domicile</i>	<i>Etablissement Médico-social</i>	<i>Décès</i>	<i>Total</i>	
<i>Entrée directe</i>	<i>MCO</i>	9	5		5	25	1	1	46	1%
	<i>SSR</i>	4							4	0,1%
	<i>SLD</i>					1	1	1	3	0,1%
	<i>PSY</i>		1		4	2			7	0,2%
	<i>Domicile</i>	51	17		92	239	1	16	416	8,9%
<i>Entrée via les urgences</i>		270	87	6	890	2 901	8	25	4 187	89,8%
<i>Total</i>		334	111	6	991	3 168	11	43	4 665	100%
<i>Pourcentage</i>		7%	2%	0%	21%	68%	0%	1%	100%	

Près de 90% des entrées en MCO avec mention d'un diagnostic suicide se font par les urgences (résultat comparable à l'enquête régionale de l'ORS sur les données 2009 et de l'essai de comptabilisation de la DREES de 2006).

21% des séjours MCO donnent lieu à une sortie vers une unité de psychiatrie hospitalière (soit 1 sortie sur 5). Bien évidemment, ne sont pas mentionnés les suivis par la psychiatrie libérale. Près d'1 patient sur 3 ne rentre pas directement au domicile suite à son passage en hospitalisation MCO (résultat comparable à l'enquête régionale de l'ORS sur les données 2009)

Durées de séjours en MCO :



57% des séjours ont duré moins de 2 jours (60% dans l'enquête de l'ORS sur les données 2009).

27% des séjours ont duré entre 2 et 5 jours (25% dans l'enquête de l'ORS sur les données 2009).

10% des séjours ont eu une durée supérieure à une semaine.

Les durées de séjour pour TS présentées ici ne tiennent pas compte d'éventuels séjours en psychiatrie après un passage en MCO.

Séjours itératifs et récidives :

Pour cette évaluation, les séjours avec DAS ou DP suicide ont été comptabilisés sur une période de 12 mois depuis janvier 2010.

Le taux de récurrence à 12 mois est de 15% dans la cohorte étudiée, soit 12% des patients (10% dans l'enquête de l'ORS sur les données 2009 et 14% au niveau national selon le BEH thématique du 13 décembre 2011).

Le plus fort taux de récurrence est rencontré le mois du séjour inaugural : 6% des patients.

Le taux de récurrence par département n'a pas été calculé compte tenu de la situation particulière de la Loire-Atlantique.

Hospitalisations en psychiatrie :

Nombre de séjours dans l'année	Nombre de patients MCO avec mention de suicide	Pas de séjour en psychiatrie hospitalière	Au moins 1 séjour en psychiatrie hospitalière	Taux de prise en charge en psychiatrie hospitalière
1	3 605	2 305	1 300	36%
2	356	154	202	57%
> 2	127	25	102	80%
Total	4 088		1 604	

Sur 4 088 patients ayant eu au moins 1 séjour en MCO, 1 604 d'entre eux (39%) ont eu au moins une séquence de soins en psychiatrie hospitalière avant ou après la tentative de suicide et dans la même année :

- 3 850 séquences de soins ont été dispensées à ces 1604 patients
- Le taux de prise en charge en psychiatrie augmente avec le nombre de prises en charge en MCO (récidives) : 80% des patients ayant réalisé plus de 2 TS font au moins un séjour en psychiatrie hospitalière dans l'année (sans notion de chronologie)

2.3 Baromètre santé jeunes des Pays de la Loire de 2010 coordonné par l'ORS des Pays de la Loire.

Parmi les premiers résultats publiés (ou en cours), on peut relever que :

- 7% des Ligériens de 15-25 ans déclarent avoir souffert d'un épisode dépressif dans l'année, les filles étant deux fois plus concernées que les garçons, avec seulement 43% déclarant avoir consulté les services d'un organisme ou un professionnel de santé (stabilité depuis 2005 avec comparabilité par rapport au plan national des prévalences et des fréquences de prise en charge)
- 4% des filles et 3% des garçons de 15-25 ans déclarent avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois (parmi ces jeunes, environ un sur sept déclare être passé à l'acte dans l'année)
- 4% des jeunes disent avoir déjà tenté de se suicider au cours de leur vie (5% des filles contre 3% des garçons), sans évolution significative par rapport à 2005
- 60% ont bénéficié d'une prise en charge à la suite de leur tentative de suicide (hôpital ou médecin ou « psy »), sans qu'aucune tendance nette ne se dessine en matière de fréquence de prise en charge des TS entre 2000 et 2010 ; cependant la seule tendance qui semble se dégager, au niveau national comme en Pays de la Loire, est une augmentation entre 2000 et 2010 de la fréquence des prises en charge associant passage à l'hôpital et suivi par un médecin ou un psy, passant de 11% à 35% (peut-on faire l'hypothèse d'une évolution des pratiques hospitalières, avec la mise en place plus fréquente d'un suivi des suicidants après leur passage à l'hôpital ? Ces tendances retrouvées sur de faibles effectifs devront être confirmées)
- les prévalences des pensées suicidaires et des TS déclarées sont proches de la moyenne nationale, de même que la fréquence de prise en charge des TS

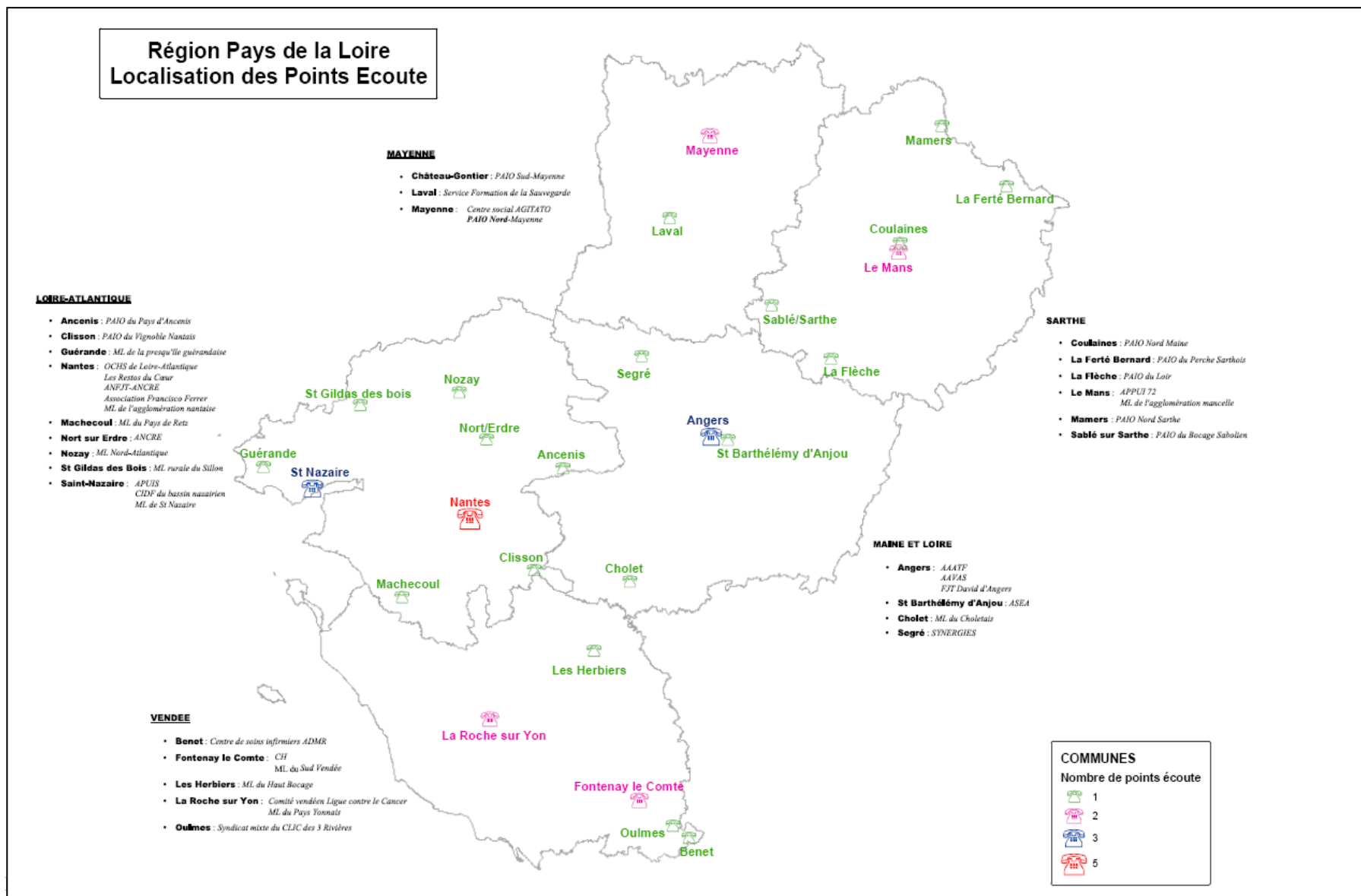
Données de surveillance SOS Médecins liées aux tentatives de suicide dans la région Pays de la Loire, 2010-2011

Tableau 1: Répartition du nombre annuel de visites pour tentatives de suicide et du nombre d'hospitalisations après visite, associations SOS Médecins des Pays de la Loire, 2010-11

Association SOS Médecins	2010			2011		
	Visites	Hospitalisations	% Hosp	Visites	Hospitalisations	% Hosp
Nantes	170	126	74 %	152	99	65 %
Saint-Nazaire	48	37	77 %	40	32	80 %

Source: SOS Médecins Nantes et Saint-Nazaire, Sursaud® / InVS

ANNEXE 7 : Cartographie des lieux d'accueil et d'écoute - DRASS 2004/2005



ANNEXE 8 : Grille d'enquête auprès des personnes formées au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire



Madame, Monsieur,
 Vous avez participé à une **FORMATION AU REPERAGE ET A LA PRISE EN CHARGE DE LA CRISE SUICIDAIRE** organisée par la DRASS des Pays de la Loire.

Dans le cadre d'une évaluation de la mise en oeuvre de la politique de prévention du suicide en Pays de la Loire menée actuellement et, afin d'améliorer cette politique, l'Agence Régionale de Santé souhaite recueillir votre avis sur la réalité de la mise en oeuvre de cette formation dans votre exercice professionnel et sur les changements de pratique qu'elle a pu entraîner.

Nous vous remercions par avance du temps que vous voudrez bien consacrer au remplissage de ce questionnaire.

1. En quelle année avez-vous suivi la formation au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire ?

- 2002 2005 2008
 2003 2006 2009
 2004 2007

2. Dans quel(s) département(s) exercez-vous votre activité professionnelle et/ou bénévole ?

- Loire-Atlantique Maine et Loire
 Mayenne Sarthe
 Vendée

3. Vous êtes ?

- Aide-soignant(e) Infirmier (ère)
 Assistant(e) social(e) Médecin
 Bénévole Psychologue
 Conseiller Principal d'Éducation Autre (préciser) :
 Educateur (trice)

4. Votre employeur ou structure de rattachement est ?

- Un établissement de santé Une université
 Une structure de l'éducation nationale Une structure de l'enseignement privé
 Une association Un organisme de protection sociale
 Une structure médico-sociale Une structure sociale
 Une collectivité territoriale Autre (préciser) :

5. Avec le recul, êtes-vous satisfait(e) de la formation à laquelle vous avez participé ?

- Très satisfait Satisfait Non satisfait Sans avis

ARS Pays de la Loire – Département Prévention de la Santé et Prévention
 CS 30233 4402 Nantes cedex 2
 Tél : 02 51 12 40 00
 Site Internet : www.ars.paysdelaloire.santat.fr

6. Avec le recul, diriez-vous que cette formation vous a permis :

- de faire évoluer vos perceptions sur les comportements suicidaires ?

- Oui Non Sans avis

Si, oui, pouvez-vous dire en quoi ?

- d'améliorer vos connaissances sur les comportements suicidaires ?

- Oui Non Sans avis

Si, oui, pouvez-vous dire en quoi ?

- d'améliorer votre capacité de repérage de la crise suicidaire ?

- Oui Non Sans avis

Si, oui, pouvez-vous dire en quoi ?

- d'améliorer votre capacité d'orientation, de prise en charge et/ou d'accompagnement d'une personne en situation de crise suicidaire ?

- Oui Non Sans avis

Si, oui, pouvez-vous dire en quoi ?

7. Avec le recul, diriez-vous que cette formation a fait évoluer votre pratique professionnelle ?

- Oui Non Sans avis

Si, oui, pouvez-vous dire en quoi ?

8. Depuis la formation, avez-vous été confronté(e) à une situation liée à un comportement suicidaire ?

- Oui Non

Si oui, auprès de quel public ? (plusieurs réponses possibles)

- Jeunes Personnes malades
 Personnes âgées Adultes en milieu professionnel
 Personnes en difficulté sociale Autre (préciser) :

9. Si oui, vous êtes-vous senti(e) plus en capacité de gérer la situation qu'avant la formation ?

- Oui Non Sans avis

Si oui, avez-vous rencontré des difficultés ? Lesquelles ?

10. Vous sentez-vous aujourd'hui suffisamment formé(e) pour pouvoir prendre en charge une personne avec un comportement suicidaire ?

- Oui Non Sans avis

11. Depuis la formation, avez-vous contacté les personnes-ressource dont vous avez entendu parler lors de la formation?

- Oui Non

Si oui, dans quelles circonstances et/ou sur quels thèmes?.....

12. Diriez-vous que cette formation vous a permis de créer des liens avec d'autres acteurs sur le champ du suicide ?

- Oui Non Sans avis

Si oui, s'agit-il des participants à la formation ? Oui Non

13. Trouveriez-vous utile de prolonger cette formation par un module de formation complémentaire ?

- Oui Non Sans avis

Si oui, sous quelle forme ? (plusieurs réponses possibles)

- Un échange de pratiques
 Une actualisation des connaissances Autre (préciser) :.....

Quelles sont vos attentes en termes d'acquisition de compétences?.....

14. Avez-vous d'autres commentaires à faire sur cette formation ?

.....
.....
.....

ANNEXE 9 : Méthodologie des enquêtes hospitalières

Enquête ARS/DPPS (été 2011) sur la mise en œuvre des dispositions des SROS et son exploitation dans le cadre du présent rapport

Les 25 établissements de santé de la région Pays de Loire disposant d'une autorisation d'activité d'urgence ont fait l'objet d'une enquête menée par la Direction de la Prévention et de la Promotion de la Santé de l'Agence Régionale de Santé du 27 juillet au 8 septembre 2011.

Cette enquête, à caractère déclaratif, avait pour objet de dresser le bilan du déploiement des dispositions des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire sur cette thématique, et d'esquisser à partir de ce bilan les éléments à introduire dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens liant les établissements concernés et l'Agence Régionale de Santé.

Compte tenu des particularités des établissements de santé privés, et afin de limiter les possibles biais d'interprétation, le présent rapport ne prend en compte que les réponses des établissements publics (et PSPH le cas échéant).

Bilan pour la région Pays de Loire des audits cliniques sur la prise en charge hospitalière des suicidants, ANAES avril 2006

Une expérimentation d'audit clinique avait été lancée dans les régions ayant élaboré un PRS suicide. Il a ensuite été étendu à toutes les régions.

Les établissements de santé ont participé sur la base du volontariat. En Pays de la Loire, tous les volontaires n'ont pu être retenus. Seuls 9 établissements l'ont été.

La démarche consistait à examiner un échantillon de dossiers qui, sur la base de 16 critères issus des recommandations de l'ANAES sur la prise en charge des suicidants, étaient cotés oui/ non/ NA. Une analyse des écarts et l'élaboration de plans d'amélioration étaient bâties sur cette base.

Les dossiers inclus se réfèrent, le plus souvent, à l'année 2003. Si la concaténation des chiffres issus de cet audit ne peuvent en conséquence avoir valeur de démonstration du fonctionnement actuel, les commentaires, explications et pistes d'amélioration émis alors par les établissements impliqués conservent un intérêt certain en termes d'approche leviers/freins pour certains critères de la présente évaluation.

La prise en charge des suicidants dans les établissements de santé à travers les procédures de certification de la HAS

1. Que peut – on repérer à travers les rapports de certification de la HAS concernant spécifiquement le suicide ?

Les rapports de certification des établissements de santé peuvent être consultés sur le site de la Haute Autorité de Santé.

La version 2, puis la version 2010 du référentiel de certification des établissements de santé, identifient en tant que telle la gestion du risque suicidaire.

Dans la V2 :

Un critère (25e) est libellé comme suit : " Le risque suicidaire est pris en compte".

Il est intégré dans la référence : "25 - Les situations nécessitant une prise en charge adaptée."

Outre la note générale sur le critère, 4 éléments d'appréciation (EA) sont cotés (oui/ en partie/ non/ NA) :

- Information/ formation des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des patients à risque
- Identification des patients ayant besoin d'une prise en charge particulière
- Organisation d'une prise en charge adaptée des patients à risque
- Traçabilité dans le dossier des actions de prise en charge.

A noter que ces EA sont, en tout ou partie, générique à toutes les situations nécessitant une prise en charge adaptée déclinées dans le rapport de certification.

Dans la V2010 :

Un critère 19 c "risque suicidaire" est évalué au titre des "prises en charge particulières"

Outre le score global (de A à D), les rapports comportent 1 appréciation (oui/ en grande partie/partiellement/ non) pour 5 EA (éléments d'appréciation)

E1-Prévoir

- Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.

E2 - Mettre en œuvre

- L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.

- Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.

E3 - Evaluer et améliorer

- Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.
- Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.

A noter que :

- D'autres items du référentiel de certification sont applicables aux suicidants, mais ne sont pas spécifiques (ex. critères 24.a – organisation de la sortie du patient) ;

- Pour l'une et l'autre version, c'est plus la gestion du risque suicidaire que la prise en charge des suicidants qui est abordée, même si certains EA (formation des professionnels, coordination) peuvent également servir cette dernière ;

- Pour un même établissement, les appréciations et score sont indiqués par type d'activité (MCO, SSR, SLD, SM). Il n'y a pas de score synthétique par établissement, et les différents blocs peuvent être cotés

différemment.

Au 10/04/2010, une consultation du site de la HAS permet d'identifier :

- 93 rapports disponibles sous le format V2
- 35 rapports disponibles sous le format V2010

2. Eléments issus de la lecture des rapports V2010 disponibles

- Composition de l'échantillon

Pour 35 établissements, 71 activités ont été évalués : 24 MCO, 23 SSR, 12 SLD, 10 SM, 2 HAD.

En termes géographiques : 27 activités en Loire-Atlantique, 13 en Maine et Loire, 8 en Mayenne, 11 en Sarthe et 12 en Vendée.

A noter que, dans cet échantillon, figurent 11 établissements regroupant 75 % des tentatives de suicide enregistrées dans le PMSI en 2010. On peut donc le juger représentatif du point de vue du phénomène suicidaire.

- Score général sur la prise en compte du risque suicidaire

15 A

55 B

1 C (concerne un établissement ayant exclusivement une activité SLD)

- Détail par élément d'appréciation

EA « Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés »

48 oui

23 en grande partie

EA « L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients. »

70 oui

1 en grande partie

EA « Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire. »

16 oui

19 en grande partie

30 partiellement

6 non

EA « Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières. »

20 oui

30 en grande partie

11 partiellement

10 non

EA « Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient. »

41 oui

19 en grande partie

10 partiellement

1 non

ANNEXE 10 : Tableau comparatif de 3 unités de prise en charge hospitalière

Tableau comparatif de 3 unités de prise en charge de suicidants dans la région

Unité de Prévention du Suicide (UPS) à Montbert

Unité Médico-Psycho-Sociale (UMPS) à Angers

Unité Espace à Nantes

	Unité de prévention du suicide UPS Montbert	Unité médico-psycho-sociale UMPS Angers	Unité Espace Nantes
Lieu	CHS Montbert	CHU d'Angers	CHU Nantes- Hôpital Saint-Jacques
Structure de rattachement	Fédération de santé publique comprenant prévention du suicide- alcoologie/addictologie/précarité (elle-même intégrée au sein d'un pôle intersectoriel)	Pôle urgences médecine santé du CHU (médecine E)	Secteur 5 de psychiatrie (unité intersectorielle)
Médecin responsable	Dr Kahina Yebbal	Pr Jean-Bernard Garré	Dr Rachel Bocher
Date de création	2001 (lancement de la stratégie nationale d'action contre le suicide)	2006	2002 (même type de structure qu'à Brest, Bordeaux...)
Population accueillie	Personnes en souffrance psychique (suicidaires, suicidants) de tous âges	Suicidants de plus de 18 ans (9 lits) Patients psychosociaux de plus de 18 ans (11 lits) : <ul style="list-style-type: none"> - situation de détresse psychosociale - crise suicidaire - troubles aigus de l'adaptation - pathologies somatiques avec répercussion thymique et anxieuse - troubles psychosomatiques complexes - pathologies anxio-dépressives avec conduite addictive à évaluer - pathologies professionnelles avec décompensation anxieuse 	Adolescents et jeunes adulte en crise, éventuellement suicidaires, (càd en situation de rupture médico-psycho-sociale), de 15-25 ans, jusqu'à 35 ans

	Unité de prévention du suicide UPS Montbert	Unité médico-psycho-sociale UMPS Angers	Unité Espace Nantes
		et/ou dépressive	
Nombre de patients accueillis	235 patients en file active en 2010	700 par an	316 patients hospitalisés en 2008, dont 1/3 de mineurs
Mode de recrutement		SAU ou réanimation médicale, après TS	SAU Médecins généralistes Consultations d'évaluation (1/3 aboutissant à une hospitalisation)
Aire de recrutement	Sud Loire-Atlantique (75% des consultants)	Départementale (nécessité de proximité géographique)	Régionale, mais surtout nord Loire-Atlantique
Type de prise en charge	PEC essentiellement ambulatoire Consultation médicale d'évaluation et de diagnostic des troubles de l'humeur Consultation avancée mise en place en partenariat avec les médecins généralistes du Pôle Santé de Clisson Consultation pour personnes endeuillées Groupe de paroles pour personnes hospitalisées Permanence sociale	Hospitalisation complète (20 lits) PEC pluridisciplinaire : médicale et toxicologique, psychiatrique et sociale	Hospitalisation complète (12 lits) : 2 hospitalisations possibles, contrat d'hospitalisation renouvelable une fois (possible en moins d'une semaine) Hôpital de jour (3 places) Consultations d'évaluation assurées en moins d'une semaine (psychiatre ou psychologue), à Saint-Jacques ou au CMP Entretiens familiaux Groupes parents Consultations à la MDA Génogramme Suivi post-hospitalisation (consultations régulières) Soit suivi avant-pendant-après
Personnel		5 psychiatres 3 médecins Présence conjointe IDE CHU et IDE CHS (17.7 ETP)	1.3 psychiatre 16 ETP IDE 1 ETP psychologue 0.8 ETP ASS/médiateur familial
DMS		5 à 7 jours	11 jours
Suivi-Sortie		Orientation vers le dispositif le mieux adapté : social, médical, associatif (en ambulatoire ou en hospitalisation) - MT, psychiatre traitant - CMP - Hôpital ou clinique psy	Suivi possible par Espace pendant quelque temps (ligne téléphonique IDE 24h/24) Sinon orientation vers les professionnels de santé

	Unité de prévention du suicide UPS Montbert	Unité médico-psycho-sociale UMPS Angers	Unité Espace Nantes
Relations		Contact systématique avec : <ul style="list-style-type: none"> - MT ou psychiatre traitant - Entourage du patient (familial, professionnel, scolaire, social) Rencontre des familles Accompagnement spécifique des familles de suicidants possible	Travail en réseau important en amont : MDA, lycées, foyers...
Activités	5 axes de travail : <u>AXE 1</u> : Informer, sensibiliser la population générale aux problématiques de la souffrance psychique, de la dépression et du suicide <u>AXE 2</u> : Former et soutenir des professionnels et des bénévoles pour améliorer le repérage précoce et la prise en charge de la souffrance psychique <u>AXE 3</u> : Améliorer la prise en charge des personnes et des familles en souffrance psychique <u>AXE 4</u> : Postvention : Accompagnement des personnes, des familles et des communautés endeuillées <u>AXE 5</u> : Réseau - Recherche - Publications	ECT Ateliers : photo-langage, pharmacopédagogie, groupe de soutien aux proches des suicidants Recherche	

ANNEXE 11 : Etude des financements des actions de santé publique

Identification des actions de santé publique financées pour la lutte contre le suicide Précisions de méthode
<p>Un travail considérable d'identification des actions de santé financées et de leur imputation à des objectifs de santé publique a été déployé par les autorités sanitaires sur la période étudiée (2002-2011), et fournit une riche source d'information sur les actions de santé financées sur cette période.</p> <p>Néanmoins, l'identification exhaustive des actions concernant le suicide est rendue complexe par :</p> <ul style="list-style-type: none">- la succession (et parfois la coexistence) de cadres d'appels à projets différents (PRS suicide, PRAPS santé mentale, appel à projet suicide Etat-Assurance Maladie, appel à projet GRSP...);- l'évolution de la classification des actions (ciblage suicide plus ou moins identifiable selon les cadres). A titre d'exemple, l'identification des publics cibles a été grandement facilitée par le cadre PRSP (à travers les programmes Bien Grandir, Bien Vivre sa Vie d'Adulte, Bien Vieillir), mais a pu s'accompagner d'une perte de précision sur la vocation de lutte contre le suicide de certaines actions : ainsi, par exemple, alors que la prévention du suicide, du mal-être et des dépressions est spécifiquement visée dans les programmes Bien Grandir et Bien Vieillir, ce n'est pas le cas pour le programme Bien Vivre sa Vie d'Adulte, où ces actions sont réparties au sein de plusieurs objectifs (notamment la prévention des conduites addictives et conduites à risque) ;- l'évolution institutionnelle du portage des appels à projets (DRASS, GRSP, ARS...) et de cadre budgétaire (passage en budget LOLF, évolution du FNPEIS) ;- indépendamment de toutes ces évolutions, une difficulté particulière est inhérente au thème du suicide. Cette problématique comporte une composante sociale considérable. Par suite, toute action en faveur de la cohésion sociale et de lutte contre l'isolement peut être considérée comme favorable au recul du suicide. Dès lors, à partir de quand peut-on considérer qu'une action de santé relève de la lutte contre le suicide ou, à l'inverse, à partir de quand considère-t-on qu'elle est trop générale pour être labellisée « lutte contre le suicide » ? Cette question de catégorisation, d'apparence théorique, est pourtant un vrai sujet dès lors que l'on souhaite identifier avec précision les moyens dédiés à cette politique.- Dans le cadre de l'évaluation, une sélection « restreinte » a été retenue, comportant exclusivement les actions identifiées par les acteurs de l'époque comme relevant de la lutte contre le suicide. Ce choix amène inévitablement à exclure des blocs d'action importants comme, par exemple, toutes les actions du programme Bien Vivre sa Vie d'Adulte du PRSP, puisque celui-ci n'identifie pas spécifiquement la lutte contre le suicide. De même, ces critères restrictifs ont pour effet d'exclure des actions qui, <i>a priori</i> à l'identique, étaient prises en compte au titre du PRS suicide. Les années 2010 et 2011 sont exclues de cette sélection, car il n'y a pas eu d'identification spécifique « suicide ». Cette sélection restreinte est utilisée pour l'étude de la prise en compte des inégalités territoriales et 301 actions répertoriées.

ANNEXE 12 : CPOM de l'ARS des Pays de la Loire

Taux de décès par suicide pour 100 000 hab. standardisé par âge

Année	Valeur initiale 2005-2007	Valeur cible 2010- 2012	2013
Hommes	32.7	28.4	
femmes	9.4	8.9	

La situation des Pays de la Loire reste défavorable, avec une mortalité qui dépasse la moyenne nationale de 30 % chez les hommes et de 21 % chez les femmes. Pourtant, comme en France, le taux standardisé de mortalité par suicide est en recul depuis le milieu des années 80.

Pour les femmes -2,3 % en moyenne par an entre 1985 et 2006, et de façon moins marquée pour les hommes : -1,4 %. Cette baisse concerne tous les âges mais est surtout marquée au-delà de 50 ans. Le suicide a été à l'origine de 710 décès en 2007 en Pays de la Loire.

Dans la région comme en France, les trois quarts des suicides concernent des hommes, et cette situation touche de façon plus ou moins marquée toutes les classes d'âge. Les décès par suicide sont très rares avant 15 ans, et c'est entre 35 et 54 ans que leur nombre est le plus important. Mais c'est surtout pour les personnes de plus de 75 ans, et notamment pour les hommes, que le risque de suicide est le plus élevé.

La surmortalité masculine par suicide se retrouve dans tous les départements de la région. La surmortalité féminine concerne tous les départements sauf la Vendée.

La Sarthe et la Mayenne apparaissent particulièrement touchés, avec une surmortalité par suicide qui atteint respectivement 51 et 46 % pour les hommes, et 61 et 34 % pour les femmes sur la période 2005-2007.

Taux de décès par suicide Pour 100 000 hab.	2000-2002		2005-2007	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Loire-Atlantique	32,1	9,6	29,4	8,9
Maine-et-Loire	31,4	10,5	30,8	8,9
Mayenne	40,3	14,0	36,4	10,2
Sarthe	43,1	13,9	37,4	12,4
Vendée	34,6	7,4	35,3	8,0
Pays de la Loire	35,1	10,5	32,7	9,4

Liste des personnes rencontrées

ARS (DPPS) : Dr de Séverac (médecin), Dr Blanchier (médecin), Mme Brochet (chargée de projet), Mme Poupon (chargée de mission), Mme Le Gall (chargée de projet)

DT44 : M. Berlinet (chargée de projet), Mme Marais (chargée de projet)

DT49 : Dr Daniel (déléguée territoriale), Dr Histace (médecin), M. Beauchamps (responsable département APT), Mme Barbier-Bouvet (stagiaire EHESP)

DT53 : M. Florentin (délégué territorial), Mme Rivet (responsable département APT), Mme Simon (Infirmière)

DT72 : Dr Charpentier (médecin), Mme Bastard (chargée de projet), Mme Lopez (chargée de dossier)

DT85 : Mme Pujazon (déléguée territoriale), Mme Chessé (infirmière)

CHU Angers (département de psychiatrie et psychologie médicale, unité médico-psychosociale) : Pr Garré (chef du département), Dr Gohier (psychiatre, praticien hospitalier)

CHU Nantes : Dr Bocher (chef de service secteur de psychiatrie V et responsable de l'Unité intersectorielle Espace), Dr Maillet (psychiatre, praticien hospitalier Unité Espace et MDA 44), Mme le Nahour (cadre de santé Unité Espace), Pr Vanelle (psychiatre, responsable pédagogique DIU « suicide »)

CHS Montbert (pôle de santé de santé publique, unité de prévention du suicide) : Dr Yebbal (chef de pôle), M. Brohan (cadre de santé)

CESAME : Dr Leguay (chef de service secteur 4)

Pôle de santé de Clisson : Dr Barnabé (médecin généraliste)

CROM : Dr Moreau (président)

ORS : Dr Tallec (directrice), Dr Buyck (médecin), Mme Bournot (statisticienne), Mme Lelièvre (technicienne)

URPS médecins : Dr Duquesnel (médecin généraliste), Dr Hérault (directeur), Dr Gallet (psychiatre libéral)

MDA 44 : M. Cottin (directeur), M. Poitou (psychologue), Dr Maillet (psychiatre unité Espace et président de l'association Repères 44)

A la Maison d'arrêt Angers : M. Désiré (directeur MA), Dr Rouget-Maillard (chef de service UCSA, chef de service de médecine légale), Dr Sarraï (psychiatre CESAME), M. Moreau (représentant du SPIP)

Administration pénitentiaire Rennes : Mme Pondaven (Responsable santé –unité des politiques publiques d'insertion, Direction Interdépartementale des Services Pénitentiaires de Bretagne, Pays de la Loire et Basse-Normandie.

CHD La Roche-sur-Yon : Dr Blanchard (pédiatre), Mme Brillaud (cadre de santé pédiatrie), Dr Fradin (responsable urgences-SMUR), Mme Foubert (cadre de santé urgences-SMUR)

CH Nord-Mayenne : Dr Pouliquen (chef de service psychiatrie)

GERME : Mme Arcanger (maire-adjointe Ernée), Mme Lecomte (coordinatrice CLIC Bocage-Ernée), Mme Constantin (responsable d'équipes de travailleurs sociaux au Conseil

Général), Mme Diop (responsable CIAS Ernée), Mme Burmens (infirmière CMP Ernée), Mme Leceidelt (cadre de santé CMP Ernée), M. Brossard (veilleur bénévole), Mme Coquement (veilleuse bénévole), Mme Boisgontier (représentante communauté de communes Bocage-Ernée)

Formateur des formations au repérage de la crise suicidaire : M. Pilet (responsable service psychologie comité diocésain 44)

IREPS : Dr Lamour (directeur)

GPS de Vallet : M. Bachelier (président)

Membres du focus groupe organisé pour cette évaluation :

CHS Mazurelle : Dr Bescond (médecin coordonnateur fédération des urgences psychiatriques)

Médecin généraliste en Vendée : Dr Branthomme

Psychologue libérale en Loire-Atlantique : Mme Chiron

Point d'accueil et d'écoute en Sarthe : Mme Martin et Mme Cotonnec

DIRECCTE : Dr Dubré (médecin-conseil)

LMDE (La Mutuelle des Etudiants) : Mme Hamdi Valérie

MSA 53-61-72 : Mme Piette (responsable du service de proximité)

Merci à Bernadette Blanchard (ARS) pour son aide à la mise en œuvre de l'enquête SOLEN auprès de personnes formées à la crise suicidaire

Merci à Mireille Grelou, conseillère technique de service social auprès du recteur, pour son aide à la transmission des questionnaires de l'enquête relative aux formations au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire aux personnes concernées appartenant à l'éducation nationale

Merci à l'ensemble des personnes ayant répondu à l'enquête relative aux formations au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire

Merci à Michel Poupon (ARS), Bruno Hubert (CIRE) et Noémie Fortin (CIRE) pour leur participation à l'élaboration des données statistiques

Merci à Brigitte Guibert (ARS/DPRS) pour le secrétariat et la logistique

Merci à Chantal Legentilhomme-Tatard et à Vincent Michelet (ARS/DPRS) pour leur relecture attentive

Merci à Jean-Michel Leray, de la Mutualité Française, pour l'animation du focus group.

Bibliographie

Titre	Lien Internet disponible
PROGRAMMES NATIONAUX	
Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 – DGS – septembre 2000	http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nat.pdf
Evaluation de la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005)- Eureval-C3E – octobre 2006- rapport final	http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-2.pdf
Evaluation de la stratégie nationale d'actions face au suicide)- Eureval-C3E – octobre 2006- annexes	http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes-4.pdf
Evaluation de la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005)- Eureval-C3E – octobre 2006- synthèse	http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese.pdf
Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008	http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf
Evaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 – rapport du HCSP- octobre 2011	http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20111006_evalplapsysantementale.pdf
Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 – Ministère du travail, de l'Emploi et de la santé – Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale	http://www.sante.gouv.fr/presentation-du-plan-sante-mentale-2011-2015.html
Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 - septembre 2011	http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014.pdf
Objectifs de santé publique – évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 – propositions – HCSP- avril 2010	http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Haut_conseil_de_la_sante_publique_-_Objectifs_de_sante_publique.pdf
L'état de santé de la population en France – suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - rapport 2011	http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_sante-population_2011.pdf
PROGRAMMES REGIONAUX	
PRS « suicides et tentatives de suicide » 1998-2002 des Pays de la Loire	Pas de lien

Actualisation du PRS « suicides et tentatives de suicide » 1998-2002 – novembre 2001	http://pays-de-la-loire.sante.gouv.fr/sante/stprtx000_fichiers/actua-PRS-suicide.pdf
Répertoire acteurs et structures-ressources – PRS suicides et tentatives de suicides – Pays de la Loire - avril 1999	http://pays-de-la-loire.sante.gouv.fr/sante/stprtx018_fichiers/repsuic.pdf
Plan régional de santé publique des Pays de la Loire 2006-2009	http://www.bdsp.ehesp.fr/Fulltext/341115/
Evaluation du Plan régional de santé publique des Pays de la Loire 2006-2009 – GRSP – MC2 consultants – Gres médiation santé – novembre 2008	http://grsp-pays-de-la-loire.sante.fr/prsp/rap_final_eval_prsp.pdf
Formations au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire- bilan au 31 décembre 2007 – GRSP des Pays de la Loire	http://grsp-pays-de-la-loire.sante.fr/prsp/suicide/f_bil07.pdf
Audits cliniques, prise en charge hospitalière des suicidants PRS « suicides / tentatives de suicide » région Pays de la Loire – ANAES-Avril 2006	Pas de lien
Schémas régionaux d'organisation sanitaire II (1999-2004) – ARH des Pays de la Loire	http://www.parhtage.sante.fr/re7/plo/doc.nsf/VDoc/C1256B21004AD6FAC1256F6A003275FD/\$FILE/sros.pdf
Schéma régional d'organisation sanitaire en psychiatrie (1999-2004) – ARH des Pays de la Loire	http://www.parhtage.sante.fr/re7/plo/doc.nsf/VDoc/C1256B21004AD6FAC1256F6A003578EF/\$FILE/srospsy.pdf
Schéma régional d'organisation sanitaire III (2006-2010) – ARH des Pays de la Loire	http://www.parhtage.sante.fr/re7/plo/site.nsf/redir.html?OpenNavigator&page=Le_SROS_2006-2010
Evaluation du SROS II des Pays de la Loire – rapport final – La nouvelle fabrique des territoires (NFT)- décembre 2003	http://www.parhtage.sante.fr/re7/plo/doc.nsf/VDoc/C1256B21004AD6FAC1256F70004BC045/\$FILE/evalSROSII.pdf
Territoires de santé – état des lieux – Annexes du PRS 2012-2016 des Pays de Loire – DOA – 9 mars 2012	http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_concertation_regionale/prs/prs-mars-2012/pdf/6-2-3-Annexe1-Indicateurs-de-sante-Mayenne.pdf
Programme territorial de santé de Mayenne : Action n° 12 = soutenir et mutualiser les actions de prévention du mal être et du suicide en Mayenne – PRS des Pays de la Loire – 9 mars 2012	http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_concertation_regionale/prs/prs-mars-2012/pdf/4-3-Programme-territorial-Mayenne.pdf
Programme territorial de santé de Sarthe : Action n°1 = Repérer la crise suicidaire et prévenir la récurrence – PRS des	http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_concertation_regionale/prs/prs-mars-2012/pdf/4-4-Programme-

Pays de la Loire – 9 mars 2012	territorial-Sarthe.pdf
Programme territorial de santé de Vendée : Action n°11 = Coordonner les acteurs pour un plan d'actions de prévention de la crise suicidaire – PRS des Pays de la Loire – 9 mars 2012	http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_concertation_regionale/prs/prs-mars-2012/pdf/4-5-Programme-territorial-Vendee.pdf
ETUDES	
Prévention des suicides et des tentatives de suicide en Pays de la Loire – contribution à l'évaluation des programmes régionaux à travers l'évaluation du programme du Maine-et-Loire - 1 ^{ère} partie : évaluation du processus – ORS – URCAM – CRAM – CPAM Angers et Cholet – juin 2000	http://www.sante-pays-de-la-loire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/suicides/2000prev_suicide1_49.pdf
Prévention des suicides et des tentatives de suicide en Pays de la Loire – contribution à l'évaluation des programmes régionaux à travers l'évaluation du programme du Maine-et-Loire - 2 ^{ème} partie évaluation d'impact et évaluation des résultats en termes de santé – ORS – URCAM – CRAM – CPAM Angers et Cholet – juin 2000	http://www.sante-pays-de-la-loire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/suicides/2000prev_suicide2_49.pdf
Evaluation de 8 actions de prévention du suicide – FNORS – août 2000	http://www.fnors.org/fnors/ors/Travaux/Suicide.pdf
Bilan de la prise en compte de la priorité régionale de santé « suicides-tentatives de suicide » dans les contrats d'objectifs et de moyens des établissements hospitaliers des Pays de la Loire – ORS – rapport définitif – septembre 2002	http://www.sante-pays-de-la-loire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/suicides/2002bilan_suicide.pdf
Les suicides en Pays de la Loire et en Loire-Atlantique - Echo des stats – n°26 – avril 2005	http://pays-de-la-loire.sante.gouv.fr/doc_stat/dsecho05_fichiers/dsecho26.pdf
Suicides et tentatives de suicide dans les Pays de la Loire ORS, octobre 1996	Pas de lien
Suicides et tentatives de suicide - La santé observée en Pays de la Loire - ORS - 2011	http://www.sante-pays-de-la-loire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/LSO/2011LSOpdl_IV.5.0.pdf
Suicides et tentatives de suicide en Pays de la Loire, Loire-	http://www.santepaysdelaloire.com/sante-pays-de-la-loire/chiffres-et-donnees-de-

Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe, Vendée – Bilan 2011 – ORS – janvier 2011	sante/thematiques/suicides/
Suicides et tentatives de suicide en Pays de la Loire, Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe, Vendée – Bilan 2012 – ORS – janvier 2012	http://www.santepaysdelaloire.com/sante-pays-de-la-loire/chiffres-et-donnees-de-sante/thematiques/suicides/
Evolution du suicide en Mayenne au cours des cinquante dernières années – Robert Vegas – ARS-DT53 -	Document non publié
Les hospitalisations pour tentative de suicide dans la population mayennaise en 2008 et 2009 – Robert Vegas – ARS-DT53 – mars 2011	Document non publié
Distribution spatiale du suicide en Mayenne entre 1983 et 2009 – Robert Vegas – ARS-DT53 – mars 2011	Document non publié
Qualité de vie, santé mentale, violences, accidents chez les jeunes de 12-25 ans – Baromètre santé-jeunes des Pays de la Loire 2000 – ORS – octobre 2004	http://www.sante-pays-de-la-loire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/BSJ/2000BSJpdl santement.pdf
Qualité de vie, santé mentale, violences, accidents chez les jeunes de 12-25 ans – Baromètre santé-jeunes des Pays de la Loire 2005– ORS – novembre 2006	http://www.sante-pays-de-la-loire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/BSJ/2005BSJpdl santementale.pdf
La santé des jeunes en Pays de la Loire – ORS – mars 2009	http://www.santepaysdelaloire.com/ors/grandes-enquetes-et-travaux-permanents/sante-des-jeunes/
Troubles dépressifs et tentatives de suicide – premiers résultats du baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010 – ORS – mars 2012, avec compléments d'information	http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/BSJ/2010BSJpdl_santement_1erRES.pdf
Résultats de l'enquête auprès des établissements de santé disposant d'une structure d'urgences et contenu des contrats à négocier – DPPS – 25 novembre 2011	Document non publié
Passage à l'acte suicidaire : la dernière consultation : à propos de 23 cas – Thèse de doctorat en médecine – Chloé Barré – 13 octobre 2011	Pas de lien
Recours au médecin généraliste avant un acte suicidaire : étude épidémiologique rétrospective en cas-croisé – Thèse de doctorat en médecine – Clément Turbulin – 19 décembre	Pas de lien

2007	
Prévention du suicide : mise en place d'une consultation avancée de psychiatrie en soins primaires : bilan après un an au sein du pôle Santé de Clisson – Thèse de doctorat en médecine - Alice Piel-Desruisseaux – 14 juin 2011	Pas de lien
La prise en charge des suicidants au CHU d'Angers : étude prospective comparative de l'unité d'accueil des suicidants et des services de médecine – Thèse de doctorat en médecine – Marie-Christine Lemeunier-Lelièvre-Gérain- 9 janvier 2004	http://med2.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie_adulte/theses/gerain2004.pdf
Prise en charge des suicidants (ANAES) – rapport de l'audit clinique – CHU d'Angers – Mai 2004	Pas de lien
Suicides et tentatives de suicide en France – Etudes et résultats – n°488 – DREES – mai 2006	http://www.drees.sante.gouv.fr/suicides-et-tentatives-de-suicide-en-france,4433.html
La mortalité par suicide en France en 2006 – Etudes et résultats – n°702 – DREES – septembre 2009	http://www.drees.sante.gouv.fr/la-mortalite-par-suicide-en-france-en-2006,4208.html
Enquête sur le suivi d'actions d'écoute et de soutien psychologique- 2000	Pas de lien
Enquête sur le suivi d'actions d'écoute et de soutien psychologique- 2003-2004	Pas de lien
Rapport d'activité Maison Départementale des Adolescents de Loire Atlantique - 2008	http://mda44.free.fr/2009/Rapport_activite_2010.pdf
Ecoute et prévention du suicide – Bilan d'une action de formation menée depuis 2001 dans le département de la Sarthe, dans le cadre du PRSP du suicide – Véronique MARTIN - Janvier 2006	Document non publié
Bilan annuel 2010 – réseau sentinelles – sentiweb - version du 12 juillet 2011	http://websenti.u707.jussieu.fr/sentiweb/
Prévention du suicide des personnes détenues – Bilan des deux ans d'application du plan d'actions du 15 juin 2009 – Direction de l'administration pénitentiaire – Juillet 2011.	Pas de lien

ARTICLES	
Ségolène Chappellon - Suicide et tentative de suicide dans les Pays de la Loire – ADSP- n°18 – mars 1997	http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-18/ad184952.pdf
Juliette Daniel et Anne Le Gall - Pays de la Loire : former les professionnels pour prévenir le suicide - Repérer les risques au plus près – la santé de l’homme – N°382	http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/382/04.htm
Juliette Daniel et Anne Le Gall - Inégalités de santé en pays de Loire : analyse territoriale des données épidémiologiques pour une orientation des actions de prévention du suicide – revue d’épidémiologie et de santé publique – volume 56, n°6S, page 383 - octobre2008 Congrès national des ORS 2008 Marseille, 16-17 octobre 2008	http://www.em-consulte.com/article/189580
Juliette Daniel - Prévention du suicide, une priorité des Pays de la Loire – ADSP n°45 –décembre 2003	http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-45/ad455658.pdf
François Dumel (médecin généraliste, Audincourt), Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l’imminence ou la gravité d’un passage à l’acte en médecine générale ?, 29 octobre 2000	http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/dumel.html
Fanello et al – Evaluation de l’unité spécialisée d’accueil des suicidants adultes au CHU d’Angers – Santé publique – vol 17, N°2 - 2005	http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2005-2-page-265.htm
Fanello et al – Pratiques et attentes des médecins généralistes à l’égard des conduites suicidaires – santé publique 2002 /3 Vol. 14, p. 263-273	http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2002-3-page-263.htm
Dossier « la prévention du suicide » coordonné par Jean-Louis Terra, ADSP n°45 - décembre 2003	http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-45/ad451962.pdf
BEH n°47-48 du 13 décembre 2011 thématique : suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France - InVS	http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2011/BEH-47-48-2011

Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ? revue Pluriels – n°92-93 – octobre-novembre 2011	http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RevuePluriels/revue-pluriels-548.pdf
GUIDES ET LIVRES	
Le geste suicidaire de Françoise Chastang et Vincent Caillard (Psychologie – Masson) – 2010	Pas de lien
Suicide et tentative de suicide sous la direction de Philippe Courtet (Médecine Sciences – Flammarion) – 2010	Pas de lien
La prévention du suicide en milieu carcéral – commission présidée par le docteur Louis Albrand- Rapport du garde des sceaux – janvier 2009.	http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rap_albrand_2009.pdf
Les 20 recommandations-Ch V- Rapport de la commission Albrand- Mars 2009.	http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSK1140021C.pdf
Synthèse des recommandations du rapport Terra - 10 décembre 2003	http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapportterrasynthese.pdf
Conférence de consensus : reconnaître et prendre en charge la crise suicidaire – ANAES - octobre 2000 (texte court)	http://www.sfm.org/documents/consensus/cc_crise_suicidaire_court.pdf
Conférence de consensus : reconnaître et prendre en charge la crise suicidaire – ANAES - octobre 2000 (texte intégral)	http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf
Manuel de certification des établissements de santé V2010 – HAS – juin 2009	http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217_manuel_v2010_nouvelle_maquette.pdf
Prévention primaire du suicide des jeunes, recommandations pour les actions régionales et locales – Editions CFES – décembre 2001	http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/508.pdf
Prise en charge par le médecin généraliste en ambulatoire d'un épisode dépressif isolé de l'adulte Rapport d'élaboration de référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles Décembre 2004	http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/EPP_episode_depressif_ref.pdf

Formation à l'intervention de crise suicidaire Manuel du formateur, DGS - septembre 2004	Pas de lien
Spécificités des conduites à tenir aux urgences psychiatriques – Pr Jean-Bernard Garré, CHU d'Angers – novembre 2006	http://www.senon-online.com/Documentation/telechargement/3cycle/Psychiatrie/des%20IR/Garre%20Urgences%20psychiatriques.pdf
COLLOQUES ET CONGRES	
La prévention du suicide et la promotion de la santé mentale Colloque interrégional Basse-Normandie, Bretagne, Pays de la Loire et Poitou-Charentes - 24 septembre 2002	Pas de lien
La prévention du suicide des jeunes Actes de la conférence européenne des 19 et 20 septembre 2000 à Nantes - Ministère de l'emploi et de la solidarité	Pas de lien

Sigles utilisés

ALD	Affection Longue Durée
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
APS	Agir pour la promotion de la santé
APT	Animation des Politiques de Territoire
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ATU	Accueil et Traitement des Urgences
BEH	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
CH	Centre Hospitalier
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM	Classification Internationale des Maladies
CIRE	Cellule de l'Institut de veille sanitaire en REgion
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNASEA	Centre National pour l'Aménagement des Structures des Exploitations Agricoles
CNPSY	Consultation pour les psychiatres, neuro-psychiatres, neurologues
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
COFIL	Comité de Pilotage
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CROM	Conseil Régional de l'Ordre des Médecins
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CUMP	Cellule d'Urgence Médico- Psychologique
DEPS	Département d'Evaluation des Politiques de Santé
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS	Direction Générale de la Santé
DIRECCTE	DIrection Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DIU	Diplôme Inter Universitaire
DM	Direction Métier
DMP	Dossier Médical Personnel
DPC	Développement Professionnel Continu
DPSS	Direction de la Prévention et de la Protection de la Santé
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DT	Délégation Territoriale
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GERME	Groupe d'Ecoute de Rencontre et de Mise en Relation
GIP	Groupement d'Intérêt Public
GPS	Groupe Prévention Suicide

GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de Santé Publique
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
INPES	Institut National de Prévention et d'Education Sanitaire
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IREPS	Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
InVS	Institut national de Veille Sanitaire
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MDA	Maison des Adolescents
MSA	Mutualité Sociale Agricole
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
ORS	Observatoire Régional de la Santé
OSCOUR	Organisation de la Surveillance COordonnée des URgences
PAIO	Permanence d'Accueil, d'Information et d'Orientation
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PMT	Projet Médical de Territoire
PNAS	Programme National d'Actions contre le Suicide 2011-2014
PNPSM	Plan National Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015
PRAPS	Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis
PRS	Programme Régional de Santé
PRS	Projet Régional de Santé
PRSP	Plan Régional de Santé Publique
PSY	PSYchiatric
RPU	Résumé de Passage aux Urgences
SIH	Syndicat Inter Hospitalier
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SRP	Schéma Régional de Prévention
SURSAUD	SURveillance SANitaire des Urgences et des Décès
TS	Tentative de Suicide
UCSA	Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UMPS	Unité Médico-Psycho-Sociale
UPS	Unité de Prévention du Suicide
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

Agence régionale de santé Pays de la Loire

17 boulevard Gaston Doumergue

CS 53233

44262 NANTES cedex 2

02 49 10 40 00

www.ars.paysdelaloire.sante.fr

