

5. Prendre en compte les spécificités de populations ou territoires à fort taux de suicide

Personnes âgées

- Un référentiel spécifique pour cette population sera élaboré ;
- Un programme spécifique sera mis en œuvre dans chaque département ;
- Des débats publics seront organisés sur ce thème étant donné son caractère encore tabou.

Jeunes

- Un document cadre pour la prévention du suicide de catégories de jeunes spécifique sera élaboré (étudiants, jeunes sous main de justice, en insertion professionnelle) ;
- Un programme spécifique sera mis en œuvre dans chaque département.

Milieus du travail

- Un document cadre sera élaboré pour la prévention du suicide en milieu du travail ;
- Des programmes d'actions seront expérimentés sur cette base ;

Personnes détenues

- Un référentiel spécifique sera élaboré pour cette population ;
- Un programme spécifique sera développé dans tous les établissements pénitentiaires de la région.

Territoires

- Un programme expérimental de prévention du suicide sera mis en œuvre sur des territoires à fort taux de suicides.

6. Mettre à disposition des acteurs du terrain les outils et méthodes pertinents pour une intervention efficace

Poursuivre l'amélioration de la connaissance du phénomène pour l'action

- Le système d'observation régional sera complété, en particulier par la mise en place d'un dispositif pérenne d'observation des tentatives de suicide ;
- Un suivi régional des recherches sera organisé.

Améliorer le dispositif de formation – information des acteurs

- Une coordination de l'offre de formation au niveau régional sera mise en place dans le but de l'adapter au mieux aux besoins ;
- Les formations multidisciplinaires seront poursuivies sur l'ensemble de la région, en s'appuyant sur les binômes de formateurs départementaux ;
- Un référentiel sur l'information – documentation pour l'acteur de terrain sera produit et diffusé lors de formations - actions ;
- Des débats de fond sur la problématique de la souffrance psychique menant au suicide seront suscités et/ou organisés.

Promouvoir le partenariat et le fonctionnement en réseau et en améliorer les contenus

- Un cadre régional de référence sera élaboré : typologie de l'existant, principes de mise en place et d'organisation selon l'objet ;
- Sur cette base le travail en réseau sera développé et adapté dans les départements.

L'animation du PRS repose sur un nouveau dispositif dans ces instances et son fonctionnement, afin de permettre une bonne articulation entre les différents échelons. Des points feront l'objet d'une attention particulière : la communication en direction des acteurs de terrain (avec entre autre un site Internet à entrée « protégée »), l'évaluation avec un dispositif « chemin faisant », les modalités de contractualisation avec les opérateurs, le partage des analyses (programme de coopération avec d'autres régions de France et d'Europe).

Le document intégral du PRS Suicide peut être consulté sur les sites internet :

<http://www.bretagne.sante.gouv.fr>

<http://www.santebretagne.com>

DRASS de Bretagne – Dr F. Petitjean – 02 99 35 25 67
Mme N. Dupuis-Belair – 02 99 35 29 52

URCAM – M. G. Bouroullec – 02 23 40 14 20
Mme D. Pallec – 02 99 29 43 66

DDASS des Côtes d'Armor – Mme S. Le Behec – 02 96 62 08 09

DDASS du Finistère – Dr A. Mevel – 02 98 64 50 50

DDASS d'Ille-et-Vilaine – Mme C. Picot – 02 99 02 18 00

DDASS du Morbihan – Dr F. Tual – 02 97 62 77 00



PRÉFECTURE DE BRETAGNE

DIRECTION RÉGIONALE
DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
DE BRETAGNE



PROGRAMME REGIONAL DE SANTE PREVENIR LE SUICIDE EN BRETAGNE 2004 – 2008

Le suicide : une priorité de santé publique pour la Bretagne

Le taux de mortalité due au suicide a diminué récemment en Bretagne : on note une baisse de - 8,8 % chez les hommes et - 7,4 % chez les femmes entre les périodes 1995 – 1997 et 1998 – 2000, mais cette tendance est moins marquée que pour la France entière. Le nombre moyen annuel de décès par suicide reste élevé (869 pour la période 1998 – 2000 ce qui équivaut à 3 pour 10 000 habitants) et la Bretagne reste la région de France qui a la plus forte mortalité par suicide : son taux est supérieur de 64 % au taux national, 62 % chez les hommes, 70 % chez les femmes.

La Conférence régionale de santé a recommandé, en février 2001, l'élaboration d'un nouveau programme de prévention du suicide.

Le bilan du premier PRS : de nombreux enseignements

Des acquis importants et des domaines à renforcer

- Le tabou autour du suicide a été levé pour les professionnels, le thème fait l'objet de débat public.
- Le phénomène est mieux connu, en particulier certains déterminants socioculturels,
- Des dispositifs spécialisés de prise en charge ont été mis en place dans les services d'urgence et pour l'hospitalisation, mais certains éléments doivent être renforcés ou complétés.
- De nombreuses actions de prévention primaire ont été menées (information des publics, rencontres citoyennes, repérage de la souffrance, accueil écoute et orientation vers la prise en charge), elles devraient être évaluées, mutualisées, valorisées
- Des formations ont concerné de nombreux acteurs, professionnels ou bénévoles ; l'utilisation de protocoles, les démarches de formation – action, l'évaluation des actions devraient être développées. De même un important partenariat s'est mis en place, mais de façon non homogène selon les sites et les catégories d'acteurs.
- L'accent devrait être mis sur certaines populations (personnes détenues, milieux du travail, personnes âgées, étudiants, jeunes en insertion ou sous main de justice¹) et les territoires présentant la plus forte mortalité par suicide.

Des pistes à explorer :

- La promotion de la santé mentale a fait l'objet d'actions encore expérimentales qui doivent être évaluées et développées (exemples : éducation pour la santé dans les prisons, réseau de solidarité pour personnes âgées),

¹ En lien rapproché avec le PRAPS

- La postvention, prise en charge de l'entourage d'une personne ayant fait une tentative de suicide ou décédée par suicide, fait l'objet d'approches ou d'outils nouveaux : protocole d'intervention dans une communauté, consultations spécialisées, lieux d'écoute...
- L'accès aux moyens les plus létaux (modes opératoires les plus fréquents des suicides « aboutis ») a été travaillé par un groupe départemental.

L'inscription du PRS dans un cadre conceptuel

Le PRS prend en compte les évolutions conceptuelles quant aux modèles théoriques et modes d'approche. Il s'inscrit dans une approche psychodynamique : suicides et tentatives de suicide peuvent apparaître au décours d'une crise, liée à une interaction entre l'individu et son environnement qui entraîne mal être et souffrance psychique. Dans ce cadre des actions de promotion de santé mentale (bien être psychique) contribuent à une prévention primaire du suicide soit en modifiant l'environnement, soit en renforçant les capacités des individus à faire face aux événements stressants

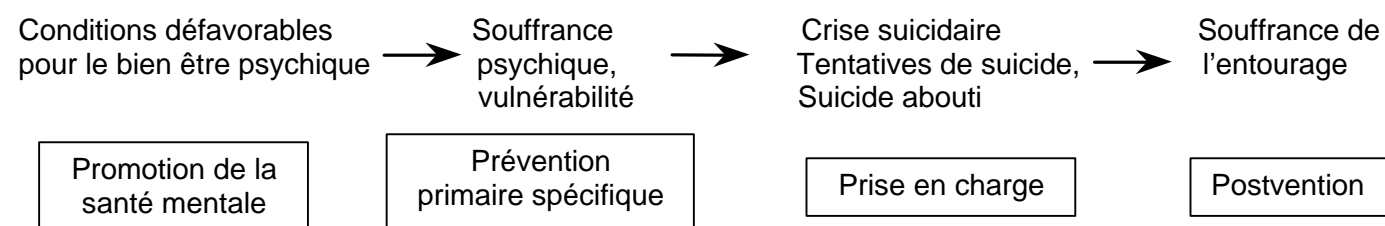
Un objectif général

"Réduire l'incidence du suicide en Bretagne entre 2004 et 2008"

5 stratégies transversales

1. Le déroulement d'une chaîne de soins²

Une chaîne de soins complémentaires et articulés est mise en place. Chaque acteur doit se représenter comme participant de cette chaîne et interagir avec les autres maillons.



2. Une approche populationnelle : priorité aux populations les plus touchées

Les actions s'adressent en priorité à des catégories de populations (personnes âgées, personnes détenues, milieux du travail, jeunes) ou des territoires présentant un fort taux de mortalité, en prenant en compte leurs spécificités.

Et avec des modes d'intervention de santé communautaire :

Les programmes sont mis en place sur un territoire avec la participation des citoyens, en prenant en compte les acteurs locaux, en mobilisant les décideurs politiques ou institutionnels et en organisant une coopération intersectorielle. Les expériences d'animation territoriale en cours dans certains pays de la région devraient répondre à ces critères.

3. La promotion d'une démarche de qualité

Les actions s'inscrivent dans une démarche comprenant :

- un cadre conceptuel partagé y compris sur les aspects éthiques
- la construction de référentiels à partir des expériences et de l'analyse documentaire
- une formation – action des acteurs concernés
- une évaluation permettant des adaptations.

² Dans le sens du mot anglais « care » : prendre soin, ou des soins de santé définis par l'OMS.

4. Des expérimentations pour les domaines peu explorés

Une méthodologie de recherche action permettant évaluation et réplication est mise en œuvre pour des actions nouvelles : accès aux moyens les plus létaux, actions dans les milieux du travail...

5. L'intégration dans un dispositif global de santé publique

La prévention du suicide s'intègre dans des dispositifs permettant d'utiliser au mieux les ressources, de potentialiser les effets d'actions de programmes différents (en particulier PRAPS et SREPS) et de renforcer les dynamiques locales. Ceci concerne les différents échelons (région, département, pays) avec leurs instances pluriinstitutionnelles et des projets ou plan de santé publique partagés.

6 objectifs spécifiques et des axes d'action

1. Renforcer les compétences psychosociales et les facteurs de protection des individus³

- Les expériences de promotion de la santé mentale seront documentées, analysées, modélisées: une étude sera faite en ce sens permettant d'établir des critères de définition et de qualité de ces actions.
- Sur la base des recommandations régionales des projets de promotion de la santé mentale seront mis en œuvre ;
- Des interventions seront menées auprès des décideurs pour la prise en compte de la santé mentale dans les politiques et projets de la région. Ceci à l'aide d'un document cadre d'intervention et d'une grille d'analyse d'impact.

2. Prévenir le passage à l'acte des individus vulnérables ou en souffrance

Améliorer l'homogénéité des dispositifs et la qualité des contenus

- Un référentiel sera élaboré sur les dispositifs de prévention primaire spécifique au suicide qui devraient être disponibles dans la région ;
- Des guides de bonnes pratiques sur l'information et la sensibilisation du public seront produits ;
- Un référentiel de valeurs éthiques communes pour l'action, la communication et la recherche sera élaboré ;
- Les modalités de repérage et orientation des situations à risque suicidaire seront documentées et analysées afin de produire et diffuser des référentiels ;
- La méthode des rencontres citoyennes sera évaluée, formalisée et labellisée.

Améliorer l'adéquation entre offre et demande

- Sur la base des référentiels les dispositifs en cours seront adaptés et de nouvelles actions mises en place dans chaque département, pour fournir les services essentiels par territoire et par population spécifique.

Développer de nouveaux modes d'intervention

- Un cadre d'action sera élaboré pour permettre de diminuer l'accessibilité aux moyens les plus létaux;
- Des actions seront mises en œuvre dans chaque département sur cette base (armes à feu, protection des ponts, prescriptions médicamenteuses...).

3. Prendre en charge les personnes en crise suicidaire ou ayant fait une tentative de suicide

- Le dispositif hospitalier pour la prise en charge des personnes sera complété sur la base du bilan du SROS ;
- Des échanges d'analyses de pratiques sur la prise en charge à l'hôpital seront organisés ; les audits cliniques des services d'urgence seront repris (modèle ANAES) ;
- Les expériences sur l'offre de soins en amont et en aval de l'hôpital seront documentées pour proposer des pistes quant à l'offre ambulatoire ;
- Des dispositifs seront mis en place sur cette base dans chaque département, en particulier dans le cadre du SROS.

4. Prendre en charge l'entourage des personnes ayant fait une tentative de suicide ou un suicide

- Un cadre général d'intervention en postvention sera élaboré sur la base de l'analyse des expériences en cours ;
- Des dispositifs de postvention adaptés aux différents environnements seront mis en place.

³ renforcer les capacités à faire face aux événements stressants ou modifier l'environnement.