



Évaluation d'une action d'information et de prévention du suicide sur le bassin de Cluny-Mâcon

Bernadette LEMERY, Cynthia MORGNY

Cette étude a été réalisée à la demande de la Direction générale de la santé, avec l'appui financier du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire de la CNAMTS.

Nous remercions les membres du comité de pilotage de l'évaluation :

Madame le Dr Françoise CUSIN, Médecin conseiller technique Inspection académique de Saône-et-Loire

Madame le Dr Chantal DONNET, Médecin inspecteur DRASS de Bourgogne

Monsieur Bernard FARCY, Principal du Collège de Cluny

Madame Chantal MAUERHAN, Inspecteur DRASS de Bourgogne

Madame François LEFEBVRE-TENENBAUM, Conseiller technique URCAM de Bourgogne

ainsi que

Monsieur le Dr ALLOY, Médecin responsable de l'intersecteur de psychiatrie infantile-juvénile rattaché au CH de Mâcon

Monsieur DUBOIS, Directeur de l'Institut de formation aux soins infirmiers de Mâcon

Monsieur le Dr MARTEN, Médecin généraliste à Mâcon

Monsieur le Dr SAVET, Médecin responsable du service de neurologie de Mâcon

pour leurs conseils et leur appui à la réalisation de ce travail.

I. Introduction

Dans chaque région dotée d'un Programme régional de santé de prévention du suicide, les observatoires régionaux de la santé ont été sollicités pour engager une démarche harmonisée d'évaluation d'une des actions qui y étaient menées. Les coordonnateurs de chacun de ces programmes ont choisi l'action à évaluer dans leur région.

En Bourgogne, l'action retenue a été un ensemble de séances d'information et de formation, organisées sur le bassin de Cluny-Mâcon en Saône-et-loire, pour des publics divers.

Ce document présente successivement le cadre de l'évaluation de cette action, les modalités de sa réalisation, les questions et perspectives qui peuvent en être dégagées.

II. Cadre de l'évaluation

A. Contexte général

1. Le Programme régional de prévention du suicide en Bourgogne

En 1996, la première conférence régionale de santé en Bourgogne ¹ a retenu le suicide et la dépression, et plus particulièrement **le suicide**, comme **un des deux problèmes prioritaires dans la région** ^a.

Pour y faire face, la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales a mis en œuvre un **programme régional de santé** (PRS) en s'appuyant sur un groupe de programmation composé de représentants des institutions et professionnels concernés dans les quatre départements bourguignons. Celui-ci a choisi de centrer le programme sur la « **prévention du suicide et de la tentative de suicide** », **en priorité chez les adolescents et jeunes adultes**, en raison du poids du suicide dans la mortalité de cette population ² d'une part, et de la plus grande réceptivité par les jeunes des messages de prévention.

Lors du bilan préalable au programme, l'importance du problème dans la région a été rappelé ³. La **surmortalité par suicide** n'est pas un fait nouveau **en Bourgogne**, mais il a fallu du temps, dans la région comme au niveau national ⁴, pour que les acteurs du secteur sanitaire et social affichent leur prise de conscience du problème.

Le programme régional a été adopté en 1998, avec comme objectif général de réduire de 10 % l'incidence des suicides et des tentatives de suicide d'ici 2002 dans la région⁵. Dans cette perspective, 5 objectifs spécifiques ont été déterminés, dont celui de « **permettre un meilleur dépistage des situations à risque suicidaire** ». Et, pour y parvenir, 9 actions de formation et/ou d'information ont été projetées par des acteurs divers. En Saône-et-Loire, le Service départemental de promotion de la santé auprès des élèves et le comité d'environnement social du Collège de Cluny ont ainsi proposé, sur le **bassin de Cluny - Mâcon**, un **ensemble d'actions de formation et d'information à l'intention de divers publics** (intitulé «action 10 a bis») visant la « *recherche de*

^a Comme dans 15 autres régions françaises

cohérence dans la mise en réseau des acteurs engagés dans la démarche de prévention et de soins concernant les conduites suicidaires des adolescents ».

2. Une démarche harmonisée d'évaluation dans huit régions françaises

Au plan national, les statistiques médicales des causes de décès ont montré **l'importance du suicide en France**, et son **évolution plus défavorable** dans les **groupes d'âge jeune**. Des enquêtes ont par ailleurs mis en évidence qu'une proportion notable des adolescents pensent au suicide et ou font une tentative de suicide^{6 7}.

C'est ainsi que la Conférence nationale de santé a placé, en 1996 et en 1997, le suicide parmi les dix priorités de santé publique en France, et que le Secrétariat d'État à la santé a demandé la mise en place d'un **programme national de prévention du suicide**, axé sur les jeunes adultes et les adolescents⁸. Ce programme doit s'appuyer notamment sur les réalisations obtenues dans les 10 PRS mis en place dans les régions sur ce thème, dans « un processus dynamique d'échange entre le niveau régional et le niveau national ». Les responsables des programmes régionaux ont été chargés d'identifier « les actions susceptibles d'être efficaces en matière de prévention du suicide », pour que des recommandations en la matière soient diffusées.

Dans ce contexte, on a demandé aux **observatoires régionaux de la santé (ORS) des régions concernées d'évaluer**, avec le soutien méthodologique de la Fédération nationale des ORS, **une des actions mises en place dans leurs régions**, choisie par les coordonnateurs régionaux de chacun des PRS. Avec cette évaluation, la Direction générale de la santé a voulu disposer «*des premiers résultats à court terme permettant de dresser un premier bilan afin de faire des recommandations de bonnes pratiques professionnelles*», mais aussi aider «*les responsables à pouvoir, à plus long terme, analyser l'impact de leur action sur une éventuelle modification des comportements au regard de la problématique du suicide*»⁹.

Les ORS ont alors mis au point une **démarche harmonisée** afin de pouvoir fournir une synthèse nationale des résultats parallèlement aux comptes-rendus régionaux. Après examen des situations locales, **huit régions** avaient proposé des actions suffisamment engagées pour être évaluées. Trois actions, dont celle menée en Bourgogne, consistaient en l'organisation de sessions de formation et d'information^b.

Dans chacune des régions, un **comité régional de pilotage** a par ailleurs été mis en place pour suivre le déroulement de cette évaluation. En Bourgogne, il est composé des

^b les autres actions de ce type s'étant déroulées en Basse-Normandie et en Poitou-Charentes.

deux coordinatrices du PRS, de la responsable du pôle prévention et santé publique de l'URCAM, et des deux promoteurs de l'action choisie.

B. Cadre sanitaire

1. Le suicide, un problème en Saône-et-Loire

Parmi les départements de la région Bourgogne, la **Saône-et-Loire** apparaît particulièrement touchée par le **suicide** : la **mortalité** est **supérieure** à la **moyenne nationale** pour les femmes comme pour les hommes ³, cette surmortalité étant observée depuis de nombreuses années ¹⁰.

Dans le bilan établi au moment du lancement du PRS, on a mis en évidence par ailleurs d'importants écarts de mortalité par suicide à l'intérieur des départements : avec une surmortalité par suicide chez les hommes de la zone d'emploi de Mâcon au cours des années 1988-1994, alors que durant la même période la mortalité des femmes de cette zone n'apparaît pas différente de la moyenne nationale ³.

Par ailleurs, en 1996, on a compté 1 370 passages aux urgences pour tentatives de suicide dans les hôpitaux publics de Saône-et-Loire (39 % de ceux que l'on a dénombrés dans l'ensemble de la Bourgogne), dont 390 au centre hospitalier de Mâcon. Dans 30 % des cas, ils concernent des jeunes de moins de 25 ans.

2. Le dispositif de soins hospitalier et ambulatoire

Si on le compare à la moyenne en France, le sud-est de la Saône-et-Loire apparaît faiblement doté en personnels psychiatriques ^c comme en généralistes libéraux.

Le **sud-est de la Saône-et-Loire** comporte deux **secteurs de psychiatrie adultes** couvrant 12 cantons (dont le «pseudo-canton» de Mâcon), soit 113 000 habitants. Ils disposent de 50 lits d'hospitalisation complète, 20 places d'hospitalisation de jour, 3 points de consultation de centre médico-psychologique CMP et de 6 places en appartements thérapeutiques.

^c D'une manière générale, la Saône-et-Loire fait partie des zones faiblement dotées en moyens d'accueil et de prise en charge en psychiatrie, cf. « L'offre de soins en psychiatrie : des « modèles » différents selon les départements », études et résultats, 48, 2000.

Selon les rapports annuels de secteur 1997 (derniers éléments accessibles), l'ensemble du **personnel de ces deux secteurs** comprend, **au total**, 6 médecins praticiens hospitaliers à temps plein et 69 autres personnels dont 51 infirmiers, correspondant à 48 équivalents temps plein (ETP). Or, en moyenne en France, en 1995 (dernière année disponible), « *chaque secteur dispose d'une équipe médicale qui totalise 6,4 ETP, dont 3,5 ETP de praticiens hospitaliers et 1,2 ETP d'internes, et d'une équipe non médicale qui totalise 83,6 ETP dont 58 ETP de personnel infirmier* »¹¹.

L'**intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile**, quant à lui, couvre 20 cantons, soit un peu plus de 37 000 jeunes de moins de 20 ans. Il dispose de 25 lits d'hospitalisation complète, de 10 places d'hospitalisation de jour et de 3 points de consultation de CMP (1 à Mâcon). D'après les rapports annuels de 1997 et 1998, le personnel de l'intersecteur est composé de 4 médecins (3,3 ETP) et 58 (44,3 ETP) autres personnels, dont 11 infirmiers (9 ETP) et 10 (5,3 ETP) de psychologues. Or, en moyenne en France (en 1995), « *chaque secteur (de psychiatrie infanto-juvénile) dispose en moyenne d'une équipe médicale qui totalise 5,5 ETP, dont 3,4 ETP de praticiens hospitaliers et 0,8 ETP d'interne, d'une équipe non médicale qui totalise 46,5 ETP avec 16,9 ETP de personnel infirmier..., 5,5 ETP de psychologue* »¹²

On dénombre par ailleurs (en 1998) 5 **psychiatres libéraux** exerçant à Mâcon et 115 **généralistes libéraux** sur les 12 cantons du sud-est du département. La densité de généralistes correspondante (102 pour 100 000 habitants) sur la zone est proche de la moyenne régionale (101) et inférieure à la moyenne nationale (114), et celle des psychiatres est nettement inférieure à l'une et à l'autre (respectivement 7,7 et 11,4 pour 100 000).

C. Méthode et informations disponibles

La méthode d'évaluation suivie a été imposée par le fait que **l'évaluation** a été confiée **a posteriori**, et que les **délais** impartis étaient **restreints** (à peine quatre mois).

Nous avons par contre bénéficié de la coopération attentive des promoteurs de l'action. Ceux-ci avaient envisagé de confier à une équipe de recherche en santé publique le soin de dégager les enseignements de l'action menée en 1999 et de formuler des recommandations pour la suite du travail.

Avec l'approbation du comité de pilotage régional réuni en septembre, nous avons examiné, classiquement, les modalités de mise en œuvre de l'action (procédures) puis tenté d'apprécier les premiers effets observables sur l'environnement (impact).

1. Sur la mise en oeuvre

Nous n'avons pu utiliser comme **documents** témoignant des différentes étapes des actions de formation que ceux qui avaient été **conservés** par les promoteurs et organisateurs au moment où nous avons été saisis de la demande d'évaluation.

Les promoteurs et organisateurs des actions de formations nous ont fourni, lors d'entretiens, des informations complémentaires sur le calendrier prévu et suivi, les publics invités, les modes d'invitation, les critères de choix des thèmes et des intervenants, le contenu d'une des interventions, les nombres de participants (ceux-ci n'ont pas été répertoriés au moment des sessions, par choix mais aussi compte tenu de l'organisation). Certains supports nous ont été communiqués : fiches projets, bilans trimestriels transmis aux coordinatrices du PRS, courriers d'invitation aux réunions préparatoires sur Cluny, affichettes, invitations aux séances d'information.

2. Sur l'impact

Des enquêtes auprès des divers types de publics ont été effectuées pour recueillir leurs points de vue sur les actions, et l'impact de celles-ci.

Les objectifs des différentes actions variaient selon les publics.

Il s'agissait pour les **professionnels**, de **mettre à jour leurs connaissances** en matière de suicide et de dépistage des facteurs de risque, ainsi que des moyens locaux de prise en charge (avec la volonté de décloisonner les pratiques hospitalières et libérales, mobiliser les infirmiers en formation et en exercice au CH de Mâcon), de les **assurer d'un soutien** de la part des spécialistes en cas de geste suicidaire d'un jeune au contact avec les professionnels, de leur permettre de **situer les rôles de chaque professionnel** dans la prise en charge, de contribuer à modifier les pratiques (plus de coordination).

Concernant les **parents d'élèves**, on visait à améliorer la **connaissance des facteurs de risque** du suicide et **l'identification de professionnels** pouvant apporter de l'aide en cas de besoin, à les assurer du soutien de l'ensemble des professionnels concernés.

Pour les **élèves** du collège et du lycée, on cherchait, à travers une réflexion sur les comportements à risque, à leur permettre de mieux gérer la prise de risque, à **modifier leur perception du rôle des adultes** dans la prise en charge des problèmes, à les **assurer du soutien** de la communauté éducative en cas de besoin.

Il n'a **pas été possible** de connaître les **attentes et besoins** du public avant les actions d'information et de formation. **L'appréciation** de celles-ci n'a pu être faite qu'**à distance** (un an s'étant écoulé depuis l'une d'entre elles). Enfin, le recueil de l'ensemble des points de vue des **bénéficiaires** de ces actions n'a pu être réalisé, compte tenu des délais, qu'auprès de ceux qui étaient **les plus disponibles** et les plus disposés à répondre.

Compte tenu des contraintes de temps et des pratiques des divers professionnels, le recueil des informations a été effectué, pour l'essentiel, à partir d'**entretiens qualitatifs**, de type semi-directif, **individuels** en vis à vis (promoteurs, intervenants) ou par téléphone (médecins généralistes bénéficiaires de l'action), et **en groupe** (élèves, enseignants du collège, étudiants de l'Institut de formation aux soins infirmiers).

III. Évaluation de l'action

A. Organisation et mise en oeuvre

1. Bilan préalable

Lors de l'élaboration du PRS, un bilan avait été réalisé dans l'ensemble de la région auprès des services hospitaliers et des médecins généralistes concernant la prise en charge des suicides et tentatives de suicide dans la région. Les uns comme les autres mettaient en évidence le besoin de formation à la prise en charge spécifique des gestes suicidaires, et celui d'améliorer la coordination avec les autres acteurs de la prise en charge.

a. Des besoins d'actions vis à vis de plusieurs publics

Localement, le **besoin d'une action spécifique** de prévention du suicide et celui d'une mise en réseau des professionnels au contact des jeunes ont été perçus de manière particulièrement vive suite au constat de deux suicides (et d'un autre évité de justesse) d'élèves du collège Prud'hon de Cluny survenus dans un temps relativement rapproché (en six années scolaires). Parallèlement, la demande d'un travail sur la prévention du suicide dans le bassin Cluny-Mâcon a été formulée par 3 fédérations de parents d'élèves au médecin responsable départemental du service de promotion de la santé auprès des élèves. Une **action d'information** a donc été organisée à l'intention des adolescents scolarisés sur Cluny, et une autre en direction des professionnels et des parents d'élèves du secteur. L'une et l'autre devaient permettre de développer une **réflexion élargie sur des bases communes**.

Sur un autre plan, souhaitant à la fois ouvrir son établissement sur l'extérieur et élargir la vision que les étudiants peuvent avoir de leur futur travail, le directeur de l'IFSI a proposé d'organiser **un cycle de formations sur la prise en charge des jeunes suicidants**, en particulier sur la **prise en charge infirmière**, ouvert aux professionnels de santé en exercice ainsi qu'à ceux d'autres secteurs au contact des jeunes (des secteurs social et éducatif).

À partir du constat que les jeunes suicidés avaient consulté différents professionnels avant leur geste, le **besoin d'une mise en réseau des divers**

professionnels au contact des jeunes (santé scolaire, médecine générale, pédopsychiatrie) s'est clairement fait sentir. Par ailleurs, la volonté de faire reconnaître le rôle des médecins de santé scolaire comme spécialistes de la prise en charge des jeunes en difficulté, et celle d'amorcer un dialogue entre la médecine générale et la pédopsychiatrie ont conduit à l'organisation de **séances de formation spécifiques pour les généralistes**.

b. Définition de la zone géographique de l'action

Le **bassin de Cluny-Mâcon** correspond à une réalité professionnelle scolaire^d mais également sanitaire (cf. supra, § I, B, 2). Le projet s'est appuyé sur la **volonté de développer un travail en partenariat** entre le centre hospitalier, l'IFSI de Mâcon, et les professionnels de la santé scolaire (médecin, infirmière) du collège et du lycée, et sur une **collaboration étroite, depuis de nombreuses années**, entre le service hospitalier de pédopsychiatrie et la santé scolaire, comme entre l'administration du collège et la santé scolaire.

La zone choisie présente par ailleurs des **caractéristiques favorables au fonctionnement en réseau** : une taille relativement réduite, un emplacement particulier, à la limite de plusieurs départements de la région limitrophe qui conduit les divers acteurs à dépasser de manière habituelle les contraintes du découpage administratif. La bonne connaissance du tissu libéral local par les médecins de la santé scolaire intervenant sur le bassin Cluny-Mâcon était également un atout supplémentaire dans cette « *recherche de cohérence pour la mise en réseau* ».

2. Pilotage de l'action

L'ensemble des actions de formation et d'information menées sur le bassin de Cluny-Mâcon a été piloté par Madame le Dr CUSIN, Médecin **responsable du service de promotion de la santé auprès des élèves** (on utilisera, ultérieurement, le terme de « santé scolaire » pour simplifier), participant par ailleurs au groupe régional de suivi du PRS en Bourgogne, et par M. FARCY, **Principal du collège** Prud'hon de Cluny. Ils se sont par ailleurs appuyés sur M. DUBOIS, **Directeur de l'IFSI** de Mâcon.

Ces trois personnes se sont fortement investies dans le déroulement des différentes phases de l'action, motivées par des préoccupations différentes qu'elles ont pu conjuguer. Le médecin responsable de la santé scolaire était préoccupé par les gestes suicidaires des jeunes dans le département et souhaitait par ailleurs que soit reconnus la

^d Il y a 4 bassins en S&L avec des chefs de bassin qui sont promoteurs des formations des professionnels.

compétence et le rôle de son service dans la prise en charge des jeunes en difficultés. Le principal du collège voulait agir face à l'« épidémie » de gestes suicidaires dans son établissement. Il s'est lui-même appuyé sur le comité d'environnement social auquel se sont joints d'autres partenaires locaux concernés par les difficultés des jeunes. Le directeur de l'IFSI, enfin, nouvellement installé dans ses fonctions, désirait impulser un nouvel esprit, un nouveau projet pédagogique dans son école.

Tous les trois ont souhaité diffuser largement les résultats de leur action, comme en témoigne notamment leur intervention à la dernière conférence régionale de santé (13 décembre 1999). Les deux représentants de l'Éducation nationale ont par ailleurs participé à une réflexion sur le suicide organisée dans le cadre du Ministère de l'Éducation nationale.

3. Mise en œuvre de l'action

a. Des manifestations différentes pour des publics différents

La plupart des séances d'information et de formation prévues pour les divers publics ont été organisées au cours de l'année scolaire 1998-1999^e.

Pour les élèves du collège et du lycée de Cluny : « La roulette russe »

La troupe « A contre jour » a donné une représentation théâtrale interactive intitulée "la roulette russe". Celle-ci s'est déroulée en trois séances d'une heure trente minutes environ, successivement pour trois groupes d'élèves (les effectifs de chaque groupe étant volontairement limités). Chaque séance a réuni des élèves des classes de seconde et de troisième délibérément mélangés, accompagnés d'adultes (enseignants, service de santé scolaire). Au total, **240 élèves et une trentaine d'adultes** ont assisté aux représentations.

Le principe du spectacle interactif repose sur la présentation de scènes (ici sur la dérive d'un adolescent), puis l'invitation du public à rejouer et proposer sa façon de voir certaines scènes (en se plaçant, dans le cas présent, comme adulte ou comme jeune). Dix élèves ont ainsi joué à leur tour dans chaque groupe.

Divers articles de presse ont présenté "la roulette russe" comme un spectacle destiné à "aider les spectateurs à se transformer en protagoniste d'une action

^e une séance, à l'intention des généralistes libéraux, restant à effectuer au moment de la réalisation de cette évaluation.

dramatique, en sujet, en créateur, en transformateur, et à essayer de ne pas se contenter de réfléchir sur le passé, mais de préparer le futur". "Volontairement provocateur et caricatural, le scénario campe des personnages en rupture de communication", "il relate la dérive rapide d'un jeune garçon qui à la suite de ce qui n'était qu'un malentendu ou une maladresse, va jouer un jeu dangereux dont l'enjeu est sa propre vie".

On peut noter que, selon les articles, la pièce est soit "un outil de sensibilisation des jeunes au problème des toxicomanies", soit "l'histoire d'un suicide, un suicide que l'on peut empêcher d'un mot, d'une phrase, bref d'un geste en agissant !". On constate ainsi une approche différente du thème traité selon les spectateurs, que l'on retrouvera dans le public qui en a bénéficié.

Pour le grand public adulte : parents d'élèves, enseignants, professionnels du secteur sanitaire et social

Deux conférences ont été organisées à Cluny : "Adolescence et société", animée par un **sociologue**, M. PELEGE et "Les adolescents. Conduites à risque" animée par un médecin **psychiatre**, le Dr LOWENGUTH, (service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent à Lyon). Elles ont eu lieu, l'une au théâtre municipal en novembre 1998, et l'autre au collège en mars 1999.

La **première** a rassemblé **200 personnes**, elle a davantage attiré les professionnels^f, la **seconde** a réuni **150 personnes** et a été davantage fréquentée par les parents d'élèves.

Seul le texte de la communication du Dr LOWENGUTH a été communiqué. Il présente la définition de l'adolescence et les changements qui lui sont liés, l'ensemble des facteurs de risque des tentatives de suicide et les signes pouvant alerter les adultes.

Après chaque présentation, un débat a été ouvert. Nous ne disposons pas de la teneur exacte des questions et réponses (pas de compte rendu). Les promoteurs ont perçu le second comme plus fructueux, plus adapté au public. Le premier ayant rassemblé un public très hétérogène, l'intervenant a eu, toujours selon les organisateurs, des difficultés à présenter le point de vue sociologique selon une approche qui soit accessible à tous.

^f À noter que deux conférences étaient programmées en même temps en novembre 1998, celle de M. PELEGE et une conférence traitant de l'occupation du temps des élèves en dehors de celui réservé à la classe. Cette dernière conférence était également destinée aux parents d'élèves, même si elle concernait davantage les parents d'élèves des écoles primaires et maternelles.

Pour les professionnels des secteurs de la santé, du social et du milieu éducatif et les étudiants en soins infirmiers

Trois sessions ont été organisées dans les locaux de l'IFSI de Mâcon : l'approche philosophique du suicide (mars 1999), la réflexion éthique sur la contrainte aux soins (avril 1999), et les éléments sur la prévention et la postvention du suicide (mai 1999).

Ces séances étaient organisées l'après-midi pour les 130 étudiants en soins infirmiers, et en soirée pour les professionnels en exercice (avec respectivement 180, 80 et 130 participants pour les trois réunions) §.

L'abord **philosophique** du suicide a été présenté à l'ensemble des professionnels de santé (du centre hospitalier et de ville), du secteur social et des enseignants.

La réflexion **d'ordre éthique**, proposée aux seuls professionnels de santé, portait sur la contrainte aux soins dans le cas d'un patient mineur. Après une présentation du cadre général, et de rappels juridiques sur le sujet, **l'examen en ateliers** d'un cas soumis au groupe d'éthique (qui avait d'ailleurs été communiqué avant la séance aux participants) a été proposé.

La dernière intervention sur la "**postvention** : quelles actions ? quelles compétences ?" a été organisée de façon à permettre une participation plus active du public : trois interventions initialement fixées à 15 minutes, suivie d'une pause pour discussion entre participants, et reprise des débats ensuite avec des questionnements plus étayés (confrontés entre eux auparavant).

Pour les médecins généralistes libéraux

Les **médecins généralistes** ont, quant à eux, bénéficié d'une action spécifique, sous forme de dîners débats, organisée avec l'appui d'un laboratoire pharmaceutique. Au total, une **soixantaine** de médecins ont participé à l'une des trois sessions (novembre 1998, mai ou juin 1999), qui proposaient une réflexion sur **la réalité du suicide en Saône et Loire, son repérage et sa prise en charge**, animée par le Dr ALLOY, pédopsychiatre du Centre hospitalier de Mâcon, les Dr CUSIN et BALLAND de l'Éducation Nationale, avec, comme modérateurs, le Dr DUBOIS, médecin inspecteur de la santé ou le Dr MARTEN, médecin généraliste.

§ En prolongement de cette action, certains étudiants en soins infirmiers volontaires, ont également pu suivre un module optionnel sur le suicide (juin 1999), on y reviendra à propos des perspectives. Au total 15 étudiants de deuxième et troisième années ont participé au module suicide (équivalant à 80 heures de formation sur une période de deux semaines consécutives).

9 séances d'information et de formation en 8 mois

Novembre 1998	Mars 1999	Avril 1999	Mai 1999	Juin 1999
<p>* Conduites suicidaires des adolescents (séance /médecins généralistes)</p> <p>* Adolescence et société (séance /grand public)</p>	<p>* "Roulette russe" (représentation théâtrale /collégiens et lycéens)</p> <p>* Les adolescents. Conduites à risque (séance grand public)</p> <p>* Que répondre à la question : pourquoi pas le suicide ? (séance /professionnels secteurs santé, social, éducatif)</p>	<p>* Réflexion éthique. TS : contraindre un mineur aux soins (séance exclusivement /professionnels de santé)</p>	<p>* Conduites suicidaires des adolescents (séance /médecins généralistes)</p> <p>* Prévention et post-vention du suicide (séance /professionnels secteurs santé, social, éducatif)</p>	<p>* Conduites suicidaires des adolescents (séance /médecins généralistes)</p>

Des séances d'information et de formation pour 5 types de publics

Collégiens et lycéens	Médecins généralistes	Parents d'élèves	Élèves de l'IFSI et professionnels de santé	Autres professionnels (éducatif, social)
<p>* "Roulette russe", troupe « A contre-jour » de FEURS, (représentation mars 1999)</p>	<p>* Conduites suicidaires des adolescents, 3 séances de type EPU, (novembre 1998, mai et juin 1999)</p>	<p>* Adolescence et société, M. PELEGE, sociologue (conférence au théâtre de Cluny, novembre 1998)</p> <p>* Les adolescents. Conduites à risques, Dr LOWENGUTH (conférence au Collège du Cluny, mars 1999)</p>	<p>* Que répondre à la question : pourquoi pas le suicide ? M. PECKLE, philosophe (séance à l'IFSI, mars 1999)</p> <p>* Réflexion éthique. TS : contraindre un mineur aux soins, Dr LABOUTIERE et le groupe éthique du CH de Mâcon (séance à l'IFSI, avril 1999)</p> <p>* Prévention et postvention du suicide, Dr CUSIN, ALLOY, SAVET (séance à l'IFSI, mai 1999)</p>	<p>* Adolescence et société, M. PELEGE, sociologue (conférence au théâtre de Cluny, novembre 1998)</p> <p>* Les adolescents. Conduites à risques, Dr LOWENGUTH (conférence au Collège du Cluny, mars 1999)</p> <p>* Que répondre à la question : pourquoi pas le suicide ? M. PECKLE, philosophe (séance à l'IFSI, mars 1999)</p> <p>* Prévention et postvention du suicide, Dr CUSIN, ALLOY, SAVET (séance à l'IFSI, mai 1999)</p>

b. Choix des intervenants

Pour l'action à destination des jeunes, le travail avec des comédiens et dans le cadre d'une représentation théâtrale « interactive » a paru aux organisateurs comme étant le plus adapté, cet établissement a en effet une **habitude d'ouverture** sur l'extérieur (des personnes extérieures au Collège viennent régulièrement travailler avec les enseignants et réciproquement), et l'**outil « théâtre »** est utilisé dans le **cadre habituel de la formation** des élèves des plus jeunes aux plus âgés.

Pour les **séances « grand public »**, le choix des thèmes et des intervenants a été effectué en fonction de deux critères : d'une part éviter de « psychiatriser » l'abord du suicide des jeunes, de l'associer à la maladie mentale (pour éviter que les parents restent en retrait notamment par rapport à la détection), d'autre part bien connaître les intervenants : le sociologue a été choisi du fait de sa collaboration antérieure avec la santé scolaire de Saône-et-Loire. Dans ce même esprit, un membre d'une équipe (lyonnaise) assurant la formation dans le cadre d'un diplôme sur l'« adolescence » d'un médecin de santé scolaire du département a été préféré à un expert national (éloigné du terrain de la Saône-et-Loire) sur le suicide.

Pour les **séances à l'intention des professionnels en formation et en exercice**, le directeur de l'IFSI, a souhaité développer l'approche du suicide en trois étapes : philosophique, professionnelle, technique. La connaissance d'un philosophe par le service de promotion de la santé des élèves a déterminé le choix du premier intervenant, l'existence d'un groupe « éthique » au sein du CH^h a orienté le choix du second sujet de réflexion sur l'éthique et son mode d'approche (étude de cas réel par groupe). La dernière séance avait pour but de présenter le rôle et les atouts du réseau de soins, de ceux qui « savent faire », de les faire connaître des professionnels des secteurs sanitaire, social et éducatif. Les responsables de la santé scolaire, de la pédopsychiatrie, d'un service accueillant les jeunes suicidants au CH de Mâcon, ont été naturellement amenés à intervenir ensemble.

Les **séances avec les médecins libéraux** avaient pour objectif l'affichage des compétences des médecins de santé scolaire et de la pédopsychiatrie dans la prise en charge des jeunes, ce sont donc ces professionnels qui se sont naturellement chargés de l'animation.

c. Information des publics

Les élèves ont été invités à participer aux séances de théâtre dans le cadre du temps scolaire, les parents étant au préalable avertis (par lettre circulaire).

Pour les deux séances d'information à l'intention des parents d'élèves, 650 à 700 invitations ont été adressées par voie postale. D'autres acteurs locaux ont été invités de la même façon ainsi que les professeurs du collège. Les deux associations de parents d'élèves ont été par ailleurs spécifiquement informées.

Les étudiants de l'IFSI (infirmières et aides-soignantes) ont tous été invités par leur encadrement à assister aux séances qui devaient se dérouler à leur intention dans

^h Sa mission : éclairer les décisions des acteurs qui en restent maîtres ; il se réunit tous les deux mois et travaille sur des études de cas rencontrés ; c'est « typiquement un groupe mâconnais ».

l'établissement. Les professionnels des secteurs sanitaire, social et éducatif ont été informés individuellement par voie postale (dans lieux de stages des élèves des IFSI, dans les établissements scolaires...). Les affiches, le mailing ont été réalisés, pour des raisons pratiques, par une classe d'assistants de direction du lycée Lamartine à Mâcon.

La presse locale a été utilisée pour communiquer sur les actions grand public après qu'elles aient eu lieu. Le service de la santé scolaire entretient des contacts suivis avec une journaliste qui s'est fait l'écho de la problématique du PRS en Saône-et-Loire et de la politique affichée de l'Inspection académique à ce sujet. Le Principal du collège disposait également de contacts avec les correspondants non professionnels des deux quotidiens locaux, demandeurs d'informations à reprendre aisément.

B. Impact de l'action sur les publics visés

Deux entretiens de groupe (d'une dizaine de personnes chacun) avaient été organisés avec les étudiants de l'IFSI, l'un avec les étudiants ayant participé aux conférences, l'autre avec les étudiants ayant choisi le module optionnel suicide. Seules trois étudiantes impliquées dans le module suicide, sont venues au rendez-vous. On n'a pu recueillir l'avis sur les conférences ouvertes aux autres professionnels (en soirée) auprès des autres étudiants.

Les parents d'élèves des établissements de Cluny avaient été sollicités par l'intermédiaire des deux associations représentées au collège de Cluny. Seul un parent s'est présenté lors de la réunion prévue. Il a donc été convenu avec le Principal du collège et un représentant d'une association de parents, d'interroger des parents à l'aide d'un questionnaire ouvert (transmis via le collège et retourné à l'ORS par voie postale). Là encore, seules trois réponses ont été obtenues. Les éléments qui ont pu en être tirés seront repris dans la conclusion globale sur l'impact des différentes modalités d'information.

1. Les élèves

Deux groupes d'élèves ont participé aux entretiens. L'un était composé de 9 élèves en classe de troisième au moment de la représentation de « la roulette russe », l'autre de 3 élèves en classe de seconde à la même époque ⁱ. Il ne s'agit pas bien évidemment d'un échantillon représentatif des élèves bénéficiaires de l'action. Mais la variété des idées qu'ils ont pu malgré tout exprimer doit être rapportée dans cette évaluation.

ⁱ Deux groupes d'une dizaine d'élèves chacun avaient été sollicités à l'origine.

Étant donné la nette différence des points de vue et sentiments décrits et observés, il semble nécessaire de rendre compte séparément des discours des deux groupes.

a. Le point de vue et le ressenti des « ex-troisièmes »

Pour faciliter l'expression des plus jeunes, on leur a demandé de raconter ce qui leur avait été présenté. Pour eux, il s'agit de l'histoire d'un jeune qui « n'est pas bien », qui commence à se droguer, puis qui « tombe » dans la drogue, et finit par se suicider. Au moment où nous les avons interrogés, ils en avaient un souvenir assez flou mais c'est cette trame qui les a marqués. Cette histoire était, pour eux, focalisée sur la drogue, même si elle s'adressait à l'entourage du drogué et pas au drogué lui-même. Parmi les critiques qu'ils ont émises figure le fait de ne pas avoir montré d'autres comportements à risque, d'autres trajectoires qui pouvaient mener au suicide.

Parallèlement, ils n'ont pas trouvé de solutions pour faire face à quelqu'un qui veut se suicider ; ils éprouvent un sentiment d'impuissance, regrettent de ne rien pouvoir faire : ils ont le sentiment que personne ne leur propose de solution.

A propos des modalités de la représentation, on a noté quelques réserves chez ceux qui se sont ici exprimés : l'impression d'avoir été obligés d'y assister et que la participation sur scène était également « imposée » d'une part, et puis, d'autre part, le caractère ludique de la pratique interactive a pu paraître déplacé par rapport à la gravité du thème, et a, pour certains, donné le sentiment d'être infantilisés.

A l'issue de la représentation, ils en ont parlé, mais seulement entre eux. Parmi les souhaits qu'ils ont émis, la **demande de témoignages, d'échanges** autour du vécu d'une personne leur paraît la formule pouvant avoir le plus d'impact parce qu'elle choque et touche plus. Ils aimeraient également que les messages qui leur sont transmis leur donnent des solutions...

b. Le point de vue et le ressenti des « ex-secondes »

Lorsqu'ils racontent le contenu de la pièce de théâtre, les ex-élèves de seconde évoquent un jeune qui n'est pas bien dans sa peau, qui vit des conflits familiaux, ce qui le conduit à se droguer et finalement se suicider. Ils se souviennent peu à peu de thèmes plus variés, et plus précisément du cheminement du jeune. Ils relèvent une certaine violence au début de la pièce (à cause des cris et des mouvements amples et fréquents des acteurs).

Concernant la forme de la représentation, ils ont apprécié la participation interactive du public qui permet de comprendre les réflexes à avoir dans les mêmes situations, ils voient comment aborder les choses en les jouant puisque l'acteur réagit aux différents cas de figure.

Comparé aux interventions classiques d'un professionnel venant « faire une séance de prévention », ce type d'action leur paraît préférable, il évite le risque de discours moralisateurs. Pourtant, même s'ils pensent que ce type d'exercice leur permet de mieux voir les réactions inspirées par des situations, ils estiment ne pas savoir véritablement comment détecter le problème chez un jeune, ne pas savoir ce qu'il faut dire ; la représentation ne leur a pas donné de solutions...

Le fait que le public soit composé d'élèves de troisième et de seconde les a un peu gênés dans leur participation. Ils regrettent de ne pas avoir discuté de la représentation avec les professeurs après coup, tout en évoquant la difficulté de parler de ces sujets avec les adultes. Ils ont parlé de la pièce entre eux, parce qu'elle les avait marqués. Ils pensent qu'elle aurait dû être suivie d'une réflexion, dans le même esprit que cet entretien mais plus rapidement ; en même temps, au moment de l'entretien, ils pensent avoir réussi à prendre du recul par rapport à cette pièce assez forte...

Ils aimeraient que soient organisés des **débats en petits groupes** avec des intervenants montrant des trajectoires différentes, même si elles mènent toutes au suicide. Les thèmes discutés dans ces groupes ne seraient pas imposés aux élèves, chaque élève pourrait choisir son groupe. Des thèmes comme les **problèmes familiaux, affectifs et sentimentaux** pourraient être également abordés.

2. Les enseignants du collège

Quatre enseignants ont participé à l'entretien de groupe qui leur était proposé. Sur les quatre professeurs présents, deux avaient assisté aux conférences et à une représentation de "la roulette russe", deux autres n'avaient assisté qu'aux conférences « grand public ».

a. Le développement d'une sensibilité commune

Pour les professeurs, la mise en place d'une action était justifiée par l'expérience qu'ils avaient eu à vivre au collège (les suicides et plusieurs tentatives de suicide). Même

¹ Tous les professeurs du collège avaient été sollicités (environ 35) mais la période choisie pour l'entretien correspondait à un moment durant lequel se sont déroulées diverses réunions, les professeurs étaient donc par ailleurs déjà largement sollicités.

si le pédopsychiatre du CH de Mâcon était intervenu en urgence après les suicides, les enseignants estiment que les conférences leur ont permis d'acquérir véritablement un **langage commun**, une **culture commune**. Le personnel de l'établissement partage désormais une même sensibilité face au comportement suicidaire, ce qui facilite le dialogue entre eux dans un premier temps. Parallèlement, les professeurs ont développé une **vigilance accrue** vis-à-vis d'élèves pouvant présenter des signes de mal-être (les élèves absents notamment, une attention leur étant portée quelle que soit la durée des absences).

b. Le rôle du corps enseignant

Les professeurs partagent un sentiment de responsabilité vis-à-vis des jeunes se livrant à des gestes suicidaires (en particulier lorsqu'ils sont réalisés dans l'établissement). Cependant, ils **ne délimitent pas clairement leur rôle**, et se demandent quel positionnement adopter, comment savoir à quel moment ils en font trop, au-delà de leur compétence, et à quel moment leur attention est insuffisante. Ils conservent malgré tout l'impression de ne pas être mieux armés pour détecter les signes avant-coureurs. En ce qui concerne le soutien qu'ils pourraient apporter aux élèves à risque et à ceux qui s'interrogent sur les comportements de leurs camarades, ils se sentent toujours démunis.

Les enseignants ont bien intégré la nécessité de marquer le coup en cas de tentative de suicide, quelles que soient les conséquences en terme de gravité du geste. L'un d'eux souligne que le **rôle des professeurs** est celui d'**observateur privilégié** des adolescents. Il semble que ce soit cet élément qui soit à creuser, notamment dans la façon d'exercer ce rôle : lors des conférences, les signes qui étaient à observer ont été indiqués, mais pour leur donner un sens, il faut pouvoir en apprécier l'importance (en faire trop ou pas assez ?). En fin de compte, en dehors du fait qu'ils savent qu'ils doivent appeler le pédopsychiatre pour des situations urgentes, les enseignants ne s'estiment pas encore à même de soutenir les élèves.

c. La poursuite du travail

À l'issue de ces conférences, les professeurs ressentent la **nécessité de poursuivre un travail** sans doute **plus global** sur les comportements à risque des adolescents. Ils souhaitent également voir s'instaurer un réel **dialogue avec les parents**, ce qui n'a pas eu lieu à la suite des conférences (faute d'avoir été sollicités par eux). Ils veulent **élargir leur réflexion** au sein du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté et avec d'autres établissements scolaires.

3. Les généralistes

a. Le repérage et la compréhension des difficultés des adolescents

La majorité des généralistes ne se souviennent pas d'eux-mêmes que la question de la détection ait été abordée. Pour l'un d'entre eux, on ne leur a pas véritablement donné d'outils à ce sujet. Un autre se demande si l'absence de partage de connaissance sur ce point était volontaire ou non.

A l'inverse, un médecin estime d'une manière générale, et non personnelle, que la sensibilisation aux problèmes des adolescents a été bien faite, que le message sur « la nécessité d'hospitaliser » est bien passé. Un autre dit que cela lui a permis effectivement d'être plus vigilant, plus attentif à la parole d'un enfant. Un autre pense qu'il est au clair avec la problématique de la dépression et des conduites suicidaires chez l'adolescent, mais il signale qu'il a assisté à d'autres conférences sur ce sujet... Pour un dernier enfin, la séance d'information lui a fait découvrir que le pédopsychiatre était alerté par d'autres, que les jeunes avaient pourtant consulté avant...

b. La connaissance des partenaires de la prise en charge

L'objectif d'une **meilleure connaissance de la pédopsychiatrie** a été atteint selon plusieurs médecins : le contexte de son exercice a été explicité et bien appréhendé par les participants ; sur un autre plan, la rencontre du responsable a permis de le contacter ultérieurement d'une autre manière.

Un médecin a apprécié qu'une place soit faite aux généralistes dans ce qu'il perçoit comme un réseau « santé scolaire / pédopsychiatrie » ; et que le pédopsychiatre dise aux généralistes que ceux-ci pouvaient le rejoindre... (même s'il n'a pas eu l'occasion de l'expérimenter depuis).

Un autre mentionne que pour le repérage des compétences des autres professionnels dans la prise en charge, « cela a bien remis les choses en place ».

c. Les changements dans les pratiques

Un médecin a ressenti une amélioration de ses relations avec la pédopsychiatrie après la session de formation pour les généralistes, tout en soulignant qu'elle peut être aussi liée à un changement d'attitude de sa part, et également au fait qu'il a assisté aux séances d'information à l'IFSI.

Les autres généralistes ne décèlent pas de changement (positif) dans leurs relations avec la pédopsychiatrie. Ils relient souvent ce constat à l'organisation de ce service sur Mâcon. Pour l'un, « il y a du chemin à faire » pour la coordination : « la communication est toujours unilatérale ». Pour plusieurs, il n'y a pas moyen de joindre **dans l'urgence** la psychiatrie pour un conseil. Certains disent même avoir craint que « cela tourne mal » (pour les jeunes). Quelques uns évoquent également la psychiatrie adulte, inadaptée aux jeunes suicidants : « c'est la cour des miracles ». Un généraliste souligne pour sa part l'écart entre le discours sur le langage commun, sur l'amélioration promise de la coopération..., et le fait qu'il n'a rien vu venir depuis (le manque étant sans doute d'autant plus grand). Il élargit la question à la prise en charge de toutes les conduites à risque difficile avec la psychiatrie infanto-juvénile, « sans parler de celle des adultes ». Un autre évoque le fait qu'il n'a pas senti de partage de connaissances de la part d'« un grand manitou qui sait tout et ne dit rien », même si pour lui les relations avec le réseau (pédopsychiatrie et santé scolaire), bonnes avant, n'ont pas spécialement changé...

D'une manière générale, les relations des généralistes avec la santé scolaire semblaient et semblent poser moins de difficultés qu'avec la pédopsychiatrie, même si un médecin mentionne le besoin d'autres rencontres avec ce service car « on n'est pas sur les mêmes registres ». Selon l'un d'entre eux, l'appropriation d'un langage commun avec les médecins scolaires est effective (et non pas avec les autres partenaires du réseau). Un autre dit que dans l'urgence, les médecins scolaires assurent toujours le lien. Un autre atteste avoir été alerté par eux plusieurs fois depuis la session, mais il en avait déjà l'habitude avant...

d. Les attentes

La **formation commune avec d'autres professionnels** est trouvée intéressante et souhaitée. « C'est fondamental dans une petite ville : cela permet de se retrouver si on veut travailler ensemble ». En outre, l'intérêt d'une approche philosophique est souligné, et notamment par rapport à des séances type « EPU », jugées très techniques, et qui laissent les participants dans le besoin de prolonger la discussion. Cependant, on a mentionné la nécessité d'avoir **également une réflexion séparée**, entre médecins (pour que les choses « se disent » et qui ne peuvent être dites devant d'autres professionnels).

Une information commune avec des non professionnels est plus controversée : certains pensent que le « grand public » n'est composé que de ceux qui ont des problèmes, d'autres au contraire que de ceux qui n'en n'ont pas...

D'autres **rencontres avec les partenaires de la prise en charge des suicidants** sont par ailleurs souhaitées. L'un évoque le besoin de « piqûres de rappel », car il doute de l'impact de coups de projecteur isolés, sans suite.

Mais au delà, ce que les généralistes souhaitent, c'est surtout **l'amélioration de la coordination dans la pratique**, c'est à dire une concrétisation de ce qui a été annoncé au cours des sessions de formation. Certains imaginent à ce propos un numéro d'appel privilégié (un « n° vert ») pour les professionnels, pour les contacts dans l'urgence entre eux et la pédopsychiatrie.

Par ailleurs, le besoin de retour d'information de la pédopsychiatrie est réaffirmé^k. Cependant, la plupart conviennent que rien ne peut changer sans une réorganisation des moyens pour obtenir davantage de disponibilité de ce service, tout en craignant que cette proposition dépasse le cadre de l'évaluation...

Globalement, chez les publics non professionnels de santé, le besoin de repère par rapport aux indices de mal-être, pour alerter, « prévoir », que ce soit pour les élèves, les parents, ou les enseignants, n'a pas été satisfait (mais pouvait-il l'être en si peu de temps ?), et nécessite d'autres démarches.

Ces mêmes publics ont par contre tous retenu la nécessité et la possibilité d'en parler à un tiers, à un spécialiste dans le domaine.

En dénominateur commun aux divers publics, dans ou hors du secteur de la santé, on retiendra enfin le besoin de temps de paroles après les actions aussi bien chez les élèves, les enseignants, les parents, que d'une certaine manière les médecins généralistes, et le souhait, ultérieurement, d'autres réflexions en groupes.

^k Sur la forme que peut prendre cet échange d'informations, il semble rester une divergence de points de vue entre généralistes et psychiatres ; la première rencontre n'a semble-t-il pas suffi pour les clarifier.

IV. Discussion- Conclusion

A. Les conditions de l'évaluation

1. Une méthode et des outils déterminés par le contexte de l'évaluation

Le mode d'évaluation que nous avons adopté a été défini non pas en fonction des objectifs de l'action mais plutôt en fonction de la **demande manifestée a posteriori** et d'un **calendrier restreint**. L'ORS a été sollicité en août 1999 pour effectuer l'évaluation de l'ensemble de l'action 10 a bis du PRS suicide dans les quatre derniers mois de l'année. Les contacts avec les promoteurs de l'action, les différents publics visés, la collecte des documents et l'analyse ont pu être réalisés, pour l'essentiel, dans le dernier trimestre.

En dehors de ces contraintes de temps, du fait que l'évaluation n'a pas été conçue de manière concomitante à la réalisation de l'action, un certain nombre **d'informations**, notamment sur la mise en oeuvre, n'ont **pas été recueillies et/ou conservées** : listes d'invités, de participants, contenu des interventions (sauf une), recueils des points de vue des publics juste après les séances...

Par ailleurs, à la fois pour des contraintes de temps au moment de l'évaluation et de son éloignement dans le temps par rapport aux actions, le nombre des bénéficiaires de l'action qui ont pu être interrogés est, pour certaines catégories d'entre eux, limité : seulement trois élèves qui étaient en seconde au moment de l'action, trois élèves infirmiers (qui de plus avaient suivi le module suicide), trois parents d'élèves.

2. Une évaluation difficile des coûts

Le budget de l'action présenté dans le Programme régional de santé ⁵ s'élevait à 73 000 F. Les « ressources à mobiliser » comprenaient les contributions du Collège de Cluny (8 000 F), de l'IFSI (15 000 F) et du FNPEIS (32 000 F)¹.

¹ Un complément de 20 000 F a été demandé en 1999 au FNPEIS pour être utilisé en 2000.

Nous n'avons pu évaluer les coûts réels de l'ensemble de l'action car les temps passés par les promoteurs pour sa conception, sa mise en œuvre n'ont pas été comptabilisés. Il en va de même pour ceux qui ont été nécessaires à l'organisation pratique des séances reposant sur des bénévoles : participation des membres du comité d'environnement social élargi du Collège de Cluny, des médecins du service de promotion de la santé auprès des élèves (notamment relances téléphoniques des médecins généralistes, participation aux réunions), des élèves en formation d'assistants de direction du lycée Lamartine de Mâcon.

Enfin, le coût des soirées organisées pour les généralistes a été pris en charge par un laboratoire pharmaceutique et n'a pas été décompté.

Ce défaut d'évaluation des moyens réels nécessaires à la réalisation de l'ensemble de cette action d'information et de formation limite la présentation que l'on peut faire des conditions de sa reproduction sur d'autres zones.

3. Une évaluation centrée sur l'impact et sur certains publics

L'évaluation d'actions de santé publique peut porter sur les besoins a priori (ce qui permet d'orienter le choix des objectifs), sur la pertinence par rapport au problème de santé publique considéré, notamment à propos du choix du ou des publics visés, sur la mise en œuvre, la cohérence entre les objectifs, les moyens, les ressources (processus), sur les résultats spécifiques sur la santé des publics-cibles (efficacité et efficience), et enfin sur l'impact (participation, adéquation aux attentes des différents publics, effets sur les pratiques).

L'évaluation de l'impact a ici été privilégiée compte tenu du calendrier décalé par rapport aux actions, limitant notamment l'analyse de la mise en œuvre, des outils d'évaluation non disponibles (absence de mesure précise des tentatives de suicide et suicides sur la zone), des moyens limités.

Par ailleurs, il n'a pas été possible de mesurer l'impact de cette action du point de vue des professionnels exerçant en dehors de l'éducation nationale (travailleurs sociaux, gendarmerie etc.), faute de disposer de la liste de ceux qui y avaient effectivement participé. On a par ailleurs noté l'absence de professionnels du secteur hospitalier principalement concernés par l'accueil de jeunes suite à une tentative de suicide. Il aurait fallu rechercher les motifs de ces absences remarquées. Or l'évaluation à distance a rendu difficile et également moins pertinente cette investigation.

4. Des propositions

Il faudrait envisager l'évaluation lors de la mise en place de nouvelles actions, et prévoir d'emblée le calendrier et les moyens de cette évaluation. De la même manière, les objectifs des actions devraient être concrets et précis pour permettre une mesure de l'atteinte de ces objectifs.

Il serait par ailleurs souhaitable de collecter, conserver pour analyse les documents relatifs à la mise en œuvre des actions. Il faudrait également convenir dès le début d'indicateurs d'évaluation des pratiques (par rapport à la détection des jeunes en difficultés, à la coordination des acteurs lors des prises en charge et après les soins).

L'évaluation des résultats en termes de santé nécessiterait une mesure avant l'action, puis un suivi permanent de l'incidence des tentatives de suicide dans la zone (qui ne sont pas toutes enregistrées dans les établissements hospitaliers...).

B. Comparaison de l'impact par rapport aux objectifs

1. Les objectifs formulés par les promoteurs : en grande partie atteints

La **connaissance** de l'existence **d'un réseau de « spécialistes »**, à même d'intervenir lors de gestes suicidaires, est dans l'ensemble acquise. Cependant, une incertitude persiste sur la perception du rôle de certains des autres acteurs du réseau (les enseignants, certains généralistes, les jeunes vis à vis de leurs pairs).

S'il n'est pas aisé d'évaluer la mise à jour des connaissances en matière de dépistage des facteurs de risque, le constat d'une **vigilance accrue** aux difficultés des adolescents a été fait aussi bien chez les enseignants que chez les généralistes.

Le développement d'un intérêt commun pour le problème et celui d'une **approche commune** par les adultes ont été constatés par les diverses catégories de publics interrogés.

2. Les recommandations pour la prise en charge du suicide chez les adolescents

a. Le rôle des enseignants

Les entretiens avec les enseignants, comme d'autres expériences rapportées par ailleurs, témoignent de leurs difficultés à faire face aux comportements suicidaires. Ils

montrent d'un autre côté comment l'institution scolaire s'est ouverte aux comportements considérés jusqu'alors comme relevant de la sphère privée.

Le dilemme ressenti par les enseignants concernant l'attitude à avoir, le **rôle à tenir**, peut être perçu comme s'inscrivant dans une interrogation plus globale sur « *la manière dont ils accueillent, respectent et prennent en compte, dans la quotidienneté de la relation pédagogique, les élèves les plus fragiles psychologiquement, les jeunes anxieux et dépressifs particulièrement vulnérables aux remarques dévalorisantes, aux jugements définitifs sur leur devenir scolaire...* »¹³. Pour éclairer les interrogations sur le rôle que peuvent avoir les professeurs, J. FORTIN parle de « *la dimension éducative de l'acte pédagogique* » qui demande aux professeurs « *non pas de dépister et encore moins de prendre en charge ces jeunes fragiles, mais en premier lieu de signifier à tous les élèves qu'ils ne sont pas objets d'absorption de connaissances, mais sujets et acteurs de leur développement, tant sur le plan cognitif que relationnel, émotionnel ou social* ».

Face aux conduites suicidaires, les professeurs sont les témoins privilégiés d'un certain nombre de clignotants qui les placent dans une position d'observateurs et d'interlocuteurs de premier plan. Si la réaction normale d'un professeur face à ces signes est celle de vouloir en parler avec l'élève, ce n'est pas sans lui poser des difficultés. Comme le souligne X. POMMERAU, « *reconnaître la souffrance de l'élève suppose, de la part de l'enseignant, l'acceptation de son engagement dans la relation [...], ce qui est une forme d'exposition de soi en ce sens qu'on ne peut échanger à propos d'un sujet aussi grave sans réveiller de sourdes angoisses et interrogations personnelles* »¹⁴. C'est sans doute à ce moment-là que le partage d'une culture et d'une formation commune aux enseignants sur l'abord des jeunes en situation de mal-être est essentiel.

Parallèlement au rôle individuel de chaque enseignant, la question du partage des informations entre collègues peut être discutée. Les professeurs ne sont pas tous concernés par les mêmes élèves, dévoiler les confidences d'un élève à un collègue ne peut-il pas être perçu par l'adolescent comme une trahison ? A cette question, X. POMMERAU répond que le jeune mis en confiance doit être informé du fait que les autres professeurs seront tenus au courant de ses difficultés, et que la trahison, tant du côté de l'intéressé que des professeurs, serait plutôt de nier la réalité : « *dans tout établissement, chaque intervenant engage à travers ses propres attitudes, l'ensemble du système auquel il appartient* ». Au delà de la relation établie avec un jeune en situation de souffrance, les enseignants peuvent également devenir les relais des professionnels pouvant assurer une prise en charge : infirmières, assistantes sociales, médecins et psychologues scolaires, psychiatres.

b. La prise en charge des adolescents suicidants

L'intérêt et la nécessité du recours aux services des urgences d'un établissement de soins pour les adolescents après un geste suicidaire sont bien perçus par les divers publics professionnels (des actions d'information qui ont été menées). Les recommandations développées par l'ANAES¹⁵ ont été diffusées lors d'une des conférences organisées à l'intention des professionnels de la santé, du social et des éducateurs à l'IFSI. Les généralistes en ont eu aussi connaissance.

Un des objectifs affichés par les promoteurs était d'obtenir l'amorce d'un dialogue entre les professionnels hospitaliers et les autres intervenants. Il ressort des entretiens divers que nous avons pu avoir avec les uns et les autres, que la démarche a été de fait engagée et appréciée. Cependant, cela ne préjuge pas de l'effectivité ultérieure des « *liens entre l'équipe hospitalière et les intervenants extérieurs qui vont participer à la prise en charge (...) pour permettre une information réciproque, une coordination, une prise en charge et un suivi corrects de l'adolescent* » préconisés par l'ANAES.

C. Conditions de reproduction de l'action et perspectives

Il faut d'abord rappeler que l'on n'a pu évaluer les moyens réellement mobilisés, certains coûts n'ayant pas été comptabilisés. On peut par contre indiquer que pour être réitérée, une telle opération doit être « portée » par plusieurs partenaires, fortement intéressées à sa mise en oeuvre, pour des raisons différentes mais convergentes, et pouvant mettre à disposition et mobiliser autour d'eux du temps d'organisation, de contacts...

On reprendra ici les questions et propositions qui ressortent du recueil des différents points de vue sur l'ensemble de l'action, qu'elles émanent des bénéficiaires ou des acteurs que l'on a pu interroger.

1. Des acquis

a. Les modalités d'intervention choisies adaptées aux divers publics visés

La **représentation théâtrale** de type interactif paraît adaptée aux élèves les plus âgés (classes de seconde). L'abord du suicide des adolescents, dans un ensemble de conduites à risque, est, là encore, plus facilement perçu par les lycéens que par les collégiens.

Les professionnels en formation ou en exercice ont apprécié, dans le cadre de la session sur le **problème d'éthique**, la forme du travail en **ateliers** et la réflexion sur un **cas concret**. Concernant la séance sur la prévention et la postvention, on a souligné l'intérêt d'alterner interventions et échanges entre les participants, avant le débat, ce qui permet d'améliorer la pertinence des questions débattues et de répondre à une attente **d'implication active** des participants à partir de leurs pratiques.

Pour les **conférences « grand public »**, on a souligné l'intérêt de l'**intervention technique**, ici médicale, volontairement **simple**, qui a permis de donner des repères aux parents d'élèves, majoritaires dans le public. On a évoqué à ce propos la qualité des échanges qui ont pu avoir lieu, peut-être liée au fait que « tout le monde se connaissait ».

b. La diffusion d'une approche commune du problème

Les enseignants du collège ont exprimé leur sentiment de partager un **langage commun** au sein de l'école et une **sensibilité commune** sur ce sujet dans l'établissement, qui facilitent les échanges à ce propos.

Les généralistes interrogés ont bien perçu la **nécessité d'un travail en réseau**, même s'il peut paraître en contradiction avec le message perçu par ailleurs selon lequel "la pédopsychiatrie s'occupe de tout".

Des professionnels ont souligné l'intérêt d'une **réflexion commune** des acteurs, y compris avec les parents, en soulignant, là encore, que la taille réduite de la ville est peut-être un atout (une condition ?) pour que ce type de réflexion commune puisse être menée.

c. La mise en réseau

Les **enseignants** se sentent responsables des jeunes élèves suicidants, et **perçoivent leur rôle** comme étant celui **d'observateur privilégié**. Le travail mené a permis des **améliorations dans leur pratique**: adoption de nouveaux réflexes, notamment une vigilance accrue vis-à-vis des élèves, de leurs absences (et de la nécessité de localiser les élèves dans ces cas-là), connaissance de réponses types dans des situations d'urgence.

Les **généralistes** ont apprécié la **place** qui leur est **faite dans le réseau**, qui leur paraît bien fonctionner entre la médecine scolaire et la pédopsychiatrie. Ils sont intéressés par l'affichage d'une **intention de disponibilité** de la pédopsychiatrie, même s'ils ne peuvent en mesurer l'effectivité aujourd'hui.

2. Des questionnements

a. L'abord du suicide avec les adolescents les plus jeunes

La **forme de la représentation** a semblé gêner les plus jeunes. Ceux-ci ont par ailleurs paru se focaliser sur l'histoire d'un toxicomane et n'ont pas semblé avoir **décrypté** les **différents aspects du mal-être** de l'adolescent qui étaient présentés dans la représentation.

b. La définition du rôle de certains des acteurs

Les **élèves** lycéens comme collégiens s'accordent sur le fait qu'ils n'ont pas eu de solutions "clés en main" et de réponses aux questions qu'ils pouvaient se poser par rapport à un camarade concerné ("qu'est ce que je lui dis, qu'est ce que je peux faire ?"). Ceci renvoie à l'**interrogation** persistante (partagée par d'autres) **sur le rôle** des uns et des autres dans ces situations. Dans cette perspective, la formation des délégués effectuée par la suite correspond à l'attente d'une meilleure appréhension du rôle des élèves, celui d'une écoute privilégiée des pairs et du lien avec les adultes (pour que ceux-ci puissent agir).

Les **enseignants** craignent de ne pas savoir apprécier l'importance à accorder à certains signes (pour n'en faire, ni trop, ni pas assez). Ils ont des difficultés à délimiter ce qui est de leur compétence ou quand il faut passer le relais (vers un psychologue, par exemple).

Les **médecins généralistes** regrettent de n'avoir pas eu communication d'"outils" pour améliorer leur prise en charge des adolescents (avec une interrogation sur la volonté de partage du savoir en ce domaine).

c. Des manques à combler

On a regretté l'**absence des membres des services hospitaliers** estimés comme étant les premiers concernés, et vis à vis desquels l'ensemble de la démarche développée dans le cadre des séances organisées à l'IFSI avait été plus particulièrement conçue. On peut envisager une « session de rattrapage » qui leur permette de mettre à jour leurs connaissances, en particulier par rapport aux recommandations de l'ANAES. La réunion de ces professionnels au cours de **séances spécifiquement organisées** pour eux semblerait opportune : les co-promoteurs de l'action ont en effet convenu qu'il faut que le repérage de qui fait quoi à l'intérieur de chaque institution soit bien établi avant que celle-ci puisse effectivement participer à un réseau.

On ne dispose pas d'un avis explicite de participants à la réunion sur **l'abord sociologique** du suicide des adolescents. Selon les organisateurs, il n'a **pas été bien perçu** par le public, du fait de son hétérogénéité. Si l'on doit renouveler la démarche, et certains représentants du public ont souligné l'intérêt d'une vision « de haut », on peut chercher à mieux cibler le public, et peut-être choisir un autre type de lieu que le théâtre (facilitant l'échange entre les intervenants et le public).

Globalement, les généralistes n'ont **pas perçu de changements réels dans les pratiques**. Certains évoquent à ce propos le manque de moyens, localement, de la psychiatrie, qui conditionne les pratiques (rien ne peut changer sans de nouveaux moyens, de nouvelles disponibilités en temps...). On dépasse évidemment le cadre de cette évaluation, cependant l'annonce d'une plus grande disponibilité de la psychiatrie a suscité des attentes. Et puis, plus largement, la mise en réseau nécessite des moyens concrets, au delà du consensus sur les principes d'une connaissance des pratiques des uns et des autres, d'une démarche de reconnaissance mutuelle.

3. Des perspectives : souhaits et suites données

a. La nécessité d'échanges

Les **élèves** ont tous, quel que soit leur âge, mis en évidence le besoin d'un temps de **parole** et d'échange **avec les adultes** dans leurs établissements, à organiser **après** les représentations (ce qui leur a manqué dans le cadre des séances organisées en 1999).

Les **enseignants** souhaitent, pour leur part, avoir un réel **dialogue avec les parents** (qui n'a pas eu lieu après les conférences organisées à Cluny).

Par ailleurs, les **parents** d'élèves interrogés et certains **médecins généralistes** ont souligné l'intérêt d'**échanges entre eux**.

b. Le besoin de d'élargir la réflexion

Tous les publics s'accordent sur la nécessité de poursuivre le travail qui a été amorcé.

Pour les **élèves**, la suite engagée au collège a été la **formation des délégués** à leurs rôles d'interface entre leurs pairs et les adultes susceptibles de prendre le relais lorsque l'un d'entre eux est en difficultés.

Les **enseignants** ont souhaité élargir la réflexion aux comportements à risque et associer des membres d'autres établissements scolaires, d'autres professionnels, afin

qu'elle soit plus ouverte. On peut noter dans cette perspective que des enseignants d'un établissement de Mâcon ont demandé au médecin responsable du service de promotion de la santé auprès des élèves d'intervenir sur le suicide dans une classe de BTS. Par ailleurs, une **réflexion interprofessionnelle** va se poursuivre dans le cadre d'une réunion prochaine sur le thème du suicide des groupes locaux de sécurité du bassin de Cluny-Mâcon.

Pour les **élèves infirmiers**, le **module sur le suicide** va être **renouvelé**. Certains aspects pourraient être modifiés : le choix des étudiants susceptibles de le suivre (selon des critères de maturité, de motivation), l'alternance entre les divers modes de réflexion (allègement du programme qui a pu paraître trop dense), l'intégration de témoignages par rapport à des pratiques professionnelles...

La réitération de la séance **d'information commune aux parents et professionnels** qui s'est déroulée au collège « Les adolescents. Conduites à risque » semble attendue et envisageable ultérieurement, mais peut-être sur une question connexe, ou plus large.

Les **généralistes**, quant à eux, ont souhaité **d'autres rencontres entre médecins** pour améliorer la connaissance (reconnaissance ?) des uns et des autres. En 2000, trois nouvelles séances de formation ont été programmées. Les modalités d'organisation ont été modifiées pour élargir le débat, avec l'intervention complémentaire d'un psychiatre libéral, et pour donner davantage la parole aux participants. Par ailleurs, une formation commune avec les médecins de santé scolaire sur l'écoute, le mal-être des adolescents serait envisagée.

c. Au delà de l'information, des changements dans les pratiques

Mais les **généralistes** souhaitent surtout **mieux communiquer** dans la pratique avec les **psychiatres**. Sans doute faudra-t-il plusieurs rencontres pour lever les malentendus sur les moyens proposés et utilisés par les uns et les autres.

S'agissant de la longueur des **délais pour une prise en charge psychiatrique** (en dehors de l'urgence vitale), on pourrait envisager, comme Madame le Dr CUSIN le suggère, que les autres professionnels soutiennent les jeunes dans leur attente (par des rencontres programmées, régulières, rapprochées, avec eux), dans la mesure où ils auraient les moyens d'assurer ce rôle...

Enfin, sur un autre plan, mais dans le prolongement de ce qui précède, certains médecins voudraient, à la suite de la série d'actions qui ont été mises en œuvre, disposer d'une **évaluation de l'évolution des pratiques** (par rapport à la réalité du travail en réseau, l'amélioration des relations...), sachant qu'il faut du temps pour pouvoir mesurer effectivement des changements en la matière.

SOMMAIRE

I.Cadre de l'évaluation	4
<i>A.Contexte général</i>	4
1.Le Programme régional de prévention du suicide en Bourgogne	4
2.Une démarche harmonisée d'évaluation dans huit régions françaises	5
<i>B.Cadre sanitaire</i>	6
1.Le suicide, un problème en Saône-et-Loire	6
2.Le dispositif de soins hospitalier et ambulatoire	6
<i>C.Méthode et informations disponibles</i>	7
1.Sur la mise en oeuvre	8
2.Sur l'impact	8
II.Évaluation de l'action	10
<i>A.Organisation et mise en oeuvre</i>	10
1.Bilan préalable	10
2.Pilotage de l'action	11
3.Mise en oeuvre de l'action	12
<i>B.Impact de l'action sur les publics visés</i>	17
1.Les élèves	17
2.Les enseignants du collège	19
3.Les généralistes	21
III.Discussion- Conclusion	24
<i>A.Les conditions de l'évaluation</i>	24
1.Une méthode et des outils déterminés par le contexte de l'évaluation	24
2.Une évaluation difficile des coûts	24
3.Une évaluation centrée sur l'impact et sur certains publics	25
4.Des propositions	26
<i>B.Comparaison de l'impact par rapport aux objectifs</i>	26
1.Les objectifs formulés par les promoteurs : en grande partie atteints	26
2.Les recommandations pour la prise en charge du suicide chez les adolescents	26
<i>C.Conditions de reproduction de l'action et perspectives</i>	28
1.Des acquis	28
2.Des questionnements	30
3.Des perspectives : souhaits et suites données	31

BIBLIOGRAPHIE

- ¹ DRASS Bourgogne, *Conférence régionale de santé de Bourgogne* 1996.
- ² ORS Bourgogne, *Les suicides*, La santé observée en Bourgogne, 1998.
- ³ I. MILLOT, *Le suicide et les tentatives de suicide en Bourgogne*. ORS Bourgogne, 1997.
- ⁴ M. COEURET-PELLICIER, *Émergence d'une priorité nationale de santé publique, l'exemple du suicide*, ADSP, n° 23, 1998.
- ⁵ *Prévention du suicide et de la tentative de suicide en particulier auprès des adolescents et adultes jeunes, 1998-2002*, DRASS de Bourgogne, octobre 1998.
- ⁶ M. CHOQUET, S. LEDOUX, *Adolescents, Enquête nationale*, INSERM, 1994.
- ⁷ M. CHOQUET, *Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques*, *mt pédiatrie* vol. 1 n°4, 1998.
- ⁸ Ministère de l'emploi et de la solidarité, secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale. *Programme national de prévention suicide, document n°1 : pourquoi lancer un programme national de prévention du suicide ?* Août 1999.
- ⁹ A.M. GALLOT, *Suicide : la prévention s'organise*, La santé de l'homme, n°342, 1999.
- ¹⁰ *Le suicide en Saône-et-Loire. Qui ? Comment ?* ORS Bourgogne, 1990.
- ¹¹ *Les secteurs de psychiatrie générale en 1995*, Documents statistiques, n° 304, 1998.
- ¹² *Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 1995*, Documents statistiques, n° 306, 1998.
- ¹³ J. FORTIN, *Expériences et interrogations méthodologiques. L'élève et la mort*, La santé de l'homme, n° 342, 1999.
- ¹⁴ X. POMMEREAU, *L'adolescent suicidaire*. Dunod, 1996.
- ¹⁵ ANAES, *Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Recommandations professionnelles*, 1998.