



**ENSP**

ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2007 –

**« LA PRÉVENTION DU SUICIDE EN BRETAGNE :  
QUELLE PLACE POUR UNE INTERVENTION DU  
CONSEIL RÉGIONAL ? »**

– Groupe n°15 –

- BELHAFIANE Mounir
- BREST Gilles
- GIRAL Valérie
- GOURINEL Francine
- JEHANNO Anaïs
- LARGEN Thierry
- LE REST Elisabeth
- MILLER Jennifer
- ZERMANE Farida

**Animateur :**  
**RAULT Mathieu**

---

# Sommaire

---

<b>1 LA PREVENTION DU SUICIDE EN BRETAGNE : LA MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF ORIGINAL ET COMPLEXE SUR UN ENJEU MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Le suicide : une priorité de santé publique en Bretagne .....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Un constat épidémiologique significatif .....	3
1.1.2 Un contexte législatif permettant au Conseil régional de Bretagne de devenir un nouvel acteur.....	6
<b>1.2 La mise en place d'un dispositif multipartenarial.....</b>	<b>9</b>
1.2.1 Une planification étatique et régionale.....	9
1.2.2 ...En complémentarité avec les partenaires institutionnels et associatifs .....	12
A) Les partenaires institutionnels : DRASS et URCAM .....	12
B) Les partenaires occasionnels : les collectivités territoriales et les acteurs hospitaliers et médicaux.....	12
C) La coordination des différents acteurs : les réseaux .....	15
D) Les acteurs de terrain : les associations.....	15
<b>2 UNE INTERVENTION NECESSAIRE DU CONSEIL REGIONAL DE BRETAGNE : UNE ETAPE VERS LA REGIONALISATION DE LA POLITIQUE DE SANTE ?.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Les actions menées pour la prévention du suicide par le Conseil régional</b>	<b>17</b>
2.1.1 Actions de sensibilisation .....	17
2.1.2 Actions de prévention.....	18
<b>2.2 Le Conseil régional : un acteur de santé publique en devenir.....</b>	<b>22</b>
2.2.1 Un bilan en demi-teinte .....	22
2.2.2 Les perspectives d'amélioration .....	23
<b>Conclusion .....</b>	<b>27</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>29</b>
<b>Documents annexes uniquement joint au rapporteur du groupe</b>	

---

# Remerciements

---

Tout d'abord, nous remercions particulièrement **Monsieur RAULT**, Chef de mission Politique de santé au Conseil régional de Bretagne, pour l'aide, le soutien et l'accompagnement qu'il nous a dispensé tout au long de l'élaboration de ce travail . Nous tenons également à remercier **l'ensemble des personnes rencontrées** lors des visites sur sites ou interrogées par téléphone, pour leur disponibilité et la qualité des échanges.

**Madame COLAS**, coordinatrice départementale de la Mutualité Française Finistère  
**Monsieur COUM**, directeur de l'Association PARANTEL (organisme porteur du projet d'écoute téléphonique à destination des jeunes PASAJ) à Brest.

**Madame EVANO**, chargée de la politique de prévention à la Ville de Lorient.

**Madame HOUZ FOUILLET**, directrice de l' Association des PEP 29 (organisme porteur du Point Accueil Ecoute Jeunes du pays de Cornouaille) à Quimper.

**Monsieur JAGO**, psychiatre chef de service G06 au Centre hospitalier Guillaume Rénier de Rennes

**Madame JOUBREL**, psychiatre chef de service SPAO au Centre hospitalier Guillaume Rénier de Rennes

**Madame MARQUIS**, médecin inspecteur de santé publique en charge des questions liées au suicide à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bretagne.

**Monsieur NICOLET**, médecin psychiatre du secteur libéral.

**Madame MAZENQ**, animatrice territoriale de santé, Pays de Vitré – Porte de Bretagne.

**Monsieur PETITJEAN**, responsable de la formation des médecins inspecteurs de santé publique à l'Ecole Nationale de la Santé Publique à Rennes, anciennement médecin inspecteur de santé publique à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bretagne chargé du PRS suicide.

**Monsieur RIGAULT**, responsable de circonscription et membre du Comité de pilotage de la Conférence de consensus, Direction Générale de l'Intervention Sanitaire et Sociale, Conseil Général du Morbihan.

**Madame ROLLAND**, animatrice territoriale de santé à la Cité administrative de Rostrenen, Pays du Centre Ouest Bretagne

**Monsieur THERY**, médecin inspecteur chargé de la politique de prévention au Conseil général du Finistère.

**Monsieur TREHONY**, directeur de l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne.

**Madame TYRANT** animatrice territoriale de santé en charge des questions du suicide à la Ville de Rennes.

---

## Liste des sigles utilisés

---

**ARH** : Agence régionale de l'hospitalisation  
**CAR** : Comité de l'administration régionale  
**CNAMTS** : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés  
**CODES** : Comité départemental d'éducation pour la santé  
**CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie  
**CRB** : Conseil régional de Bretagne  
**CRAM** : Caisse régionale d'assurance maladie  
**CRES** : Collège régional d'éducation pour la santé  
**CRIJB** : Centre Régional information jeunesse Bretagne  
**CRS** : Conférence régionale de santé  
**CSP** : Code de santé publique  
**CTRI** : Comité technique régional et interdépartemental  
**CUCS** : Contrats urbains de cohésion sociale  
**DDASS** : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales  
**DDTEFP** : Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle  
**DGISS** : Direction générale de l'intervention sanitaire et sociale  
**DHOS** : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins  
**DRASS** : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales  
**DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
**DRTEFP** : Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle  
**ENSP** : Ecole nationale de la santé publique  
**EHESP** : Ecole des hautes études en santé publique  
**EPCI** : Établissement public de coopération intercommunale  
**FMC** : Formation médicale continue  
**FNPEIS** : Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire  
**GIP** : Groupement d'intérêt public  
**GRSP** : Groupement régional de santé publique  
**INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques  
**INSERM** : Institut national de la santé et de la recherche médicale  
**IST** : Infections sexuellement transmissibles  
**MILDT** : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie  
**ORS** : Observatoire régional de la santé  
**PAEJ** : Point accueil écoute jeunes  
**PMSI** : Programme de médicalisation des systèmes d'information  
**PNPES** : Programme national d'éducation pour la santé  
**PRAM** : Programme régional de l'assurance maladie  
**PRAPS** : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins  
**PRS** : Programme régional de santé  
**PRSP** : Programme régional de santé publique  
**SESAM** : Service éducatif de soutien et d'accompagnement mutuel  
**SIDA** : Syndrome d'immunodéficience acquise  
**SPA0** : Service psychiatrique d'accueil et d'orientation  
**SROS** : Schéma régional d'organisation sanitaire  
**UMP** : Unité médico-psychologique  
**URCAM** : Union régionale des caisses d'assurance maladie  
**URML** : Union régionale des médecins libéraux

Parmi les différents faits sociétaux, à l'aune de ce XXI ème siècle, la phénoménologie du suicide est particulièrement prégnante. Le suicide se définit comme l'acte de se donner soi-même la mort, ainsi en France 150 000 tentatives par an se soldent par plus de 10 000 décès. Certaines régions, sont plus touchées que d'autres, et en l'occurrence la Bretagne est la première concernée avec près de 900 décès annuels. En réponse à ce problème les pouvoirs publics se mobilisent en planifiant des actions sous couvert d'une implication des acteurs locaux. A cet effet, depuis les lois de décentralisation et la loi de santé publique du 9 août 2004, la collectivité territoriale qu'est le Conseil régional a un rôle stratégique à jouer dans le dimensionnement politique de la réponse à formuler. Malgré son ampleur, le suicide demeure un phénomène complexe, difficile à définir et à prévenir en dépit des approches pluridisciplinaires au cours des siècles passés. C'est un sujet sur lequel la communication reste difficile et cela en raison d'un certain déterminisme historique.

En effet, les grandes religions de l'histoire de l'humanité condamnent universellement la pratique du meurtre, et par voie de conséquence le meurtre soi c'est à dire le suicide. L'Islam est la religion la moins équivoque quant à la condamnation du suicide : l'homme doit se soumettre de tout temps à la volonté d'Allah. Le Judaïsme s'est traditionnellement opposé au suicide pour des raisons similaires à celles invoquées par l'Islam à savoir que la vie est soumise à la volonté de Dieu. Le Talmud rappelle que ce type de meurtre annule l'acte créateur.

Le Christianisme et le Catholicisme en particulier ont tenu une position assez intransigeante jusqu'au XX ème siècle en refusant la sépulture aux suicidés. Récemment cette attitude s'est adoucie grâce à l'influence des sciences sociales et de la psychologie. Fondamentalement le suicide pose le problème de la liberté de l'homme face à son destin et conséquemment celui de son affranchissement à l'égard du religieux, d'où selon A. CAMUS dans le mythe de Sisyphe la nécessaire interpellation du philosophe sur le sens de la vie. Dans son essai en 1753 D. HUME propose une définition des plus explicite du suicide en s'attaquant aux idées reçues sur le soi disant ordre naturel.

B. SPINOZA, pourtant idéologue du soupçon ignore presque entièrement la question du suicide, KANT quant à lui statue que le geste détruit la moralité de l'être, SCHOPENHAUER tout en défendant la légitimité du suicide n'y voit en réalité qu'une délivrance imaginaire. C'est en fait les sciences sociales avec la réalité de la rupture épistémologique qui développeront une approche factuelle en lien avec l'environnement.

Dès lors, le suicide remet en cause la dynamique de la cohésion sociale, la question posée à la mesure de la confusion des repères sociaux, de la sécularisation, de l'affaiblissement des solidarités, et de la tentation individualiste, augure d'une réponse politique globale et pragmatique.

Le suicide écrit par le sociologue E. DURKHEIM, à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle est considérée comme l'œuvre fondatrice de la démarche empirique, il démontre que le suicide n'est pas un objet qui relève uniquement de l'expertise des psychiatres, mais que c'est une conduite et un fait social qui dépassent l'individu.

La psychanalyse dans son œuvre la plus aboutie, celle de K. MENNINGER est un prolongement de la pensée freudienne, selon laquelle le suicide est le résultat de l'instinct de mort ou de la tendance à l'auto destruction chez le genre humain. La psychologie quant à elle attire l'attention sur le processus de légitimation du suicide, l'un des mécanismes pervers étant la banalisation du mal si bien décrite par H. ARENDT.

Aujourd'hui, l'analyse de l'ensemble des travaux réalisés confirme que le suicide, comme phénomène et processus, fait appel pour son explication et sa compréhension à une pluralité de facteurs entre lesquels il n'est pas toujours facile d'établir une hiérarchie. L'ensemble des travaux confirme également, dans l'appréhension du phénomène suicidaire, l'importance des interactions sociales, pointées comme particulièrement fortes en Bretagne. Si le constat n'est pas exclusif à la Bretagne, certains composants de ces interactions sociales y prennent plus de relief qu'ailleurs. L'importance de ce particularisme se trouve d'autant plus exacerbée dans les cas de mutations socio-économiques fortes et rapides, que la spécificité du contexte psycho socio culturel breton l'accentue. Suite à la Conférence régionale de santé de Bretagne de 2001, le Conseil régional s'est engagé dans une politique volontariste dans un contexte de santé publique où la multiplicité des centres de décision, la diversité des niveaux opérationnels et des sources de financement ne rendent pas toujours lisible les projets mis en œuvre.

Il s'agit donc de s'interroger sur la place du Conseil régional de Bretagne dans la définition du problème de la prévention du suicide et dans sa prise en charge en complémentarité avec les autres partenaires institutionnels et les acteurs de terrain.

Si la prévention du suicide en Bretagne fait l'objet d'un dispositif original et complexe sur un enjeu majeur de santé publique ; il n'en demeure pas moins nécessaire de définir le champs d'action de ce nouvel acteur important le Conseil régional de Bretagne et son articulation auprès de ses partenaires, cette initiative amorçant peut-être une étape d'une future régionalisation de la santé.

# 1 LA PREVENTION DU SUICIDE EN BRETAGNE : LA MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF ORIGINAL ET COMPLEXE SUR UN ENJEU MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE

Au vu d'un constat épidémiologique alarmant, le suicide en Bretagne apparaît comme un véritable problème de santé publique. Or, la loi du 9 août 2004 ouvre aux Conseils régionaux la possibilité de déterminer des objectifs régionaux de santé publique et de destiner des moyens à leurs réalisations. Par conséquent, le Conseil régional de Bretagne a décidé de mener une politique volontariste de prévention du suicide. Ces actions s'inscrivent dans une collaboration avec des acteurs institutionnels et associatifs.

## 1.1 Le suicide : une priorité de santé publique en Bretagne

Face à l'enjeu que représente la prévention du suicide en Bretagne, le Conseil régional de Bretagne est devenu un acteur incontournable de ce dispositif.

### 1.1.1 Un constat épidémiologique significatif

*«L'épidémiologie est une étude de la distribution et des déterminants des états de santé ou des événements de santé dans une population définie et l'application de cette étude au contrôle des problèmes de santé»* LAST, 1988. La démarche de l'épidémiologie consiste en une collecte, une description et une analyse des données recueillies.

La connaissance du phénomène suicidaire prend en compte deux manifestations différentes : le décès par suicide et les tentatives de suicide. Les décès par suicide sont enregistrés au sein des données statistiques produites par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Lors de cette session, nous avons eu un entretien avec le Directeur de l'**Observatoire Régional de Bretagne (ORS)**. L'ORS est une association indépendante à but non lucratif qui contribue à une meilleure connaissance de l'état de santé de la population bretonne et des facteurs qui la déterminent. Le Directeur nous a fait apparaître les difficultés d'établir une définition de la tentative de suicide. De ce fait, pour connaître le nombre et les circonstances des tentatives de suicide, des enquêtes sont réalisées car il n'existe pas de recueil de données obligatoires. Les données hospitalières ne sont pas exhaustives car des gestes suicidaires peuvent être traités par des professionnels libéraux uniquement.

Les statistiques retiennent des dénombrements de cas et non de personnes : la récurrence explique qu'une même personne puisse être concernée plusieurs fois sans pour autant être enregistrée à chaque fois. Les trois sources essentielles de ces données sont :

- Le réseau sentinelle auprès des médecins libéraux
- L'enquête réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) auprès des services d'urgence (2002)
- Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) des hôpitaux

En France, 10 600 personnes sont décédées par suicide, en moyenne annuelle, sur la période 2001-2003, soit environ 2% de la mortalité générale. Cependant, les chiffres sont inférieurs à la réalité car ils se heurtent au problème de la sous déclaration. En effet, selon les données de l'Organisation Mondiale de la Santé, **la France occupe une position défavorable par rapport à ses voisins européens**. En 2001, elle se situe au troisième rang de l'Europe des 15 en terme de taux de mortalité par suicide après la Finlande et l'Autriche.

Les spécificités du geste suicidaire en France se caractérisent comme suit :

- Les décès par suicide sont plus nombreux chez les hommes
- Le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge
- Les tentatives de suicide sont plus nombreuses chez les femmes
- Les tentatives de suicide sont plus nombreuses chez les jeunes et diminuent avec l'âge

**Le suicide en Bretagne est un problème majeur puisque les décès sont largement supérieurs à la moyenne nationale : 60% de plus chez les hommes et 72% chez les femmes. En 2003, le nombre de décès par suicide en Bretagne est de 874 alors qu'au niveau national, il est de 10 600.**

Le nombre de décès est trois fois plus élevé en Bretagne qu'en Ile-de-France, les deux régions extrêmes pour ce phénomène. L'écart est encore plus élevé selon les départements : il y **a huit fois plus de décès par suicide chez les habitants du Finistère que chez les Parisiens**.

Quatorze régions présentent une surmortalité spécifique de 30% supérieure à la moyenne nationale dont la Bretagne, la Basse-Normandie, le Pays de la Loire et le Limousin. A l'opposé, on observe une sous mortalité significative dans sept régions métropolitaines et les Départements d'Outre Mer. L'Ile-de-France, la Martinique et la Guadeloupe ont les taux les plus faibles.

La **Bretagne se distingue de la France dans les taux de suicide selon l'âge**. Sans distinction du sexe et selon les tranches d'âge décennales de 15 à 84 ans, les taux en 2003 dessinent une courbe différente en Bretagne.

- De 15 à 54 ans, les taux croissent régulièrement d'une tranche d'âge à l'autre en Bretagne et en France
- **A partir de 55 ans, les taux décroissent régulièrement en Bretagne** tandis qu'en France, ils marquent un recul dans la tranche d'âge des 55/64 ans et progressent dans les tranches d'âge suivantes. La surmortalité bretonne se réduit à partir de la tranche d'âge 65-74 ans. En 2003, la tranche d'âge des 75/84 ans présente un taux de mortalité par suicide inférieur à celui de la France métropolitaine.
- **Le taux de mortalité par suicide de la population bretonne (hommes- femmes) est plus élevé dans les tranches d'âge allant de 35 à 74 ans que dans les tranches d'âge plus jeunes ou plus âgées. Dans cet ensemble, la population la plus à risque de décès par suicide est celle âgée de 40/49 ans.**

Depuis 2000, une enquête annuelle en Bretagne demandée par les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et organisée par l'ORS de Bretagne est menée dans les Unités Médico-Psychologiques (UMP). Les UMP sont des équipes médicales mises en place au sein d'un établissement hospitalier dans chacun des huit secteurs sanitaires de la Région Bretagne, implantées à Brest, Quimper, Lorient, Vannes, Rennes, Saint Malo, Saint-Brieuc et Pontivy. Les personnes admises aux urgences pour tentative de suicide sont prises en charge par le personnel des huit UMP de Bretagne. Les résultats les plus récents de cette enquête datant de 2005, ont été publiés en novembre 2006. Une estimation moyenne de 11 700 tentatives de suicide, prises en charge par les services de l'urgence et de la psychiatrie de liaison des hôpitaux bretons, a été mise en exergue par le recueil d'informations réalisé par les UMP de 2000 à 2005. La répartition selon le sexe et l'âge du taux de tentatives de suicide fait ressortir une prédominance féminine, même caractéristique observée au niveau national. **Le nombre de tentatives de suicide (hommes- femmes confondus) est beaucoup plus élevé chez les jeunes que chez les personnes âgées. Dans cet ensemble, la tranche d'âge la plus à risque est celles des 35/44 ans.**

Malgré la connaissance des déterminants généraux du suicide et des tentatives de suicide en France tels que l'isolement social, la séparation et le divorce, le deuil, l'accès facile à des moyens de suicide, la mauvaise santé physique et la douleur, les conduites à risques, il est difficile d'expliquer pourquoi les chiffres de la Bretagne représentent une proportion importante de la moyenne nationale.

Le Directeur de l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne confirme cette incapacité à comprendre le phénomène suicidaire breton à l'heure actuelle. De plus, il explique cette difficulté par l'absence d'équipes de recherches formées sur le sujet et de professionnels de santé publique.

### **1.1.2 Un contexte législatif permettant au Conseil régional de Bretagne de devenir un nouvel acteur**

Confrontée à de lourdes pathologies bien identifiées, la région Bretagne cultive une tradition de concertation et d'action au plus près du terrain. Les collectivités territoriales ont des compétences restreintes dans le champ de la santé stricto sensu (hygiène et salubrité publique, en ce qui concerne les communes), mais détiennent des leviers importants pour agir au quotidien sur la promotion de la santé des habitants. Cependant, le paysage sanitaire français est en pleine recomposition avec les lois relatives à la politique de santé publique du 9 août 2004 aux libertés et aux responsabilités locales du 13 août 2004 qui ont conduit à un réaménagement des compétences en matière de santé. Elles auront des conséquences fortement restructurantes pour l'ensemble du système de santé en faisant du Conseil régional un nouvel acteur.

Comme tend à le montrer la loi du 9 août 2004, les collectivités représentent des relais indispensables pour la déclinaison locale des priorités de santé publique. Elles en ont fait la preuve depuis longtemps, à travers leur place centrale dans la mise en œuvre des actions de prévention.

**La loi de santé publique du 09 août 2004** permet aux Conseils régionaux de déterminer des objectifs régionaux de santé publique et de destiner des moyens à leur réalisation.

Deuxième loi relative à la politique de santé publique dont la France se dote depuis celle du 15 février 1902, la loi du 09 août 2004 esquisse un nouveau paysage français de la santé publique. Elle définit les instruments d'une politique de santé publique davantage orientée vers la prévention et la protection de la santé des populations. Cette loi permet de clarifier la répartition des responsabilités dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de santé publique et affirme le rôle « central » de l'Etat en ce domaine dans la mesure où elle fixe dans son article 2 que la nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels.

La détermination de ces objectifs, la conception de plans, d'actions et de programmes de santé mise en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'Etat.

Cette loi détermine également des plans d'action et des outils qui doivent au terme d'un quinquennat favoriser et améliorer l'état de santé des français. Pour cela « 100 objectifs » sont définis et des indicateurs sont ou vont être élaborés pour permettre l'évaluation de ceux-ci. La loi propose l'échelon régional comme niveau pertinent de pilotage. L'objet de la loi de santé publique est donc d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents, et de favoriser les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire ces risques. Dans le cadre de cette loi, la coordination des actions de prévention et leur financement sont assurés par le comité technique national de prévention (article L.1417-3 du Code de santé publique<sup>1</sup>). Ce partage des compétences entre les différents acteurs institutionnels résulte de la sédimentation opérée par des lois adoptées à des époques différentes, ce qui a abouti à un manque de coordination au niveau des actions menées sur le terrain. En outre la décentralisation en matière sanitaire s'est accompagnée de fortes disparités entre les départements. La loi de santé publique ne cible pas précisément dans son texte des dispositions de lutte contre le suicide, toutefois dans les dispositions relatives à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme des actions de prévention contre ces addictions peuvent inclure des mesures de prévention sur le suicide.

**Le décret n°2005-1234 du 26 septembre 2005 relatif aux groupements régionaux ou territoriaux de santé publique** met en place à l'article R. 1411-17 du Code de santé publique (CSP) la convention constitutive d'un groupement régional ou territorial de santé publique (GRSP), institué en application de l'article L. 1411-14 du CSP<sup>2</sup>. La convention constitutive est approuvée par arrêté du représentant de l'Etat dans la région ou la collectivité dans laquelle le groupement a son siège. Elle prend effet dès la publication de l'arrêté au recueil des actes administratifs de chacun des départements de la région ou de la collectivité en cause.

Le groupement régional ou territorial de santé publique exerce la mission qui lui est dévolue par l'article L. 1411-14 du CSP. Le groupement arrête les conditions de réalisation des programmes de santé du PRSP dont il assure la mise en œuvre et précise notamment la nature et l'échéancier des actions envisagées dans ce cadre, leurs modalités de suivi et d'évaluation, les cahiers des charges éventuellement associés à leur lancement, ainsi que les partenariats et financements prévus à cet effet. Le groupement décide des projets éligibles à un financement du groupement et fixe le montant de ce financement. Il développe les coopérations et met en œuvre les conventions nécessaires à la réalisation des programmes de santé du programme régional de santé publique (PRSP) tout en favorisant le

---

<sup>1</sup> L. n° 2004-806, du 9 août 2004, art. 7, II

<sup>2</sup> L. n° 2004-806, 9 août 2004, art 8.

rapprochement entre les acteurs régionaux de l'observation sanitaire et sociale pour améliorer la cohérence et la disponibilité des informations nécessaires à son action et met en place les moyens nécessaires au suivi et à l'évaluation des actions qu'il mène. Il contribue à l'évaluation des programmes du PRSP et mène des actions de communication sur ce plan et sa mise en œuvre.

Le groupement rend compte de son activité et des résultats obtenus au moins une fois par an, à la Conférence régionale ou territoriale de santé en vertu de l'article L. 1411-12<sup>3</sup> du CSP.

### **La loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales**

permet une meilleure répartition des rôles et des compétences des institutions dans le domaine de la santé publique. Dans le domaine de la prévention du suicide, cette loi permet de mettre entre les mains des acteurs locaux les clefs de la mise en œuvre des politiques de prévention. Cette loi en complément des PRSP permet aux acteurs institutionnels régionaux ou départementaux de mettre en œuvre des actions de santé publique. De plus, cette loi prévoit que, dès 2005, deux représentants de la Région siègent avec voix consultative au sein de la commission exécutive de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH). A titre expérimental, cette même loi permet au Conseil régional de développer son implication dans l'action de l'Agence en devenant, à compter du 1er janvier 2006, membre avec voix délibérative. Cette possibilité, établie sur la base du volontariat, est conditionnée par la participation de la Région au financement des équipements sanitaires. Prévoyant également une participation du Conseil régional à la commission exécutive de l'ARH, avec voix consultative ou délibérative (si la Région participe au financement d'équipements hospitaliers), cette loi vient modifier l'équilibre des forces en présence au sein de l'ARH en élargissant le partenariat au-delà de la parité Etat et Assurance Maladie. Cette loi vient modifier l'équilibre des forces en présence au sein de l'ARH en élargissant le partenariat au-delà de la parité Etat et Assurance Maladie.

Eu égard au contexte législatif, les formules de coopération existent. Reste aux collectivités locales à s'affranchir des limites géographiques en favorisant la stratégie d'action territorialisée des Conseils régionaux, relative à la mise en place d'un dispositif multi partenarial.

---

<sup>3</sup> L. n° 2004-806, 9 août 2004, art. 3, I.

## 1.2 La mise en place d'un dispositif multipartenarial

Face à un phénomène marqué par sa complexité, la prévention du suicide fait l'objet de l'intervention d'une pluralité d'acteurs : institutionnels, hospitaliers, médicaux, associatifs et est mise en place à différents échelons territoriaux. Nous avons rencontré la plupart de ces partenaires lors de nos investigations afin de comprendre leurs rôles propres.

### 1.2.1 Une planification étatique et régionale ...

Au niveau national, la prévention du suicide a été identifiée comme priorité nationale par le Haut Comité de Santé Publique dès 1994. La mise en œuvre d'un Programme national de prévention du suicide a été décidée en 1998, par le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale <sup>(4)</sup>, en lien avec les régions ayant élaboré un programme régional de prévention du suicide, « *afin de passer en dessous de la barre symbolique de 10 000 morts par suicide par an* ».

Cette priorité s'est confirmée lors de la journée nationale de prévention du suicide, en février 2000 <sup>(5)</sup>. Un Plan 2001 – 2005 a ainsi défini une stratégie nationale d'actions contre le suicide et pour sa prévention.

Les orientations régionales actuelles correspondent aux prises de position les plus récentes, lors de la dernière Conférence nationale de santé du 22 mars 2007.

En Bretagne, la première Conférence régionale de santé en 1996 a fait de la prévention du suicide une priorité régionale. Le premier Programme régional de santé (PRS) en Bretagne a porté sur « la souffrance psychique et le phénomène suicidaire » (1996 – 2000). Cette priorité régionale a été déclinée ensuite dans les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Lors de la Conférence régionale du 20 février 2001, le jury a recommandé l'élaboration d'un nouveau Programme de prévention du suicide en indiquant les axes prioritaires en matière de prise en charge, prévention et connaissance du phénomène. « Prévenir le suicide en Bretagne » constitue donc le deuxième PRS mis en œuvre en avril 2004 pour la période 2004 – 2008.

---

<sup>4</sup> Bernard KOUCHNER

<sup>5</sup> Mme Dominique GILLOT

Au niveau étatique, les Conférences régionales de santé sont instituées par la loi de santé publique du 9 août 2004 et le décret pris en application du 8 décembre 2005. A la fois lieu d'information et lieu de débat, c'est une instance consultative associée au processus d'élaboration des politiques de santé dans la région. Composée d'élus et d'acteurs du système de santé, mais aussi de représentants des malades et des usagers du système de santé et de personnalités qualifiées, la conférence a six missions principales. La définition des objectifs régionaux de santé publique et l'évaluation des programmes de santé constituant le PRSP est la principale.

Le PRSP «La Bretagne en santé » Préfecture de région Bretagne, est un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels, qui doit à la fois décliner les politiques de santé nationales et mettre en œuvre les priorités de santé régionales, en organisant la cohérence entre les différentes stratégies de santé conçues et mises en œuvre dans la région, quelle que soit l'autorité dont elles relèvent. Au sein de ce PRS, quatorze programmes et quatre approches populationnelles (jeunes, personnes âgées, personnes en milieu de travail, personnes détenues) permettent de prendre en compte les problèmes essentiels de santé publique de la région.

Le comité régional des politiques de santé avait retenu sept thèmes prioritaires pour la Bretagne, au terme de l'élaboration du diagnostic régional. Six d'entre eux font l'objet d'un PRS ou d'un programme déclinant un plan national dont « Prévenir le suicide en Bretagne ».

Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) en faveur des personnes en situation de précarité (PRAPS Bretagne 2001 – 2002 et 2003 – 2006) constitue également un dispositif régional de prévention du suicide en Bretagne.

Le pilotage des programmes est réalisé par le GRSP et par les animateurs territoriaux de santé.

Le GRSP, instauré par décret du 1<sup>er</sup> octobre 2005 est un groupement d'intérêt public (GIP) dont la mission principale est d'assurer la mise en œuvre du PRSP. Il regroupe l'État, les organismes de sécurité sociale : Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM), l'ARH, des établissements publics de l'État, et les collectivités territoriales qui le souhaitent. Il est présidé par le préfet de région. Le Conseil d'administration est composé de représentants des membres du groupement et de personnes qualifiées. Le Directeur du groupement prépare et exécute les délibérations du Conseil d'administration ; il anime une instance technique, le comité des programmes, qui est chargé d'assurer le suivi de la mise en œuvre du PRSP. Le GRSP dispose de financements venant de ses membres, et de

personnel : le directeur et des agents détachés ou mis à disposition par les membres du groupement.

Les animateurs territoriaux de santé se mettent en place progressivement (sept à ce jour en Bretagne). Leur mission inhérente à la santé publique pourrait à terme influencer aussi sur les développements des réseaux concernant la prévention du suicide.

Les axes du Plan national suicide 2001 – 2005 étaient les suivants : l'amélioration de la prévention primaire, la diminution de l'accès aux moyens létaux, l'amélioration de la prise en charge des personnes suicidantes et de leurs familles, et le développement de la recherche.

En Bretagne, le premier PRS (1996 – 2000) a permis une importante mobilisation d'acteurs de toute la région ; les principaux acquis en sont la levée du tabou chez les professionnels, la mise en place de nombreuses actions et expérimentations, la création de dispositifs spécialisés pour la prévention et la prise en charge, la réalisation de recherches qui ont permis d'améliorer les connaissances sur le phénomène. Ce PRS s'articulait autour de deux objectifs spécifiques de prévention primaire spécifique du suicide : repérer les personnes à risque et réduire le taux de récurrence.

Le deuxième PRS (2004 – 2008) ambitionne de réduire ce taux de mortalité et de participer ainsi à l'atteinte de l'objectif national inscrit dans le projet de loi relatif à la politique de santé publique : «réduire de 20 % le nombre de suicides en population générale d'ici à 2008 ».

Plusieurs catégories de population font, dans le cadre du PRS II, déjà l'objet d'une approche spécifique : les personnes âgées, les personnes détenues, les milieux professionnels. D'autres, n'y figurent pas encore en tant que tels : jeunes, adolescents et jeunes adultes (18 - 25 ans), adultes.

Les cinq objectifs opérationnels de ce PRS sont :

- la promotion de la santé mentale
- la prévention primaire spécifique
- le repérage et la prise en charge des personnes en crise suicidaire
- la postvention (accompagnement de l'entourage)
- les outils et méthodes pour les acteurs

Une fois la planification étatique et régionale établie, les partenaires institutionnels et associatifs s'approprient le dispositif de prévention du suicide en Bretagne.

## 1.2.2 ...En complémentarité avec les partenaires institutionnels et associatifs

Face à un phénomène marqué par sa complexité, la prévention du suicide fait l'objet de l'intervention d'une pluralité d'acteurs : institutionnels, hospitaliers, médicaux, associatifs et est mise en place à différents échelons territoriaux. Nous avons rencontré la plupart de ces partenaires lors de nos investigations afin de comprendre leurs rôles propres.

### A) Les partenaires institutionnels : DRASS et URCAM

La Direction régionale des affaires sanitaires et sociale (DRASS) de Bretagne travaille à l'élaboration du PRSP sur les volets conduite addictives- suicide. La DRASS copilote le comité technique région avec l'URCAM et les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Elle a un rôle de coordination de l'action des DDASS et produit des référentiels, des documents cadre ou des cahiers des charges. Chaque DDASS pilote un comité départemental suicide. La DRASS cofinance les appels à projets des associations concernant la prévention du suicide avec l'URCAM et le Conseil régional.

De même, le rectorat met en œuvre des actions de prévention du suicide en partenariat avec le Conseil régional qui est compétent dans les lycées.

### B) Les partenaires occasionnels : les collectivités territoriales et les acteurs hospitaliers et médicaux

Les projets territoriaux de santé sont expérimentés en Bretagne depuis 2003 avec l'appui de l'Etat, de l'Assurance Maladie et du Conseil régional. Il s'agit de développer une approche communautaire à l'échelon de territoires locaux, d'améliorer la mise en cohérence des actions et des moyens et la coordination des acteurs. Six pays (centre ouest Bretagne, Trégor, Ploërmel, Guingamp, Saint Malo et Vitré) sur 21 que compte la région Bretagne se sont engagés dans la démarche ainsi qu'une ville (Rennes) et ont recruté des animateurs territoriaux de santé pour mettre en œuvre les projets. L'animation territoriale de santé peut être portée par les pays, les communes, les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI). Les animateurs territoriaux ont pour rôle de coordonner les actions de prévention du suicide des différents acteurs et de soutenir les porteurs de projet. Ils essayent de faire le lien entre tous les professionnels confrontés au suicide (éducation nationale, médecins, éducateurs...). Ainsi, l'animatrice territoriale du pays de Vitré Porte de Bretagne a d'abord réuni des professionnels de santé (médecins

généralistes libéraux, infirmières et un praticien hospitalier du Centre hospitalier Guillaume Régnier), pour évoquer les liens entre souffrance psychique et suicide autour des notions d'isolement social, de problématique liée à l'adolescence, au niveau du chômage et de la souffrance au travail. Il s'agissait également de répondre aux difficultés de prise en charge et de prévention du suicide. Ensuite un deuxième groupe de 80 personnes plus étendu en direction des acteurs du pays (élus locaux, représentants de l'Education Nationale, association de parents d'élèves, mission locale, centre départemental de l'action sociale...) a été réuni pour échanger sur le phénomène du suicide avec pour objectif de provoquer une rencontre citoyenne dont le thème était : « ensemble prévenons le suicide » en mars 2007. Par la suite, il est prévu de mettre en place des journées de formation de 2 ou 3 jours pour les professionnels sur le repérage de la crise suicidaire en fin d'année 2007 (dans le cadre du plan santé mentale). Les animateurs territoriaux visent à améliorer l'action des différents acteurs en les coordonnant à une échelle locale tenant compte des particularismes de chaque territoire. Ainsi, dans un territoire rural comme Rostrenen, l'animation territoriale vise à créer un point d'accueil écoute jeune pour prévenir leur isolement mais également à aider au maintien à domicile des personnes âgées ou préparer leur entrée en établissement.

L'animation territoriale est confrontée à la difficulté de coordonner des acteurs divers aux attentes différentes face à la prévention du suicide.

Les ateliers santé ville constituent l'axe santé des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS), nouveau cadre de la politique de la ville. Ces ateliers sont des instances de coordination et d'animation d'un programme de santé local. Le rôle de la ville est la promotion de la santé au sens large. Ces actions sont tout particulièrement orientées vers la communication au grand public et un soutien financier aux associations. Ainsi, l'animatrice territoriale de la ville de Rennes intervient par des actions indirectes à la prévention du suicide en rédigeant des articles dans « le Rennais » sur le mal-être psychique, en mettant en place un document expliquant les structures prenant en charge les personnes concernées par le suicide et en soutenant la semaine sur la santé mentale.

Les départements agissent également indirectement dans le champ de la prévention du suicide de par leurs compétences et dans le champ social même s'ils ne sont pas des acteurs majeurs. Ils peuvent également cofinancer des points d'accueil et d'écoute jeunes et des maisons des adolescents comme le Conseil général du Finistère ou organiser des actions individuelles comme l'organisation de soirées pour les parents d'adolescents comme le Conseil général du Morbihan.

Les partenaires hospitaliers ont essentiellement un rôle curatif, cependant ils peuvent être associés au dispositif de prévention tel le Centre hospitalier Guillaume Régnier dont certains chefs de service font partie des comités techniques d'animation territoriale. De plus, certains services tels le SPAO qui reçoit les personnes en état de crise, les diagnostique et les oriente jouent un rôle préventif non négligeable.

Cependant, toutes les crises suicidaires ne sont pas liées à des pathologies mentales, seules 20 à 30% des tentatives de suicide sont dues à des troubles de santé mentale et les psychiatres publics attirent l'attention sur le fait qu'ils ne peuvent pas répondre entièrement à la problématique suicidaire et appellent à la généralisation à l'ensemble des professionnels d'une formation sur la prévention de la crise suicidaire, notamment auprès des médecins généralistes.

Parce qu'ils connaissent leur clientèle et contribuent de manière décisive aux soins de première ligne, les programmes nationaux et régionaux de prévention du suicide reconnaissent aux médecins généralistes un rôle central dans le dispositif. Les généralistes réalisent de 65 à 70% des soins psychiatriques en première ligne (rapport Cléry-Melin 2003) et prennent en charge la moitié des tentatives de suicides demandant un recours en urgence. La conférence « *la crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge* » tenue en 2000 a fait l'objet d'une large diffusion de ses conclusions. Lors de cette conférence (qui ne comportait qu'un seul médecin généraliste, mais 20 psychiatres sur 26 experts) le rôle des généralistes a été particulièrement souligné. Une enquête réalisée dans l'Ille-et-Vilaine en 2003 auprès de 22 médecins généralistes devait permettre d'évaluer leurs pratiques au regard des recommandations des experts. Dans cette étude apparaissent des écarts importants entre les recommandations du jury, pour lequel le généraliste a une mission de dépistage et d'adressage avec la réalité des généralistes interrogés. La définition de la crise suicidaire reste floue et du coup la reconnaissance de celle-ci est tributaire d'un contexte et d'une expérience propre à chaque praticien. De la même manière, le positionnement du médecin vis-à-vis de la crise est variable comme le sont en conséquences les suites adoptées, par exemple on observe une importante réserve dans le recours à la psychiatrie, considérée comme inefficace et/ou stigmatisante. Les formations proposées dans le cadre de la FMC (formation médicale continue) pour la prise en charge du suicide sont peu prises. Cela s'explique sans doute par le faible nombre de patients concernés.

### C) La coordination des différents acteurs : les réseaux

Les réseaux prévention du suicide en Bretagne ne bénéficient pas des financements des réseaux de santé mais sont des réseaux de proximité financés par l'Etat. Les mutuelles sont associées à la mise en place des réseaux. Le travail en réseau correspond globalement à une démarche interdisciplinaire et interinstitutionnelle. Le groupe régional d'évaluation des réseaux recommande qu'un réseau de prévention du suicide pour être efficace doit «accueillir des membres des différents champs d'intervention sanitaire et social, mais également socio-éducatif, judiciaire... ». Il importe de réunir des acteurs différents pour illustrer la chaîne de soins et rendre cohérent les objectifs du PRS. Cependant, les réseaux en Bretagne manquent parfois de certains acteurs tels les acteurs de santé sur Pontivy, les acteurs de la jeunesse sur le pays de Cornouaille.

D'une manière générale, les médecins généralistes sont absents de l'ensemble des réseaux prévention du suicide en Bretagne. Une enquête sur l'évaluation de la prise en charge des suicidants dans le département du Morbihan menée en 2003 par la DDASS et la CPAM du Morbihan pointe un problème de suivi des patients après hospitalisation et souligne le manque de liens formalisés avec les médecins généralistes pour imaginer un tel relais. L'enquête fait également ressortir une demande de renforcement de liens entre les acteurs.

Ces réseaux sont principalement constitués de professionnels. Des bénévoles peuvent faire partie des réseaux, s'ils sont rattachés à une association. Les usagers ne sont pas partis prenante. Ils peuvent s'exprimer lors de temps forts qui leur sont destinés (conférences, rencontres citoyennes).

### D) Les acteurs de terrain : les associations

L'implication des associations n'a cessé de croître en Bretagne sur la prévention du suicide. A titre d'exemple, composé de 6 associations au départ le collectif «journée nationale pour la prévention du suicide » de l'Ille-et-vilaine est aujourd'hui fort d'une quinzaine de participants. Ces acteurs de terrain mènent des actions d'information et de sensibilisation du grand public au phénomène suicidaire, notamment au travers de forums, de journées d'informations. Ainsi, les rencontres citoyennes qui permettent l'expression publique d'expériences individuelles ont été créées en 1999 par le collectif « ensemble prévenons le suicide ». Cette méthode a été formalisée et retenue par le PRS comme une méthode à démultiplier. Les associations mènent des actions innovantes et

appréciées par le public tel le théâtre forum (spectacle interactif), les rencontres citoyennes. De plus, elles essayent de cibler les populations les plus sensibles et potentiellement concernées : les jeunes, les personnes victimes de violence par la mise en place de points d'accueil écoute, d'espaces de paroles. Ainsi, l'association Parentel a mis en place un service d'écoute parents-enfants afin de prévenir les troubles familiaux et sociaux résultant des relations parents-enfants. De même, le mouvement français pour le planning familial mène des actions d'écoute des jeunes victimes et auteurs de violence. Ces acteurs de terrain mènent un véritable travail de sensibilisation et de prévention du suicide de proximité avec un maillage du territoire en étant présents dans les quatre départements.

Cependant, si le secteur associatif est riche de sa diversité, il nécessite une mise en cohérence. En effet, certaines actions et publics sont visés par des associations multiples tandis que certains champs préventifs ne font l'objet d'aucune initiative. La multiplication des numéros d'écoute téléphonique illustre ce phénomène et la nécessaire recherche de cohérence pour plus de visibilité auprès des citoyens. Il demeure difficile d'établir une vision commune entre les différentes associations. La participation effective aux réunions est variable suivant le degré de sensibilité personnelle, face au phénomène du suicide, chez les bénévoles. Enfin la charge de travail exige une implication difficile à maintenir sur la durée. Il est intéressant également de souligner que ces actions restent ciblées essentiellement sur les jeunes au vu de l'impact émotionnel provoqué par ce type de suicidants en dépit du constat épidémiologique. Ainsi, très peu d'associations mènent d'action en direction des adultes travailleurs.

La prévention du suicide en Bretagne fait l'objet d'un dispositif complexe nécessitant l'intervention de plusieurs acteurs. Le Conseil régional joue un rôle essentiel et son action demeure à définir précisément.

## **2 UNE INTERVENTION NECESSAIRE DU CONSEIL REGIONAL DE BRETAGNE : UNE ETAPE VERS LA REGIONALISATION DE LA POLITIQUE DE SANTE ?**

Le Conseil régional de Bretagne (CRB) soutient des actions de sensibilisation et de prévention primaire du suicide et est devenu un acteur incontournable de santé publique. Cependant, son rôle reste à définir précisément avec les autres acteurs afin que le CRB acquière sa pleine légitimité et visibilité.

### **2.1 Les actions menées pour la prévention du suicide par le Conseil régional**

Le Conseil régional de Bretagne s'est engagé dans la lutte contre la surcuidité bretonne en soutenant et en menant à la fois des actions de sensibilisation et des actions de prévention.

#### **2.1.1 Actions de sensibilisation**

Le Conseil régional s'inscrit dans une démarche de sensibilisation du phénomène suicidaire à travers le concours de différents acteurs.

Tout d'abord, le Conseil régional finance les recherches menées par l'Observatoire régional de santé qui a pour mission de récolter les données épidémiologiques notamment en matière de suicide.

En effet, cet observatoire dresse un état des lieux correct et pertinent destiné à sensibiliser le plus large public sur la réalité du suicide en Bretagne. De plus, une connaissance approfondie et affinée du suicide en Bretagne permet de mieux cibler la mise en place d'actions de prévention efficiente.

Par ailleurs, via l'organisation de Conférences de consensus, le Conseil régional a réussi à instaurer un événement régulier capable de sensibiliser et de mobiliser les élus sur le sujet du suicide. Elle peut permettre d'établir une vision commune des différents acteurs sur un sujet complexe, marqué souvent par des interprétations divergentes.

De plus, ce temps fort permet d'élargir une vision parfois trop restreinte de la population encline aux tendances suicidaires. En effet, le Conseil régional ainsi que les non-professionnels de la santé peuvent avoir tendance à privilégier la population suicidaire des jeunes et à négliger une part importante des personnes en état de détresse psychologique à l'instar des personnes âgées et des détenus carcéraux.

De plus, le Conseil régional participe à la sensibilisation du grand public à travers le subventionnement qu'il apporte aux collectifs et associations qui organisent des forums et des conférences sur le thème du suicide. En effet, lors de ces manifestations, ces structures veillent à ce qu'une culture commune en matière de suicide soit acquise par le plus grand nombre de membres de la société.

Le but principal est donc de faire que le suicide ne soit plus l'affaire de spécialistes mais l'affaire de tous par le biais d'une sensibilisation générale au phénomène suicidaire.

Enfin, le Conseil régional est le porteur indirect d'une mission d'information et de sensibilisation en finançant l'action des animateurs territoriaux de santé qui veillent notamment à la diffusion des informations sur le sujet auprès des professionnels, des bénévoles et des élus.

### **2.1.2 Actions de prévention**

Le Conseil régional s'inscrit résolument dans une démarche de prévention primaire du suicide en finançant les appels à projet. Le Guide de procédure 2007 « Appel à projets conjoint Santé publique et prévention Etat – Assurance maladie – Conseil régional » s'inscrit dans une politique de partenariat des institutions concourant à l'élaboration et à la mise en œuvre du PRSP en Bretagne. Le Conseil régional y est associé dans le cadre de son programme « Participer à l'éducation à la santé et à la promotion de la santé publique ». Le guide fixe les modalités de l'appel à projets tripartite : Etat, Assurance Maladie et Conseil régional.

Les promoteurs ont été informés du lancement de l'appel à projets par un courrier co-signé DDASS-CPAM, qui leur a été adressé début novembre 2006, précisant la procédure et le calendrier. Le guide du promoteur et le dossier de demande de financement actualisés étaient à télécharger par les promoteurs sur les sites Internet de la DRASS, de l'URCAM et du Conseil régional.

Concernant la réception des dossiers, les promoteurs avaient jusqu'au 18 décembre 2006 pour adresser un exemplaire du même dossier à la CPAM et à la DDASS de leur département. Les DDASS et les CPAM transmettent respectivement à la DRASS et à la CRAM les dossiers qui sont de leur ressort. Les dossiers directement transmis à l'échelon régional (DRASS, CRAM, Conseil régional) sont retransmis à l'échelon départemental pour

l'enregistrement. Les DDASS et les CPAM accusent réception respectivement de l'ensemble des dossiers reçus, en précisant le cas échéant si leur dossier a été transmis à la DRASS ou à la CRAM en raison de leur caractère supra départemental

L'enregistrement des dossiers a été réalisé selon le principe retenu du guichet unique en alternance Etat/Assurance Maladie, il appartient en 2007 à la CPAM d'enregistrer chaque dossier et de lui attribuer une numérotation. Cette numérotation est unique et utilisée par l'ensemble des acteurs des trois institutions, quelque soit le niveau d'instruction du dossier.

Pour chaque dossier, la CPAM / CRAM et la DDASS / DRASS vérifient que la demande est recevable et entre dans le champ des fonds respectifs des trois financeurs : Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS), crédits régionalisés de prévention et de promotion de la santé (programme 204), crédits MILDT (programme 136) ou fonds du programme 801 « Participer à l'éducation pour la santé et à la promotion de la santé publique » du Conseil régional.

Les documents d'instruction conjoints (synthèse et grille d'analyse annexés au guide) sont remplis soit par la DDASS, soit par la CPAM après concertation et transmis à l'URCAM, au Conseil régional et à la DRASS au plus tard le 27 février 2007. Des rencontres sont organisées entre CPAM et DDASS pour orienter les dossiers pour un financement soit vers l'Etat, soit vers l'Assurance Maladie, soit vers le Conseil régional. Dans la mesure du possible, la prise en charge sur un seul fond sera privilégiée.

Le Conseil régional instruit les dossiers qui lui sont proposés en fonction des objectifs fixés dans son programme : « participer à l'éducation à la santé et à la promotion de la santé publique ». Il intervient uniquement sur les thématiques suivantes : les conduites addictives (alcool, tabac, autres...), la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide, du Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), des infections sexuellement transmissibles (IST) et des hépatites. Il financera des actions nouvelles qui n'avaient pas été financées antérieurement par les DDASS/DRASS et les CPAM/CRAM. Pour les actions financées par le Conseil régional en 2005 et 2006, celles-ci pourraient être reconduites en fonction des éléments d'évaluation qui lui sont transmis par le premier niveau d'instruction.

S'agissant de l'instruction des dossiers, deux types de modalités ont été retenus, d'une part les dossiers orientés vers le FNPEIS (crédits Assurance maladie), et d'autre part, les dossiers dirigés vers l'État ou Conseil régional. Par la suite, un temps d'échange technique interinstitutionnel est organisé en fin de campagne

Concernant la décision de financement : chaque financeur conserve une instance décisionnelle propre. Pour le Conseil régional, la décision de financement est prise par les élus réunis en Commission permanente à partir du travail technique réalisé au sein du Conseil régional, sur les dossiers à financer et les derniers partages de financement entre l'Etat - Conseil régional et l'Assurance Maladie.

Suite aux décisions de financement prises, un tableau récapitulatif des dossiers examinés est transmis aux CPAM et aux DDASS et à la direction des solidarités du Conseil régional. Ce tableau indique les remarques et conditions de financement émises par les commissions. Une information pourra dès lors être faite aux promoteurs, sous réserve de versement des fonds par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour l'Assurance Maladie, du Ministère de la Santé pour l'Etat et du Conseil régional. En cas de co-financement par deux ou trois partenaires, une réponse commune des financeurs sera adressée au promoteur. Les promoteurs seront informés des décisions par courrier en mai – juin 2007.

Toute action ayant obtenu un financement doit faire l'objet d'une évaluation qui sera produite au plus tard le 30 juin suivant l'année d'attribution.

Le CRB a joué un rôle actif dans la mise en place de ces actions de prévention et dans cette optique en 2006 les associations sont parfaitement intégrées aux dispositifs. Pour exemple, citons certaines d'entre elles entre autre la mutuelle des étudiants, le Centre Régional Information Jeunesse Bretagne (CRIJB), le Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) de Lorient, Mouvement pour une Alternative non-violente pays de Saint-Brieuc et le Guide d'information personne en souffrance psychique.

Leur objet premier est de distiller l'information sur le suicide auprès des jeunes, elles constituent également des points d'écoute privilégiés et de façon plus prosaïque des unités d'accompagnement.

**La mutuelle des étudiants**, dont l'objet est de réduire le taux de tentatives de suicide et de suicides chez les jeunes bretons, doit par ailleurs sensibiliser les étudiants et les lycéens aux phénomènes de solitude.

**Le CRIJB** a pour mission d'informer, de sensibiliser les jeunes et leurs parents sur les conduites à risques avec le soutien d'un réseau de professionnels de santé, avec en sus une mission de prévention auprès des adolescents et des enfants de CM2, sur les addictions, le mal être, la prévention primaire des actes suicidaires. Il doit également sensibiliser et informer les jeunes sur la thématique du bien être et de la santé globale, et renforcer l'estime de soi et les compétences psychosociales des jeunes.

**Le Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) de Lorient** a pour objectif d'accueillir, d'écouter, d'orienter et de traiter une difficulté et également d'apporter une aide concrète au public visé, pour prévenir et réduire les risques encourus par une partie des adolescents et jeunes adultes dans l'usage des produits et en particulier la consommation d'alcool, de haschich, de tabac et de produits psychotropes.

La mesure de l'atteinte des objectifs est réalisée à partir du cahier des charges. Les indicateurs retenus sont : la fréquentation, le nombre de jeunes reçus, le nombre d'entretiens, les problématiques traitées et les orientations vers les partenaires.

L'évaluation est réalisée par l'association Service éducatif de soutien et d'accompagnement mutuel (SESAM) dans le recueil d'information, mais également par les membres du comité pilotage pour ce qui concerne un suivi très régulier de la fréquentation mais aussi des modalités de fonctionnement du PAEJ et des modes de partenariat inter institutions.

**Le Mouvement pour une Alternative Non-violente pays de Saint-Brieuc** a pour vocation d'accompagner une prise de conscience, de former au travers de conférences, de stages et aussi de promouvoir une dynamique de partenariat. L'évaluation se mesure à l'aune des éléments suivants : vérification sur le terrain des actions menées par différents acteurs locaux, le nombre de visiteurs enfants et adultes, et pour finir le recensement des actions menées de façon collective ou à l'intérieur de structures institutionnelles pendant et après l'exposition.

**Le Guide d'information personne en souffrance psychique** facilite l'accès à l'information des personnes en souffrance et de leur entourage, valorise les usagers et renforce leur estime en les impliquant dans la réalisation des projets. L'évaluation s'opère par le biais d'indicateurs quantitatifs (nombre de guides distribués, nombre de guides pris par les usagers dans chacun des lieux d'accueil) et qualitatifs (degré de satisfaction des usagers).

Ces diverses associations sont financées à tempérament par le Conseil régional, le Conseil général et la Caisse primaire d'assurance maladie et les services déconcentrés de l'État. Des indicateurs d'évaluation sont définis pour mesurer l'impact en terme de prévalence sur les populations ciblées. L'intérêt pour le Conseil Régional de Bretagne est de promouvoir des actions de terrains au plus près des publics, cette démarche nous semble t-il crée de la cohérence sociale sous couvert d'une logique de communication participative. Au-delà de la communication et du lien maintenu l'approche territoriale devient systémique, elle génère de facto des relais de signalement au profit d'une réactivité possible sur l'inflexion des stratégies à mettre en œuvre au regard des évolutions du fait suicidaire sur la région.

Les actions de prévention suicide sont ciblées prioritairement sur le public jeune au-delà de toute contingence épidémiologique. On peut considérer que la participation du Conseil régional de Bretagne reste malgré tout faible au regard des actions entreprises.

## **2.2 Le Conseil régional : un acteur de santé publique en devenir**

Si le Conseil régional joue un rôle important dans le dispositif de prévention du suicide et a permis de légitimer ce problème de santé publique, son action demeure perfectible en définissant au mieux son champ d'intervention afin de devenir un acteur légitime de santé publique.

### **2.2.1 Un bilan en demi-teinte**

Il apparaît indéniable que l'action du Conseil régional de Bretagne a apporté une plus-value dans le dispositif de prévention du suicide, néanmoins elle demeure perfectible. En effet, le CRB fait la promotion de la prévention du suicide et l'a fait émerger comme problématique de santé publique en Bretagne avec le Programme 801. La prévention du suicide est apparue comme un véritable enjeu régional grâce à l'implication de la collectivité régionale et a pu permettre à d'autres acteurs de prendre conscience de ce problème endémique pour la Bretagne. La légitimité de l'action du CRB est donc reconnue par la majorité des acteurs de la prévention du suicide. Ainsi, le Directeur de l'ORS de Bretagne est convaincu de la place du Conseil régional en santé publique car la prévention est un choix politique qui nécessite une implication des élus, et de ce fait le CRB peut donner l'impulsion nécessaire. De plus, dans le cadre de l'aménagement du territoire, l'action du Conseil régional est légitime car il peut s'assurer de l'égalité d'accès des usagers aux services dits « basiques » tel que la présence d'un médecin généraliste. Le niveau régional apparaît comme un niveau d'intervention pertinent en terme de stratégie, d'action, de communication et de mutualisation des engagements des autres partenaires, notamment les collectivités infra-étatiques. Ainsi, les animateurs territoriaux de santé relèvent que le CRB, tout en définissant les orientations en matière de prévention du suicide, reste souple et accorde une place importante aux applications locales propres qui permettent la mise en place de projets territoriaux spécifiques.

Le CRB apporte une source de financement supplémentaire et donc renforce la prévention du suicide, notamment par la procédure de l'appel à projet tripartite. Son action de co financeur est capitale pour permettre la mise en place de projets innovants de la part des acteurs de terrain. Elle peut favoriser un meilleur maillage territorial efficient des projets. De plus, l'appel à projet tripartite devrait permettre à terme une vision d'ensemble et une meilleure lisibilité des bailleurs de fond.

Cependant, il convient de souligner la complexité induite par l'intervention d'un acteur supplémentaire dont le rôle n'est pas défini précisément. L'absence de coordination des

différentes actions induit des redondances de la part d'acteurs aux cultures différentes d'où une difficulté à travailler ensemble. En effet chacun de ces acteurs obéit à des logiques institutionnelles et de financement différentes. Par exemple, la Direction Générale de l'Intervention Sanitaire et Sociale (DGISS) du Conseil général de Morbihan regrette le manque de coopération avec le CRB en dehors des conférences de consensus. De même, Le Conseil général (CG) du Finistère regrette l'implication mineure du CRB en matière de prévention du suicide malgré son importante implantation territoriale. Il souligne le manque de clarté entre les compétences du CG et celles du CRB et souhaite que celui-ci assure un rôle de coordination entre les actions des différentes collectivités. D'une manière générale, les autres collectivités territoriales craignent que le CRB s'impose comme collectivité chef de file en matière de prévention du suicide remettant en cause leur autonomie et leur libre administration. Elles sont confrontées à des attentes contradictoires, d'une part elles souhaitent un coordinateur et d'autre part elles ne veulent pas d'un chef de file. Le GRSP issu de la loi du 9 août 2004 ne permet pas véritablement un partenariat optimal.

Qui plus est, le CRB manque de visibilité auprès des acteurs de santé, notamment hospitaliers. Or ces derniers, notamment dans le champ de la psychiatrie publique sont des acteurs majeurs de la prise en charge du fait suicidaire. Ils mettent en relief le manque d'informations entre les partenaires et le cloisonnement entre les champs sanitaires et médico-sociaux. Selon eux, le manque de collaboration est préjudiciable face à un enjeu de santé publique tel que le suicide.

En outre, l'action du CRB en matière de prévention du suicide est soumise à l'aléa politique. En effet, le champ de la santé publique n'est pas une compétence propre mais est optionnelle et dépend des orientations politiques. De plus, le budget consacré à la santé demeure restreint au vu des priorités dues aux compétences régionales : formation professionnelle, impulsion économique, aménagement du territoire...

### **2.2.2 Les perspectives d'amélioration**

Les projets déjà engagés en ce qui concerne l'observation de la santé, les animations territoriales de santé et la participation financière tripartite (CRB, État, Assurance maladie), dans le cadre d'appels à projet seront poursuivies en 2007 (extrait du rapport de la session du Conseil régional de Bretagne des 8, 9 et 10 février 2007 relative au budget primitif 2007, Mission VIII Pour une Bretagne solidaire).

La région propose que l'observation de la santé au titre du Contrat de plan Etat-Région 2000-2006, soit incluse dans le Contrat de projets 2007-2013. Par ailleurs, en lien avec les Conseils généraux et plusieurs communautés d'agglomération, la Région subordonnera son adhésion au Groupement d'intérêt public (GIP) du Groupement

régional de santé publique à deux conditions : premièrement le financement par l'Etat du programme de santé mentionné ci-dessus et deuxièmement l'aménagement de la convention constitutive du GIP, laissant toute latitude à celle-ci sur le choix de ses priorités et la lisibilité de ses actions. Dans la continuité de son rôle de sensibilisation et de communication sur les questions de santé publique, le Conseil régional de Bretagne organisera une conférence de consensus sur la lutte contre le suicide, à l'automne 2007 en partenariat avec l'Etat, l'URCAM et l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP).

Dans un souci de recherche d'une meilleure efficacité des actions en matière de prévention du suicide, la prise en compte de préconisations issues de la pratique peut s'avérer opportune. Un travail préalable de définition partagée des concepts de prévention et de suicide apparaît ici nécessaire. Il s'agit de tenir compte de l'expérience de chacun des acteurs.

Concernant l'objectif de réduction de la complexité du dispositif, le CRB pourrait investir un rôle stratégique de coordinateur, d'animateur et de pilote. Par exemple il pourrait conduire les comités départementaux de prévention du suicide. Il serait à même également de proposer un numéro d'appel unique commun à toutes les associations.

La mise en place d'une ligne financière indépendante propre au CRB pour la mise en place de l'appel à projets pourrait être envisagée. Elle permettrait une meilleure adéquation entre les promoteurs et la mise en œuvre d'actions dont le corollaire serait d'accroître la lisibilité opérationnelle du CRB.

Afin de remédier à l'absence de visibilité du CRB perçue par les acteurs hospitaliers et les professionnels de santé, ceux-ci soulignent l'intérêt d'une meilleure communication en direction du service public hospitalier pouvant prendre l'aspect d'un cofinancement de formations et/ou de structures. En outre, les acteurs hospitaliers considèrent que la formation des infirmiers diplômés d'État devrait être renforcée sur la prévention du suicide.

Il semblerait important d'intégrer les médecins généralistes aux réseaux de prévention du suicide en Bretagne afin notamment de résoudre le problème de suivi des patients après hospitalisation.

La mise en cohérence du secteur associatif dans le travail de sensibilisation et de prévention du suicide serait judicieuse afin de couvrir les champs qui ne font l'objet d'aucune initiative. Cette recherche de cohérence serait profitable puisqu'elle offrirait plus de visibilité auprès des citoyens.

Sur la base des données épidémiologiques, il serait souhaitable de favoriser des projets de prévention du suicide en direction des catégories populationnelles non concernées par le dispositif actuel, à savoir par exemple la tranche d'âge des 35-54 ans, notamment les actifs.

Un animateur territorial de santé interrogé regrette que, malgré les données épidémiologiques qui font apparaître que les hommes entre 45 et 60 ans sont l'une des tranches d'âge la plus concernée par le suicide, les actions du CRB soient plus ciblées vers les populations jeunes. En outre, les personnes âgées du fait de leur isolement nécessiteraient de faire partie des axes prioritaires des politiques de prévention du suicide. De plus, le CRB n'accorde pas toute sa place à la prévention alors qu'en zone rurale une approche préventive semble plus opportune qu'une approche curative au regard de la démographie médicale.

Le besoin de renforcement du dispositif d'évaluation par le biais de critères et d'indicateurs qualitatifs peut se faire ressentir, étant donné la difficulté d'appréciation de l'efficacité des actions menées sur une thématique telle que le suicide.

En effet, lors des différents entretiens menés au cours de notre travail de recherche, nous avons constaté que l'évaluation des actions menées en matière de prévention du suicide en Bretagne était perfectible. Si celle-ci peut être menée en interne par les acteurs eux-mêmes, il n'en demeure pas moins courant qu'elle puisse être effectuée par des intervenants extérieurs tels que Francis NOCK, expert en santé publique, ou le Collège coopératif de Bretagne ou l'Observatoire régional de santé de Bretagne. Cependant, l'évaluation peut ne pas être réalisée dans des conditions optimales. En effet, outre les contingences matérielles liées notamment à l'imperfection du recueil des données, le problème du délai lié à l'évaluation demeure. Les différents partenaires soulignent le manque de temps qui leur est laissé pour dresser le bilan de leurs propres actions.

Ce constat augure de l'implication du CRB en terme de stratégie d'évaluation de façon à coordonner l'ensemble du dispositif pour avoir une vision globale de celui-ci.

Enfin, un travail de recherche sur les déterminants inhérents à la sursuicidité bretonne pourrait compléter les connaissances déjà acquises et permettre de mener des actions de prévention mieux ciblées. Le CRB pourrait donc financer d'autres études sur les raisons de la prégnance du phénomène suicidaire en Bretagne.

## Conclusion

La prévention du suicide en Bretagne fait l'objet d'un dispositif complexe, multi partenarial impliquant à la fois des acteurs institutionnels et associatifs. En effet, le suicide est devenu un véritable enjeu de santé publique au vu du constat épidémiologique alarmant (la sursuicidité bretonne). Suite à l'approche territoriale véhiculée par la loi de santé publique du 9 août 2004, qui érige le Conseil régional au rang de coordinateur et de promoteur de l'action publique en terme de prévention de la santé, celui-ci s'est fixé comme objectif régional la prévention du suicide. Le CRB a ainsi mis en place des soutiens financiers et des appuis techniques aux démarches locales, tant institutionnelles qu'associatives. Il soutient à la fois des actions de sensibilisation et de prévention primaire en finançant conjointement les appels à projets avec l'Etat et l'Assurance Maladie. Il contribue donc à donner une visibilité régionale au problème suicidaire.

Cependant, il est un acteur de santé publique en devenir dont la légitimité n'est pas complètement reconnue par tous ses partenaires. Les collectivités infra étatiques semblent craindre une prédominance du CRB qui s'imposerait comme chef de file. La dimension politique est souvent évoquée, elle crée des conflits d'intérêts entre les collectivités locales, malgré la répartition des compétences qui résulte de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. De plus, l'empilement des structures induit de la complexité et un manque de visibilité des actions menées. Il peut également entraîner des doublons peu efficaces pour l'action publique. La complexité de la crise suicidaire est évoquée par tous les acteurs interrogés et sa prise en compte ne peut être que pluridisciplinaire.

Le CRB doit donc trouver pleinement sa place d'acteur de santé publique, en ayant un rôle stratégique de coordinateur des initiatives locales institutionnelles et associatives afin de faire émerger une culture commune autour du suicide tout en continuant un partenariat efficace avec l'Etat et l'Assurance Maladie.

Ainsi au regard de la prospective, développer la communication et la coordination en terme d'éducation et de prévention à la santé demeure un enjeu majeur pour le Conseil régional de Bretagne en adéquation avec l'acte II de la décentralisation. L'objectif in fine étant de diminuer la prévalence du suicide en agissant sur l'environnement global de l'individu. Le débat éthique et philosophique sur le droit à disposer de sa vie est toujours d'actualité, mais le caractère emblématique du suicide semble être le signe d'une société malade de son surmoi.

---

# Bibliographie

---

## Épidémiologie

Odile PIQUET, *Epidémiologie du suicide en Bretagne*, Observatoire régional de santé de Bretagne, avril 2007.

Jacques BONNEAU, *Tentatives de suicide et décès par suicide, quelques points de repère sur la situation bretonne comparée à la situation nationale*, TMO Régions, avril 2007.

Odile PIQUET, Alain TREHONY, *Suicide et tentative de suicide en Bretagne*, Observatoire régional de santé de Bretagne, février 2007.

## Textes législatifs :

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, Journal Officiel de la République Française du 11 août 2004.

Décret n°2005-1234 du 26 septembre 2005 relatif aux groupements régionaux ou territoriaux de santé publique, Journal Officiel de la République Française du 1<sup>er</sup> octobre 2005.

Décret n°2005-1235 du 26 septembre 2005 relatif à la convention constitutive type des groupements régionaux ou territoriaux de santé publique, Journal Officiel de la République Française du 1<sup>er</sup> octobre 2005.

Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales, Journal Officiel de la République Française du 17 août 2004.

## Dispositifs mis en place en matière de prévention du suicide :

- Hors Bretagne :

Anne-Soazig BROCHOIRE, *Les actions de prévention du suicide hors Bretagne, participation au groupe bibliographique de la Conférence de consensus sur la prévention du suicide en Bretagne*, TMO Régions – ENSP, mars 2007.

- En Bretagne :

*La Bretagne en santé, Plan régional de santé publique 2006-2010*, Préfecture de région Bretagne, 2006.

*Programme régional de santé, Prévenir le suicide en Bretagne 2004-2008*, Préfecture de région Bretagne, Union régionale des caisses d'assurance maladie de Bretagne, mars 2004.

*Programme régional de santé, Souffrance psychique et phénomène suicidaire 1996-2000*, Préfecture de région Bretagne.

René CHARDAVOINE, *Les dispositifs de prévention du suicide en Bretagne*, Oriens Conseil, avril 2007.

Fabienne COLAS, *Réseaux ou dynamiques locales en prévention du suicide sur la Bretagne*, avril 2007.

Agnès MOILLOT-BATT, Alain JOURDAIN (dir.), *Le suicide et sa prévention, émergence des concepts, actualité des programmes*, Editions ENSP, 2005.

- Sur l'appel à projets :

DRASS de Bretagne, URCAM de Bretagne, Conseil régional de Bretagne, *Appel à projets conjoint Santé publique et prévention DRASS – URCAM – Conseil régional – Guide de procédure 2007*, octobre 2006.

DRASS de Bretagne, URCAM de Bretagne, Conseil régional de Bretagne, *Guide du promoteur d'actions de prévention 2007*, octobre 2006.

#### Analyse des facteurs du phénomène suicidaire :

Agathe FAYET, *Perspective historique sur la perception du suicide en Occident*, avril 2007.

Yannick BARBANÇON (dir.), *La sursuicidité en Bretagne, contribution à une explication socio-culturelle*, novembre 2002.

Virginie MUNIGLIA, *Souffrance psychique des jeunes en insertion*, mars 2007.

Virginie MUNIGLIA, *Souffrance psychique en milieu professionnel*, mars 2007.

D.HARWOOD, R.JACOBY, *Suicide chez les sujets âgés*, EMC, 2006.

Arnaud CAMPEON, *Le suicide des personnes âgées*, 2007.

#### la stratégie du Conseil régional en termes d'objectifs.

Extrait du rapport de la session du Conseil régional de Bretagne des 8, 9 et 10 février 2007 relative au budget primitif 2007, *Mission VIII, Pour une Bretagne solidaire*, février 2007.

Mathieu RAULT, *La participation du Conseil régional de Bretagne à l'appel à projets conjoint Santé publique et prévention*, Rapport de formation initiale, ENACT d'Angers, janvier 2007.

Conseil régional de Bretagne, *Marché passé pour l'organisation d'une conférence de consensus sur la prévention du suicide en Bretagne*, Règlement de la consultation, octobre 2007.