

Évaluation des résultats des programmes régionaux de santé en France : le cas des PRS de prévention du suicide

M. Bellanger, Alain Jourdain

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2006/4 Vol. 18 , PAGES 585 À 598

ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.064.0585

Date de mise en ligne : 01/01/2008

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2006-4-page-585?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [Cairn.info/copyright](http:// Cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Évaluation des résultats des programmes régionaux de santé en France : le cas des PRS de prévention du suicide

*Evaluation of regional prevention programs
in France: the case of suicide prevention*

M. Bellanger⁽¹⁾, **A. Jourdain**⁽²⁾

Résumé : Une nouvelle politique de prévention a été menée en France à partir de 1994. Les programmes de prévention du suicide menés dans 11 régions ont été amorcés à cette période. L'évaluation des résultats de ces programmes est possible aujourd'hui avec un recul de plusieurs années. Les données de mortalité des régions expérimentales ont été comparées à celles des autres régions. Une différence a été observée au bénéfice de celles qui ont réalisé un programme de prévention du suicide. Ces résultats sont discutés à la lumière du contenu des programmes réalisés.

Summary: Since 1994, a new prevention policy has been introduced in France. Over that period, eleven regions have conducted suicide prevention programs. It is possible today to assess the effects of these programs in retrospect. We have compared mortality data of the experimental regions to those of the other regions. We observed a significant difference in favour of the regions with suicide prevention programs. Results are discussed in relation with the achieved program content.

Mots-clés : évaluation - programmes régionaux de santé - suicide - prévention - promotion de la santé - inégalités régionales de santé.

Key words: assessment - regional health programmes - suicide - prevention - health promotion - regional health inequalities.

(1) École Nationale de la Santé publique. Avenue du P^r Léon Bernard, 35043 Rennes.
martine.bellanger@ensp.fr

(2) Laboratoire d'Analyse des Politiques Sociales et Sanitaires. Avenue du P^r Léon Bernard, 35043 Rennes. alain.jourdain@ensp.fr

Introduction

Le Haut comité de la santé publique (HCSP) a mis en évidence dans son rapport de 1994 l'« exception française » en matière de santé publique, où le meilleur (durée de vie longue) côtoie le pire (fortes surmortalités localisées). Ce rapport proposait une stratégie qui privilégiait le niveau régional, de façon à provoquer une dynamique d'acteurs autour de problèmes de santé prioritaires. Des programmes régionaux de santé (Prs) furent mis en place à titre expérimental dans trois régions, ces programmes apparurent très vite comme le moyen de mettre en œuvre une nouvelle politique de santé publique, et furent légitimés par les ordonnances Juppé de 1996.

Les Prs se sont développés à partir des priorités définies par les Conférences régionales de santé, que certains ont définies comme les parlements régionaux de santé publique. Les services déconcentrés du ministère chargé de la Santé furent responsables de la mobilisation des institutions régionales et du pilotage d'actions autour de problèmes prioritaires de santé publique. Cette nouvelle politique de santé publique a accru l'autonomie des acteurs locaux, à tel point qu'une évaluation intermédiaire des Prs ⁽³⁾ a montré que chaque région avait formulé sa propre orientation stratégique. Le thème du suicide a été choisi dans 11 régions sur 22.

La France n'occupe pas une position satisfaisante au sein des pays de l'Union européenne en termes de mortalité prématurée. Les principales causes de celle-ci sont à chercher

dans les mortalités liées à certains cancers, aux accidents et enfin aux suicides [2] ⁽⁴⁾. Pour ces derniers, le taux standardisé de mortalité atteignait 15,4 pour 100 000 habitants, en 1998. Avec ce taux, la France se situait devant l'Autriche (16,3) et la Finlande (21,2), mais loin derrière d'autres pays comme le Royaume-Uni (6,9), l'Italie (6,3) ou encore le Portugal (4,7) (Eco- Santé OCDE 2002) ^(5, 6 et 7).

En 2001, le Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès (CépicDc) a enregistré 10 500 décès par suicide, soit 2 % de l'ensemble des causes de décès, ce qui correspond à un taux de suicide de 17,5 pour 100 000 habitants ⁽⁸⁾. La classe d'âge la plus affectée en nombre absolu est la classe d'âge 40-44 ans, mais c'est pour la classe d'âge 25-34 ans que le suicide représente la première cause de mortalité [6].

Entre 1988 et 1999, une tendance à la baisse du taux standardisé de mortalité par suicide pour la France entière est constatée. Celui-ci a diminué en moyenne de 3 points d'indice pour

(3) Association of school of public health in the European region (ASPHER) et ENSP, Programmes régionaux, Évaluation intermédiaire, novembre 1999.

(4) La région Midi-Pyrénées, par exemple, a mis en place un PRS santé mentale des adolescents.

(5) Pour l'Autriche, la Finlande, le Portugal et le Royaume Uni, les données présentées celles de l'année 1999 (Eco-Santé OECD 2002).

(6) Commission européenne (2003). L'état de santé de la population dans l'Union européenne – Réduire les écarts de santé. Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes, 60 p.

(7) Les taux peuvent être différents selon les sources, pour les données de l'OCDE, le taux est de 15,4 pour 100 000 en 1998, et de 17,5 en 1999 selon le CépicDc ou quand on prend la source Eco-santé France. Nous avons utilisé les sources OECD pour les comparaisons, et les sources originales du CépicDc pour l'étude comparée entre les régions.

(8) La sous-estimation des taux de suicide liée aux « causes indéterminées » avoisine 7,1 %. Il est plus difficile d'évaluer la sous-estimation des taux liée à la catégorie « cause inconnue ou non déclarée ». (CépiDc 2003).

100 000 environ (Eco-Santé 2002). Les différentes régions connaissent une intensité de décroissance variable, qu'elles aient adopté ou non un PRS après 1994.

L'objectif de cet article est de faire une évaluation de la stratégie de prévention des Prs amorcée il y a près de 10 ans, en prenant pour exemple le suicide. Pour cela on se propose de mettre en évidence les évolutions de cette mortalité en population générale dans les onze régions ayant mis en œuvre des Prs et de comparer cette évolution à celle observée dans les onze autres régions de la France métropolitaine. Nous présenterons d'abord brièvement les dispositifs régionaux de prévention, ainsi que le programme national de prévention du suicide. Dans un second temps, nous présenterons les méthodes retenues pour l'analyse statistique. Enfin, les résultats seront décrits et discutés.

Un contexte de développement généralisé de prévention du suicide

Parallèlement au développement autonome de programmes de prévention dans certaines régions, une stratégie nationale a émergé. En une dizaine d'années, nous sommes passés du temps du constat [8] à celui de la définition d'une stratégie de santé publique [13], par sa mise en œuvre régionale par certaines conférences de santé en 1996, puis nationale suite aux recommandations de la Conférence nationale de santé et au plan national de 1997. Le suicide est devenu un problème prioritaire de santé publique au travers des Prs, puis par l'élaboration d'un programme national (1997-2000). Ce n'est que plus tard que des approches de prévention plus systématiques et généralisées à l'ensemble des régions apparaîtront avec la stra-

tégie nationale d'actions face au suicide définie pour la période 2000-2005.

Le contenu des programmes régionaux de prévention du suicide (1995-1999)

On peut définir trois grandes catégories d'actions réalisées dans le cadre des PRS, celles-ci ont fait l'objet d'une évaluation par la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé [11].

La première concerne la production d'un guide ou d'un répertoire de personnes et structures ressources à disposition des professionnels de santé. Ces derniers, grâce à cet outil peuvent mieux orienter les personnes présentant une menace ou une idée suicidaire. En Bretagne et en Pays de la Loire, par exemple, les personnes et structures ressources ont été sélectionnées quand elles étaient directement concernées et/ou qu'elles avaient mené une réflexion sur la souffrance psychique et les phénomènes suicidaires. Les guides ou répertoires sont plus ou moins largement diffusés aux médecins généralistes, aux professionnels de réseaux associatifs sociaux, sanitaires, aux partenaires institutionnels régionaux, ou encore aux proviseurs de lycées ou aux responsables de missions locales...⁽⁹⁾.

L'étude d'impact réalisée par les ORS met en évidence que le guide/répertoire concernant la prévention du suicide apparaît utile à une proportion importante des professionnels interrogés. Toutefois, ces résultats sont à interpréter avec prudence en raison du taux élevé de non-réponses (médecins généralistes, médecins du travail,

(9) En Champagne-Ardenne, la troisième région où ce type d'outil devait être évalué, le projet de guide était en cours de réalisation au moment de l'évaluation (FNORS 2000).

maisons de retraite, foyers d'hébergement pour mineurs, etc.), et de la faible représentativité de certains groupes enquêtés (missions locales, milieu carcéral). Concernant le contenu, la notion de guide est privilégiée à celle de répertoire pour des professionnels qui sont en attente d'informations sur les conduites à tenir, les recours en situation d'urgence...

La formation et l'information de publics particuliers constituent la deuxième catégorie d'action entrant dans les Prs portant sur la prévention du suicide. Trois actions de ce type ont été évaluées [11] :

- une action mise en place localement visant « la recherche de cohérence dans la mise en réseau des acteurs engagés dans une démarche de prévention et de soins des conduites suicidaires des adolescents », en Bourgogne ;

- un séminaire de « formation pluridisciplinaire à la prévention des actes suicidaires », en Basse Normandie ;

- une formation régionale inter-institutionnelle en vue « d'améliorer les conditions de repérage des jeunes en situation de risque suicidaire et à initier ou concourir à une dynamique locale », en Poitou-Charentes.

Ces différentes formations ont eu un impact sur les capacités des professionnels à accepter certaines situations, à élargir leurs représentations, à identifier des personnes en situation de risque et à travailler en réseau. Toutefois, l'évaluation de la FNORS fait apparaître certaines lacunes. En particulier, la méconnaissance des résultats sur la santé des populations est soulignée. L'absence de référentiels de « bonnes pratiques » pour le repérage des situations ou pour le travail en réseau est également notée.

Enfin, la troisième grande catégorie d'actions contenues dans les Prs que

la Fnors a étudiée concerne les actions favorisant le travail interdisciplinaire. Il s'agit d'approches communautaires, cherchant à apporter des réponses plus globales à des jeunes en difficulté sociale et souvent en état de souffrance psychique et à fournir de nouveaux outils aux professionnels travaillant au contact de ces jeunes, dans des missions locales ou des permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO). Ce dernier type d'actions a été évalué en Rhône-Alpes et en particulier l'intervention d'un psychologue dans les missions locales. En Franche-Comté, il s'agissait de la constitution d'un réseau de professionnels pluridisciplinaires (médecins généralistes, travailleurs sociaux, équipes hospitalières, enseignants...) sur toute la région. L'évaluation fait apparaître les difficultés de la mise en place de ce réseau, non pas du fait des professionnels, mais du manque d'appui politique et de soutien financier. S'agissant des actions en Rhône-Alpes, le travail avec le psychologue a été apprécié positivement.

Stratégie nationale pour la période 1997-2000

L'objectif national a été formulé en 1997 en termes de réduction des causes de décès par suicide et de « barre symbolique de 10 000 morts par suicide » en-dessous de laquelle il faudrait passer ⁽¹⁰⁾. Le premier programme national a été défini pour la période 1997-2000. Les solutions proposées relèvent d'une interaction entre les niveaux national, régional et local. L'administration centrale inter-

(10) M. Kouchner, alors ministre de la Santé : « Nous devrions avoir pour ambition de passer en dessous de la barre symbolique des 10 000 morts par suicide. Je souhaite faire de la prévention du suicide l'une de nos priorités », Deuxième journée nationale pour la prévention du suicide, 5 février 1998.

vient en appui technique des Prs, en subsidiarité des programmations d'actions locales, pour la réalisation de recommandations visant à développer une démarche de qualité et à améliorer les pratiques des professionnels. Des études d'ampleur nationale sont conduites afin de mutualiser les connaissances acquises et les expériences réalisées par les différents acteurs. De plus, ce programme national repose sur une démarche interministérielle (Éducation nationale et recherche, Justice, Transports...) et pluridisciplinaire.

Parmi les principales actions nationales réalisées, il convient de noter les recommandations énoncées par l'Anaes en 1998, sur la prise en charge des adolescents ayant fait une tentative de suicide. En lien avec ces recommandations, un audit clinique des services d'urgence de soixante établissements de santé volontaires a été réalisé, en 2000, dans les dix régions dotées d'un Prs suicide. Cette même année, le comité scientifique, mis en place à la Direction générale de la santé (Dgs) en 1997, a produit un document d'information synthétisant les données nationales et internationales épidémiologiques et relatives aux facteurs de risque recensés ainsi que les actions nationales et internationales existantes en termes de prévention du suicide. À la demande de la DGS, une conférence de consensus a été organisée en octobre 2000 par l'Anaes et la Fédération française de psychiatrie sur « la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge ».

La Stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005) : la prévention est généralisée à toutes les régions

L'élément intéressant de la stratégie nationale de prévention pour 1997-2000 est que la dynamique locale n'a

pas été écrasée par l'échelon central, au contraire, cette dernière l'a renforcée, comme en témoignent certains acquis repris à partir des recommandations émises par la FNORS à l'issue de son évaluation. La seconde étape de la Stratégie nationale, pour 2000-2005, comme en 1997, s'est donnée pour objectif « de passer à terme sous la barre symbolique des 10 000 morts par suicide par an ». De plus, « elle vise à développer au-delà de la prévention du suicide des réponses satisfaisantes aux personnes en mal être ou en souffrance psychique, notamment chez les jeunes » [9].

La stratégie nationale vise toutes les régions. Pour ce faire, chaque Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale a désigné un référent sur cette problématique. Il sert de relais auprès des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass), des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), des autres partenaires institutionnels, des professionnels sanitaires et sociaux... Mais il n'y a pas forcément création d'un programme régional de santé de prévention du suicide dans toutes les régions.

La stratégie nationale d'actions pour la période 2000-2005 se décline en quatre orientations majeures, dans un souci de cohérence et de suivi des démarches sur l'ensemble du territoire.

La première consiste à favoriser la prévention par un dépistage accru des risques suicidaires. Des pratiques communes et des outils validés pour évaluer les facteurs de risque doivent être retenus par les professionnels. À partir des conclusions de la conférence de consensus, qui s'est tenue en 2000, toutes les régions ont à organiser des formations pluri-professionnelles. De plus, le soutien aux associations d'écoute et d'accueil des

personnes en souffrance psychique devait être renforcé [9].

La seconde action prioritaire cherche à mieux comprendre les circonstances des suicides afin de diminuer l'accès aux moyens létaux. Parmi ceux-ci, figurent, en particulier, les armes à feu, les chutes volontaires des transports en commun et les surdosages médicamenteux.

L'amélioration de la prise en charge des « personnes en crise suicidaire », qui constitue le troisième axe prioritaire, a conduit à généraliser à toutes les régions les audits cliniques de l'ANAES auprès des établissements de santé. [9].

Enfin, pour mieux connaître la situation épidémiologique, un pôle d'observation spécifique au suicide a été mis en place à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en novembre 2000. [9].

Par rapport à l'analyse de la Fnors citée précédemment, qui porte sur l'évaluation du processus des Prs suicide en France, notre étude porte sur l'impact des projets régionaux de santé depuis 1994 [3]. Nous disposons au moment où cet article est rédigé de séries chronologiques de mortalité qui permettent cette étude.

Méthodes

Type d'étude

Cette étude est une étude d'observation de type quasi-expérimental ici-ailleurs. La solution que nous avons retenue procède par des comparaisons successives (périodes 1988-1995 et 1995-2001, les taux centrés sur 1995 étant en réalité ceux de la période 1994-1996) entre groupes ayant reçu des interventions différentes (Prs suicide ou non). Cette comparaison

permet de mesurer l'évolution des taux de mortalité par suicide dans les régions ayant réalisé un programme et de la comparer à celle observée dans les régions sans programme, où elle serait liée à des déterminants communs à l'ensemble des régions.

Les données régionales ont été distribuées entre deux groupes :

- le groupe des 11 régions métropolitaines ayant mis en place un programme régional de santé spécifique à la prévention du suicide : Bourgogne, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Lorraine, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes ;
- le groupe des onze autres régions.

Données utilisées

Les données sur la mortalité ont été privilégiées en raison de leur disponibilité au niveau régional. On trouva une analyse des limites de leur utilisation dans la tentative de cadrage statistique des suicides et tentatives de suicide réalisée en avril 2001 par la Drees [1] et dans le document de travail portant sur l'évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide produit par les chercheurs du CépiDc [6].

Un recueil des données de mortalité est effectué sur le plan national et régional, pour l'ensemble de la population, par groupe d'âges et par sexe. La base de données nationales des causes de décès est gérée par le Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès (CépicDc - INSERM).

Les taux de mortalité par suicide ont été extraits des statistiques du CépicDc (classification internationale des maladies CIM 10: E950 à 959) et ont été analysés sur la période 1988-2001, sur la France métropolitaine.

L'étude statistique a porté sur la comparaison entre deux périodes, 1988-1995 où les Prs suicides n'existaient pas (ou demeuraient à l'état de projets), et la période 1995-2001 pendant laquelle ces programmes ont pris leur essor. Les taux de mortalité de chaque région ont été standardisés par âge et rapportés à 100 000 personnes (CépiDc). Les taux ont été calculés par bloc d'une durée de trois ans sauf pour la dernière période qui couvre les années 2000 et 2001.

Dans cette première analyse, nous avons mené une observation pour les deux sexes mais nous ne nous sommes pas intéressés aux différences par groupe d'âges en raison des effectifs trop faibles.

Analyse statistique

Les taux de mortalité par suicide moyens relatifs à chacun des deux groupes ont été calculés en faisant la moyenne arithmétique des taux régionaux non pondérée par l'effectif de la population, notre objectif étant d'étudier des programmes et non la contribution des régions à la baisse de mortalité nationale.

En premier lieu, une analyse descriptive de l'évolution des taux moyens des deux groupes de régions a été faite.

Pour objectiver cette observation et comparer les évolutions régionales avant et après les PRS, nous avons calculé pour les hommes et les femmes un indicateur de variation relative de la mortalité (Dtm) égal à la différence des taux d'évolution de la mortalité spécifique par sexe entre les années 1988-90 à 1994-96 et 1994-96 à 2000-2001 (tableau I).

Une analyse de la variance ajustée a été utilisée pour rechercher les diffé-

rences de Dtm entre chaque modalité de la variable Prs (présence/absence). La variable explicative étant l'existence d'un Prs et les covariables d'ajustement étant le sexe et le niveau initial de mortalité dans la région. L'unité statistique était une région donnée pour un sexe donné ($n = 44$). Les données ont été traitées sur le logiciel SAS 8.02 avec la procédure « proc GLM ».

Résultats

Entre 1988 et 1999, 137 194 décès par suicide ont été enregistrés pour l'ensemble des régions de la France métropolitaine (Eco-santé 2002) ; 52 % des décès par suicide se sont produits dans les régions ayant un PRS en 1999.

Les taux standardisés moyens de mortalité par suicide dans les deux groupes de régions sont présentés, en tableau I et figures 1 et 2, pour les périodes 1988-90, 1991-93, 1994-96, 1997-99, et 2000-2001. Les valeurs de ces taux sont plus élevées dans les régions ayant un Prs. Il existe notamment une mortalité significativement plus élevée en 1988-90 dans les régions avec Prs (20,1/100000) par rapport aux autres régions (25,8/100000 ; $p = 0,001$).

La comparaison des baisses de mortalité (Dtm) avant et après 1994-96, montre une diminution plus importante dans le groupe Prs (- 12,7 %) que dans le groupe sans Prs (- 7,6 %), avec un $p = 0,12$, une fois l'ajustement selon le sexe et le niveau initial de mortalité réalisé (tableau II).

Un examen des courbes de mortalité par région (figures 3 à 6) montre la diversité des situations.

Tableau I : Taux de mortalité standardisé pour 100 000 habitants, moyennes annuelles

Hommes						
	1988-90 a	1991-93 b	1994-96 c	1997-99 d	2000-2001 e	Dtm = (((c/a)-1)- ((e/c)-1)) × 100
Régions sans PRS						
Ile-de-France	19,7	19,7	18,2	14,4	14,3	- 13,92
Picardie	43,8	46,6	43,1	37	36,9	- 12,70
Nord-Pas-de-Calais	42,3	43	42,1	35,8	38,1	- 8,95
Alsace	29	27	25,1	21,7	18,8	- 11,66
Aquitaine	29,5	31,3	33,1	27,9	29,1	- 24,25
Midi-Pyrénées	21,3	22,8	22,9	20,5	20,9	- 16,43
Limousin	38,6	37,9	38,7	33,4	35,9	- 7,47
Auvergne	36,8	36,2	35,9	32,8	33,0	- 5,66
Languedoc-Roussillon	31	31	30,2	28,9	28,1	- 4,33
Prov.-Alpes-Côte d'Azur	28,6	29,7	28,1	24,2	24,0	- 12,98
Corse	18	23	21,2	26,1	27,5	11,90
Régions avec PRS						
Basse-Normandie	49,8	48,6	42,1	39,7	38,5	6,98
Lorraine	30,3	32,9	31,9	30,4	24,3	- 28,96
Franche-Comté	30,4	35,4	36,1	29,2	32,7	- 28,08
Pays-de-Loire	41,1	38,9	39,1	36,4	35,6	- 4,13
Bretagne	52,3	51,5	50,4	46,4	43,1	- 10,81
Poitou-Charentes	40,6	40	40,1	36,1	35,0	- 11,55
Rhône-Alpes	29,1	29,8	28,6	26	24,0	- 14,29
Bourgogne	39,2	37,3	39,3	32,9	34,9	- 11,52
Centre	40,9	40,7	42,2	35,6	36,1	- 17,59
Champagne-Ardenne	38,1	38,2	39,7	33,8	31,4	- 25,16
Haute-Normandie	47,6	47,4	43,3	35,7	36,9	- 5,77
Femmes						
	1988-90 a	1991-93 b	1994-96 c	1997-99 d	2000-2001 e	Dtm = (((c/a)-1)- ((e/c)-1)) × 100
Régions sans PRS						
Ile-de-France	7,9	7,4	6,5	5,5	5,3	- 1,26
Picardie	13,9	13,9	12,5	11	9,9	- 10,34
Nord-Pas-de-Calais	12,8	12,4	11,1	10,7	10,1	4,32
Alsace	10,7	9,9	7,5	6,2	6,4	15,77
Aquitaine	10	10,1	10	8,3	7,8	- 21,58
Midi-Pyrénées	8,1	8	7,5	7,3	6,8	- 1,89
Limousin	10,9	11,3	12,7	10,7	10,7	- 32,40
Auvergne	11,9	11,5	10,6	8,7	9,9	4,12
Languedoc-Roussillon	9,5	9,9	9,2	9,1	8,8	- 1,72
Prov.-Alpes-Côte d'Azur	10,5	10	10	9,1	8,7	- 7,83
Corse	6,5	7,1	6,2	10,1	5,5	- 7,15
Régions avec PRS						
Basse-Normandie	15,2	14,1	13,2	12,5	9,4	- 15,61
Lorraine	9,8	10,5	10,3	8,4	7,6	- 30,90
Franche-Comté	12,7	10,7	12,3	10,3	11,1	- 6,36
Pays-de-Loire	13,8	13,7	12,7	10,9	11,0	- 5,46
Bretagne	16,8	16,1	16,3	15,4	14,4	- 8,76
Poitou-Charentes	11,8	12,6	10,9	11,3	10,8	6,90
Rhône-Alpes	10,5	10	10	9,1	8,1	- 14,11
Bourgogne	11,6	12	11,9	10,5	9,6	- 21,91
Centre	12,6	12,3	12,1	10,3	10,2	- 11,45
Champagne-Ardenne	13,9	12,3	12,3	9,4	9,9	- 7,67
Haute-Normandie	15,6	14,1	14,1	10	10,9	- 13,27

Source : CepiDc, Inserm.

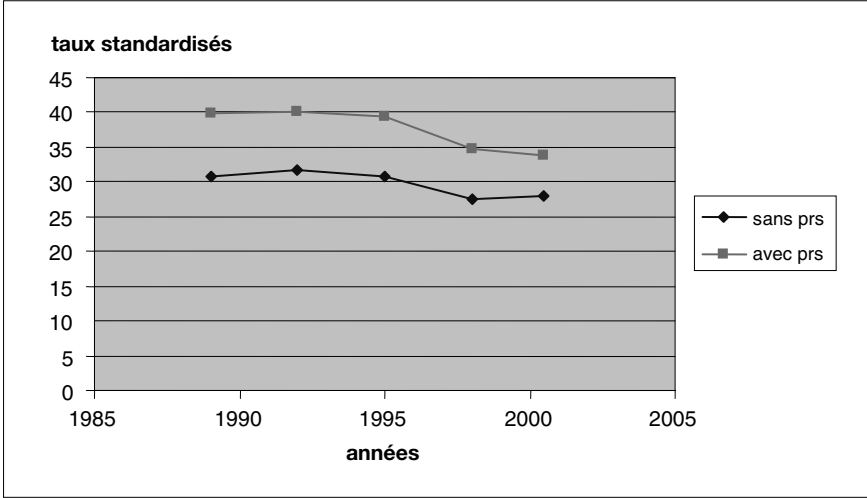


Figure 1 : Évolution de la moyenne des taux de mortalité par suicide par groupes de régions chez les hommes

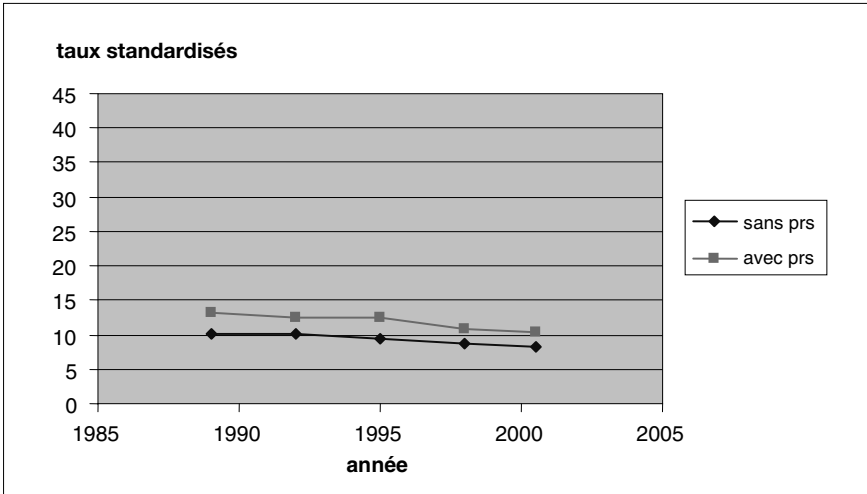


Figure 2 : Évolution de la moyenne des taux de mortalité par suicide par groupes de régions chez les femmes

Discussion

Les programmes régionaux de santé sont, en France, une innovation en matière de prévention de la mortalité prématurée évitable. Dans un pays

qui se caractérise par la faiblesse structurelle de son système de santé publique, doublé d'une forte surmortalité pour les pathologies évitables, l'étude d'impact des Prs présente

Tableau II : Comparaison du Dtm entre région avec et sans Prs (analyse de la variance).

	Régions avec Prs	Régions sans Prs	Valeur de p
Niveau de mortalité en 1988-90	25,8 pour 100 000	20,1 pour 100 000	p = 0,0012*
Baisse de mortalité (Dtm)	- 12,7	- 7,5 %	p = 0,1246**

* ajusté sur le sexe, ** ajusté sur le sexe et le niveau de mortalité en 1988-90.

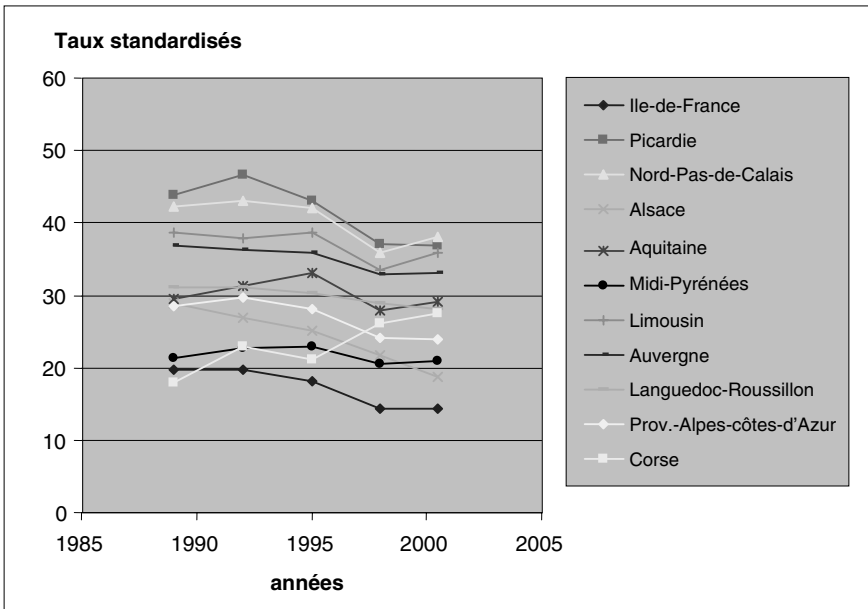


Figure 3 : Évolution des taux de mortalité par suicide chez les hommes dans les régions sans prs

beaucoup d'intérêt, y compris en termes de choix d'une stratégie de prévention du suicide. Depuis 1994, le choix des priorités régionales s'est effectué, de manière décentralisée, dans des Conférences régionales de santé et des programmes régionaux relayés au niveau national, produisant un effet de potentialisation des ressources du centre et de la périphérie.

Reprenons les principaux résultats de cette étude :

- il y a un lien statistique très significatif entre le niveau initial de la mortalité et l'existence d'un Prs dans les régions suggérant que le niveau initial de mortalité a un effet sur le choix du suicide comme priorité régionale ;
- en première analyse, on note une tendance à une relation positive entre l'existence d'un Prs et l'évolution de la mortalité par suicide.

Nous ferons donc pour le cas français les mêmes observations que

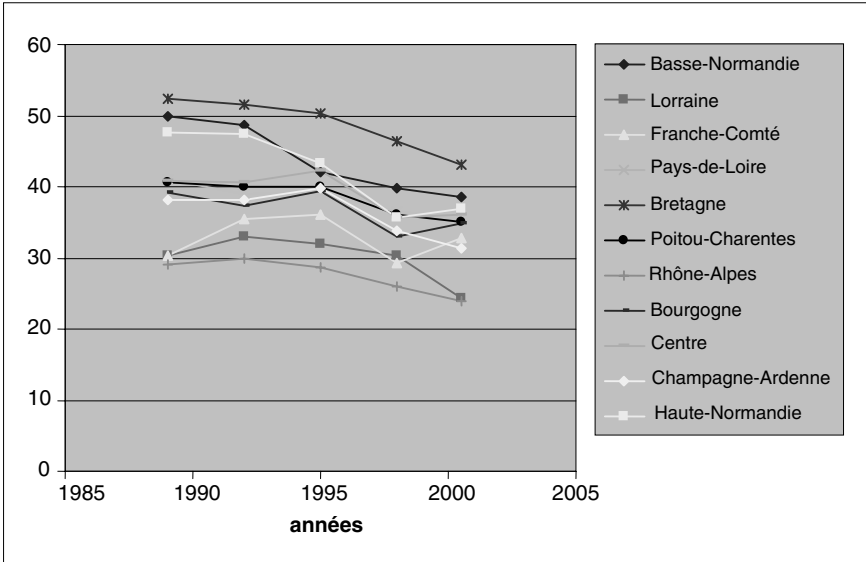


Figure 4 : Évolution des taux de mortalité par suicide chez les hommes dans les régions avec prs

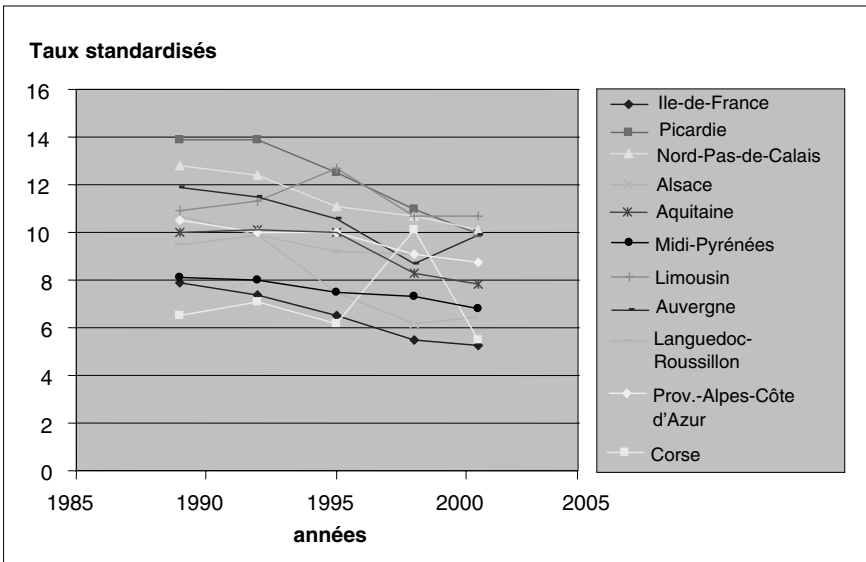


Figure 5 : Évolution des taux de mortalité par suicide chez les femmes dans les régions sans prs

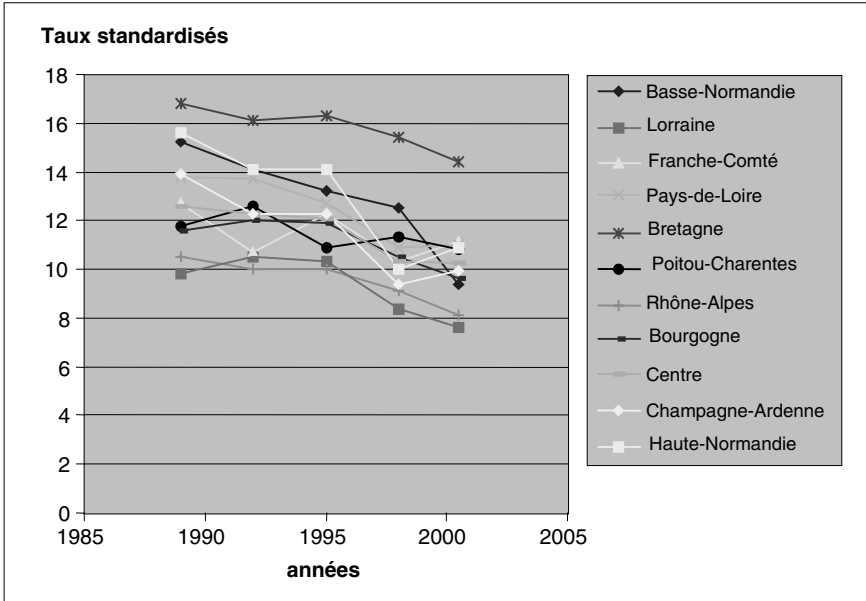


Figure 6 : Évolution des taux de mortalité par suicide chez les femmes dans les régions avec *prs*

celles relevées dans nombre de travaux publiés dans les revues internationales : on ne peut démontrer de manière indiscutable que les programmes nationaux de prévention ont un effet sur la mortalité par suicide. Après l'introduction de politiques, programmes ou législation relatifs à des problèmes de santé mentale, les taux de suicide ont même augmenté dans certains pays [5]. Cela est le cas pour les tranches d'âges 15-25 ans en Australie, Finlande, Norvège, Suède [7]. Ces résultats ne sont toutefois pas constatés dans des études plus fines, ciblées sur une population ou une forme d'action, où certaines stratégies de prévention s'avèrent efficaces notamment auprès des adolescents et des jeunes, dans un contexte précis [15], comme la réduction de la disponibilité de certains médicaments utilisés pour le suicide, qui peut sous

certaines conditions, réduire le nombre de morts [12].

Enfin, une attention particulière doit être portée à l'évaluation de l'impact du programme dans la durée car de nombreux auteurs évoquent des résultats positifs dans le court terme suivis d'une baisse due à ce que de Léo [2] nomme une « fatigue » des professionnels engagés dans la prévention quand un certain délai s'est écoulé, phénomène qui semble se dessiner à l'observation des figures 1 et 2 sur la période 2000-2001.

Conclusion

Les résultats obtenus sont encourageants. La différence observée, bien que majeure en termes d'évolution (5 points supplémentaires de baisse sur la période), n'est pas statistique-

ment significative. Ce manque de significativité peut être attribué à un manque de puissance de l'analyse statistique.

Il convient de continuer à suivre l'évolution des taux de mortalité par suicide dans les différentes régions et comparer les résultats en fonction de l'existence d'un programme régional de santé. Mais une évaluation d'impact de programmes ne dispense pas de poursuivre le travail amorcé par la Fnors en 2000, car les évaluations de processus doivent permettre de mieux identifier les combinaisons de modes d'intervention à réaliser : initiatives du niveau local, référentiels proposés au plan national, mobilisation interinstitutionnelle, etc.

Mieux encore, le suivi des taux régionaux devrait pouvoir être mis en relation avec la production globale d'interventions entreprises dans chaque région. Une limite importante de la présente étude vient en effet du fait qu'il n'existait aucun indicateur de l'effort de prévention réalisé dans chaque région, notre seul indicateur étant l'existence ou non d'un programme officiel. Or, les régions sans Prs réalisent aussi des programmes de prévention du suicide et l'intensité de cet investissement n'est pas intégrée dans notre effort d'évaluation qui procède, par la force des choses en « tout ou rien » et cela demeure un manque dans la batterie d'indicateurs proposée pour le suivi de la loi de santé publique [10].

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier Séverine Deguen, Agnès Batt, Eric Jouglu et François Alla pour leur aide et leurs conseils.

BIBLIOGRAPHIE

1. Badeyan G, Pareyre C. Suicides et tentatives de suicide en France, une tentative de cadrage statistique. Drees Études et résultats 2001 ; 109.
2. Batt-Moillo A, Jourdain A. *Le suicide et sa prévention*. Rennes : Éditions de l'ENSP, 2005.
3. Bellanger M, Jourdain A. Tackling Regional Health Inequalities in France by Resource Allocation, A Case for Complementary Instrumental and Process-Based Approaches? *Appl Health Econ Health Policy* 2004 ; 3 (4), 243-50.
4. Bouyer J, Hémon D, Cordier S, Deriennic F, Stucker I, Stengel B, Clavel J. *Épidémiologie. Principes et méthodes quantitatives*. Paris : Inserm, 1995.
5. Burgess P, Pirkis J, Jolley D, Whiteford H, Saxena S. Do nations' mental health policies, programs and legislation influence their suicide rates ? An ecological study of 100 countries. *Aust N Z J Psychiatry* 2004 ; 38 : 933-9.
6. Chappert J, Pequignot F, Pavillon G, Jouglu E. Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : Biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention. Drees Études et Résultats 2003 ; 30.
7. De Leo D. Bilan des politiques de prévention « pourquoi si peu d'avancées » ? In : Batt-Moillo A, Jourdain A (Eds.). *Le suicide et sa prévention*. Rennes : Éditions de l'ENSP, 2005 : 237-58.
8. Debout M. *Le suicide. Rapport du Conseil économique et social*. Paris : La documentation française, 1993.
9. DGS. Circulaire n° 2001 318 relative à la stratégie nationale d'action face au suicide 2000-2005 : actions prioritaires pour 2001.
10. Drees. Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement Ministère de la santé et des solidarités, 2005.
11. Fnors. Évaluation de 8 actions de prévention du suicide. Les études des ORS, 2000.

12. Hawton K, Simkins S, Deeks J. Co-proxamol and suicide: a study of national mortality statistics and local non-fatal self poisonings. *BMJ* 2003 ; 326 :1006-8.
13. HCSP. La santé en France. 2004. Paris : La documentation française.
14. Jenicek M, Cléroux R. *Épidémiologie. Principes, techniques, applications*. Paris : Maloine, 1993.
15. Lesage A. Stratégies de prévention du suicide et données récentes sur le traitement de la dépression: quels obstacles? *Rev Épidemiol Santé Publique* 2002 ; (50), 63-6.