



62 boulevard Garibaldi 75015 PARIS
Tél 01 56 58 52 40 - fax 01 56 58 52 41
Mail info@fnors.org

ORS de Bourgogne, Bretagne,
Champagne-Ardenne, Franche-Comté,
Basse-Normandie, Pays de la Loire,
Poitou-Charentes, Rhône-Alpes

Evaluation de 8 actions de prévention du suicide

Collection «Les études du réseau des ORS»



Août 2000

Ce document présente le bilan des travaux concernant huit démarches d'évaluation d'actions, menées dans le cadre de programmes régionaux de santé sur la prévention du suicide .
Les régions concernées sont celles de Bourgogne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Basse-Normandie, Pays de la Loire, Poitou-Charentes et Rhône-Alpes.

Le document se décompose en quatre parties :

1 - Contexte général	p 3
• Programmes national et régionaux de prévention du suicide	
• Demande de la Direction générale de la santé à la Fnors	
• Démarche menée par les ORS et la Fnors	
• Approches différentes en termes d'évaluation	
2 - Evaluation de guides et répertoires	p 7
• Contextes régionaux	
• Démarches d'évaluation	
• Conclusions et perspectives	
3 - Evaluation d'actions de formation et d'information	p 25
• Contextes régionaux	
• Démarches d'évaluation	
• Conclusions et perspectives	
4 - Evaluation d'actions favorisant le travail interdisciplinaire	p 39
• Contextes régionaux	
• Démarches d'évaluation	
• Conclusions et perspectives	
Conclusion	p 53

Ce rapport a été rédigé par :

ORS Bourgogne : Bernadette Lémery
ORS Bretagne : Alain Tréhony
ORS Champagne-Ard. : Antoinette Castel-Tallet
ORS Franche-Comté : Agnès Hochart

ORS Basse-Normandie : Dr Albert Collignon
ORS Pays de la Loire : Dr Anne Tallec
ORS Poitou-Charentes : Dr Francis Chabaud
ORS Rhône-Alpes : Dr Denis Fontaine
FNORS : Danièle Fontaine

1

Contexte général

Programme national et programmes régionaux

La prévention du suicide a été reconnue comme une des 10 priorités de santé publique lors des deux premières conférences nationales de santé de 1996 et 1997, et le secrétaire d'Etat à la santé, M. Bernard Kouchner, a souhaité renforcer l'efficacité des actions menées en mettant en place un programme national de prévention du suicide, axé sur les adolescents et les jeunes adultes, pour trois ans de 1998 à 2000.

L'objectif général de ce programme est de «passer en dessous de la barre symbolique de 10 000 morts dues au suicide, par an, en France».

Le programme est conduit par la Direction générale de la santé (DGS), avec le soutien de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), et il fédère un grand nombre de partenaires.

En parallèle, il faut souligner la place des programmes régionaux de prévention du suicide mis en place dans une dizaine de régions, suite aux conférences régionales de santé qui ont déterminé ce thème comme l'une des priorités de santé régionales.

Le programme national comprend plusieurs axes : élaboration d'un modèle de processus suicidaire, évaluation des actions mises en place, communication sur ce programme, conception de nouvelles actions.

Demande de la DGS à la Fnors

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), partenaire du programme national, a accepté de financer l'évaluation d'une dizaine d'actions régionales, menées dans le cadre des programmes régionaux de santé (PRS) portant sur la prévention du suicide.

La DGS et la Cnamts ont souhaité que ces évaluations, portant sur des actions dans différentes régions, soient confiées aux observatoires régionaux de la santé (ORS) ou à d'autres organismes. Ces actions ont été choisies par la DGS, en collaboration avec les coordinateurs des PRS suicide dans les régions.

Certains ORS ont été sollicités (soit par les Drass, soit par les Cram, soit par les Urcam) courant 1999 pour mettre en place l'évaluation d'une action.

En juin 1999, la DGS a demandé à la Fnors de lui proposer un projet d'harmonisation et de synthèse de ces évaluations menées dans les régions.

La proposition de la Fnors reposait sur la mise en commun entre les ORS concernés de leur savoir-faire en matière d'évaluation, d'une recherche d'harmonisation des protocoles et d'une synthèse mettant en évidence les acquis, les difficultés rencontrées et les perspectives.

En septembre 1999, la DGS a accepté la proposition de la Fnors et une convention a été passée entre les deux organismes.

Démarche menée par les ORS et la Fnors

La demande de la DGS portait sur dix régions dans lesquelles une action avait été choisie pour être évaluée. Mais après un examen des situations locales, il est apparu que seules huit régions étaient en mesure de proposer une action assez engagée pour être évaluée.

Il s'agit des régions de Bourgogne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Basse-Normandie, Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes.

Les ORS ont réalié l'évaluation eux-mêmes dans six de ces régions, sauf en Rhône-Alpes (où l'ORS a apporté un soutien méthodologique à l'évaluateur) et en Basse-Normandie.

La démarche menée par les ORS et la Fnors s'est déroulée en quatre étapes :

- examen des actions soumises à évaluation, état d'avancement, définition des types d'actions ;
- élaboration d'une base commune pour un protocole d'évaluation ;
- utilisation de cette base commune dans les régions ;
- synthèse des résultats obtenus.

Diversité des situations régionales

Dès la première concertation entre les ORS sur l'état d'avancement des actions choisies, il est apparu une grande hétérogénéité de situations :

- certaines actions étaient en cours depuis plusieurs mois ou plusieurs semaines, et un protocole avait déjà été élaboré pour l'évaluation, qui elle-même était en cours, voire terminée : Poitou-Charentes, Basse-Normandie, Rhône-Alpes ;
- une autre, à l'opposé, n'était pas du tout commencée : Champagne-Ardenne ;
- dans les autres régions, les actions étaient plus ou moins avancées, avec des protocoles d'évaluation parfois déjà définis ou en cours d'élaboration.

Devant une telle diversité, il a été difficile d'harmoniser complètement les démarches d'évaluation. Néanmoins, un cahier des charges commun a été établi pour rechercher la plus grande cohérence entre les approches régionales.

Trois types d'actions

Les huit actions choisies ont été regroupées en trois groupes qui font l'objet de la présentation de la synthèse :

- élaboration d'un répertoire (ou annuaire, ou guide selon les appellations) : Champagne-Ardenne, Bretagne, Pays de la Loire ;
- actions de formation ou d'information de professionnels et/ou de publics concernés : Bourgogne, Basse-Normandie, Poitou-Charentes ;
- deux actions différentes, favorisant le travail interdisciplinaire : mise en réseau de professionnels (Franche-Comté) et interventions de psychologues dans des missions locales (Rhône-Alpes).

Objectifs des évaluations réalisées

D'une façon générale et schématique, l'évaluation d'un programme ou d'une action en santé publique peut porter sur :

- les besoins, avec une évaluation a priori, qui permet d'orienter le choix des objectifs d'un programme ou d'une action ;
- la pertinence des objectifs par rapport à l'état initial avant action,
- la cohérence entre objectifs, moyens, ressources et intervenants,
- la mobilisation des ressources et la mise en œuvre des activités (processus),
- les résultats spécifiques et sur la santé des publics-cibles (efficacité et efficience),
- les effets sur l'environnement (impact : participation, satisfaction, acceptabilité, effets induits, changement des pratiques, amélioration des connaissances etc...).

Dans le cas présent, les **évaluations d'impact** ont été privilégiées, et cela pour plusieurs raisons :

- un calendrier décalé dans le temps par rapport aux actions et très court : cette situation ne permettait qu'une évaluation ponctuelle et souvent a posteriori, et rendait donc impossible toute évaluation de pertinence, de processus ou de résultat, qui aurait dû être entreprise dès la conception de l'action.
- des outils d'évaluation non disponibles : l'évaluation de résultat passe par des mesures épidémiologiques concernant les tentatives de suicide, qui ne font actuellement l'objet d'aucun recueil organisé.
Par ailleurs, la mesure des suicides est trop peu sensible compte tenu de la relative rareté du phénomène. En ce qui concerne l'évaluation de processus, des outils existent mais sont mal diffusés. Les outils actuellement les plus disponibles et utilisables concernent donc l'évaluation d'impact, bien qu'il n'existe actuellement que peu de référentiels validés.
- des moyens limités dès le départ : il n'était donc pas envisageable de définir des objectifs ambitieux ou coûteux ; l'évaluation d'impact restait l'objectif le plus accessible de ce point de vue.

Trois exceptions à cette approche en termes d'évaluation d'impact, justifiées par le contexte régional :

- la Franche-Comté, où le réseau n'est pas encore effectif : le principe d'une **évaluation de la mise en œuvre** a été retenu ;
- la Champagne-Ardenne, où le guide n'étant pas encore réalisé lors du démarrage de l'évaluation : le principe d'une évaluation préalable de **pertinence** puis d'une évaluation **d'impact** ultérieure a été retenu ;
- Rhône-Alpes, où l'évaluation a concerné le **processus** d'implantation des psychologues dans les missions locales et leur **impact**.

Evaluation de guides et répertoires

1 - Contextes régionaux

1.1 - Des stades d'avancement et des modes d'élaboration très divers dans les 3 régions

Lorsque la décision est prise, au début de l'année 1999, d'évaluer les guides ou répertoires des professionnels-ressources élaborés en Bretagne, Champagne-Ardenne et Pays de la Loire dans le cadre des programmes régionaux de santé (PRS) de prévention des suicides, les projets concernés se trouvent à des états d'avancement très différents. Alors qu'en Champagne-Ardenne le guide est encore à l'état de projet, il vient d'être achevé en Pays de la Loire et est déjà diffusé depuis plusieurs mois en Bretagne.

Outre ces différences de calendrier, la réalisation de ces outils s'inscrit dans des contextes très différents.

En Bretagne / Ile-et-Vilaine

Le projet de guide naît en 1995, à l'initiative d'un groupe interprofessionnel d'une quinzaine de personnes, dont six constituent un noyau dur, coordonné par la DDASS d'Ile-et-Vilaine. Le travail de conception et de réalisation se déroule jusqu'à la fin de l'année 1997, et la diffusion intervient à la fin de l'année 1998. Plusieurs partenaires apportent leur soutien technique et/ou financier à la réalisation, la publication et la diffusion de cet outil : DDASS, caisses départementale et régionale d'assurance-maladie, union mutualiste.

Le PSAS, programme stratégique d'action de santé de prévention du suicide, devenu ensuite PRS, programme régional de santé, est arrêté en mai 1996 et comporte entre autres objectifs celui de «définir les places, rôles et le fonctionnement des différents acteurs et renforcer leur lien».

Le groupe PRS reprend donc à son compte le concept de guide tel qu'il est en cours d'élaboration en Ille-et-Vilaine, avec le projet de l'étendre aux 3 autres départements de la région.

Fin 1999, le bilan du PRS réaffirme l'objectif de mise en réseau des professionnels, mais les autres guides départementaux n'ont toujours pas été réalisés, les mises en réseau ayant pris d'autres formes.

En Pays de la Loire

Le projet de répertoire est initialisé dans le cadre du PRS «suicides et tentatives de suicide», arrêté en 1998. Sa réalisation est confiée à l'ORS, ce travail étant budgété sur l'enveloppe de fonctionnement attribuée par l'Etat à cette association.

La conception du répertoire commence en juin 1998, par un travail concerté entre le groupe de pilotage du PRS et l'ORS. Sa réalisation proprement dite s'étend sur environ 6 mois, jusqu'en février 1999. Pour des raisons de budget, la reprographie attend le mois de septembre, et la diffusion a lieu en octobre 1999.

L'évaluation, engagée à ce moment, est également confiée à l'ORS.

En Champagne-Ardenne

Comme dans les Pays de la Loire, le projet de guide constitue l'un des objectifs du PRS. Toutefois, ce programme n'est arrêté officiellement qu'en juillet 99, et la décision d'évaluer le répertoire intervient donc avant même la décision officielle de l'entreprendre.

L'ORS est responsable à la fois de l'élaboration de cet outil et de son évaluation. Un groupe de travail spécifique est constitué, piloté par l'ORS, et composé de 8 personnes (psychiatres, médecins de santé scolaire et universitaire, représentants de la DRASS, de l'URCAM et de l'association SOS Amitié)

Un projet de guide à vocation régionale, mais également départementale, voire locale, est élaboré par ce groupe, avec les objectifs suivants :

- mettre à disposition des professionnels un outil leur permettant de mieux orienter les personnes qui présentent une menace ou une idée suicidaire,
- recenser les structures existant dans la région et mieux les faire connaître.

Les membres du groupe souhaitent toutefois qu'une enquête de besoins soit réalisée avant l'élaboration de ce guide, certains d'entre eux n'étant pas sûrs de l'utilité d'un tel document, notamment en raison de l'existence de multiples autres outils de même nature dans la région (annuaire du PRAPS, annuaire destiné aux professionnels en alcoologie, annuaire de l'école du souffle...).

Le calendrier prévisionnel est le suivant : élaboration du guide de février à juin 2000, diffusion au 3^e trimestre, puis évaluation finale en fin d'année 2000.

1.2 - Les outils réalisés en Bretagne et en Pays de la Loire diffèrent dans leur contenu et dans leur présentation...

Le contenu et la présentation des deux répertoires finalisés à ce jour, en Bretagne et en Pays de la Loire, sont importants à analyser,

- d'une part parce qu'il s'agit là d'aspects essentiels et concrets vis à vis desquels tout concepteur se trouve dans l'obligation de faire des choix,
- d'autre part parce que qu'un certain nombre de suggestions sont faites à ce propos par les répondants à l'enquête de besoins menée en Champagne-Ardenne, ainsi que dans l'enquête d'évaluation réalisée en Pays de la Loire (voir page 19).

Différentes caractéristiques peuvent être distinguées :

• le territoire géographique

Le guide breton apporte des éléments d'information concernant un seul département, l'Ille-et-Vilaine, alors que le répertoire des Pays de la Loire concerne l'ensemble de cette région.

• le titre

L'ouvrage réalisé en Bretagne a pour titre «Souffrance psychique et phénomène suicidaire : un guide pour les professionnels en Ille-et-Vilaine» alors que le répertoire ligérien s'intitule «Suicides et tentatives de suicide : répertoire des personnes et structures ressources - Pays de la Loire».

A travers son titre, et par rapport au document élaboré en Ille-et-Vilaine, le répertoire ligérien apparaît plus restrictif à la fois :

- par son objectif, si l'on considère le sens respectif des termes guide et répertoire,
- et par le champ concerné, puisqu'il mentionne les notions de suicides et de tentatives de suicide, sans évoquer celle de souffrance psychique.

• le choix des structures présentées

La sélection des structures à présenter dans un guide constitue un exercice difficile, notamment pour le thème de la souffrance psychique et des phénomènes suicidaires. Les choix réalisés en Bretagne et en Pays de la Loire semblent à ce titre relativement proches.

Certaines différences peuvent être toutefois soulignées, comme par exemple une présentation plus ciblée vers les acteurs sociaux en matière d'accueil et d'écoute en Bretagne, vers les secteurs psychiatriques et les consultations adolescents en Pays de la Loire.

Mais au delà de ces aspects, il semble que dans les deux cas, les concepteurs aient eu le souci d'éviter une présentation systématique des acteurs du champ sanitaire et social, qui tous sont susceptibles de contribuer à la prévention et à la prise en charge de la souffrance psychique et du phénomène suicidaire, pour privilégier les professionnels ou structures plus directement concernés et/ou ayant mené une réflexion sur ces questions.

• la nature de l'information apportée

Le guide breton, cohérent avec sa dénomination, cherche très nettement à éclairer ses utilisateurs sur les fonctions et le rôle possible des acteurs et des institutions présentés, en matière de prévention et de prise en charge de la souffrance psychique et du phénomène suicidaire. Une fiche est ainsi consacrée au rôle du médecin généraliste, du psychologue clinicien, du service social du conseil général, de la médecine du travail ... informations qui sont encore mal partagées, y compris au sein même du secteur sanitaire et social. Autre caractéristique du guide breton, sa longue introduction, qui porte sur les moyens d'identifier un état dépressif, tant chez l'adulte que chez l'enfant et l'adolescent.

A contrario, le répertoire ligérien reste principalement dans une fonction de sources de coordonnées, avec une présentation succincte du rôle des structures.

• la présentation

Si les 2 outils ont adopté un format proche, 15/21, leur présentation est très différente.

Le guide breton se présente sous forme d'un classeur regroupant une quarantaine de fiches, une par structure, et utilise des couleurs variées pour faciliter le repérage des différents chapitres. Le répertoire ligérien est un ouvrage broché de 56 pages, une même page permettant la présentation de plusieurs structures, avec une impression en 2 couleurs.

Ces choix se traduisent par un coût unitaire de fabrication et de diffusion de chaque outil très différent dans les 2 régions (20 F en Bretagne pour un guide départemental contre environ 10 F en Pays de la Loire pour un répertoire régional).

• l'actualisation

L'actualisation du guide/répertoire, qui constitue un élément essentiel du maintien de son utilité n'a pour l'instant été entreprise ni en Bretagne ni en Pays de la Loire, mais il est vrai que ces deux outils sont encore de parution récente.

... mais aussi dans leurs modalités de diffusion

Les régions Bretagne et Pays de la Loire ont opté pour des modalités de diffusion de leur guide/répertoire tout à fait différentes, qui peuvent peut-être expliquer, au moins en partie, certains résultats des enquêtes d'évaluation.

En Bretagne / Ile-et-Vilaine

Le guide a été tiré à 2 000 exemplaires et diffusé à la fin de l'année 1998 :

- d'une part par voie postale à l'ensemble des médecins généralistes d'Ile-et-Vilaine
- d'autre part auprès de professionnels des différents réseaux associatifs, sociaux et sanitaires du département.

Pour ce second groupe, la diffusion a été assurée selon des modalités très variées :

- soit directement auprès des personnes de terrain, soit par l'intermédiaire de personnes ou d'institutions-relais,
- par envoi postal individuel ou groupé, ou par distribution directe
- de façon systématique ou sur demande

Lors de la mise en place de l'évaluation, qui a débuté un an après la diffusion, il a été difficile de retrouver les conditions de cette diffusion, et notamment aucune liste précise et exhaustive des destinataires finaux du guide n'a pu être établie.

Dans les Pays de la Loire

Le répertoire a également été reproduit à 2 000 exemplaires. Cela correspond toutefois à une diffusion proportionnellement beaucoup moins importante qu'en Bretagne, si l'on considère qu'il est destiné à une région plus de 3 millions d'habitants, alors que l'Ille-et-Vilaine en compte 870 000.

La démarche d'évaluation ayant été élaborée au même moment que le plan de diffusion, celui-ci a été établi avec un double objectif de mise à disposition du répertoire et d'évaluation de son intérêt pour certains professionnels.

Ce plan de diffusion comporte 3 grands groupes de destinataires :

- les professionnels et institutions qui y sont cités (157),
- les partenaires institutionnels régionaux (247) : services de l'Etat, collectivités locales, caisses d'assurances maladie et mutuelles, établissements de formation, organismes professionnels...
- des professionnels de 1^{re} ligne (708), c'est à dire en contact direct avec des personnes susceptibles de présenter un risque suicidaire, et pouvant donc avoir besoin d'orienter ces personnes vers d'autres professionnels mieux placés, plus qualifiés, en matière de prévention ou de prise en charge :
 - . ensemble des proviseurs de lycées publics et privés (272),
 - . ensemble des responsables des missions locales et des permanences d'accueil d'information et d'orientation (PAIO), de la région (37 institutions),
 - . ensemble des responsables des établissements d'hébergement pour mineurs du Ministère de la justice (89),
 - ensemble des responsables des UCSA, unités de consultations et de soins ambulatoires en milieu carcéral, et des CPAL, comités de probation aux libérés (14),
 - échantillon de 296 médecins généralistes tirés au sort dans 4 des 5 départements de la région (hors Maine-et-Loire, en raison de la diffusion d'un autre répertoire dans ce département).

La diffusion a été réalisée par voie postale dans la deuxième quinzaine du mois d'octobre 1999, sous enveloppe à en-tête du Conseil Régional des Pays de la Loire, hormis pour les proviseurs de lycées présents aux réunions de rentrée organisées par le Conseil Régional, auxquels le répertoire a été remis.

1.3 - Un projet de répertoire qui se concrétise en Champagne-Ardenne

Initialement, les orientations concernant le contenu et la présentation du guide retenues par le groupe de pilotage chargé du projet en Champagne-Ardenne étaient les suivantes :

- outil à vocation régionale comportant les adresses des organismes ou professionnels de chaque département, avec un bref rappel de leurs mission,
- outil simple à utiliser et à mettre à jour, et ne concernant donc pas un champ trop vaste,
- adresses regroupées en deux grands chapitres, l'un sur la prévention, l'autre sur la prise charge,
- présentation selon un format à l'italienne, avec sur les pages de gauche le rappel des missions des structures et les adresses régionales et à droite les adresses des quatre départements.

Les résultats de l'enquête de besoins devaient permettre à la fois de confirmer l'intérêt du guide mais aussi d'ajuster ses caractéristiques aux attentes exprimées par les professionnels de la région.

2 - Démarches d'évaluation

Dans les 3 régions, les ORS ont mis en place des démarches d'évaluation avec pour objectifs

- d'une part de mesurer l'intérêt de ce type d'outil pour différents groupes de professionnels,
- d'autre part de définir le contenu et la forme les mieux adaptés à leurs besoins

2.1 - Outils et méthodes

La diversité des contextes régionaux, notamment en matière de stade d'avancement et de modalités d'élaboration et de diffusion des guides ou répertoires, a conduit les ORS, avec la même finalité d'évaluation, à mettre en œuvre des stratégies différentes.

Ainsi, en Champagne-Ardenne, l'ORS a mis en place une étude de besoin auprès d'un certain nombre d'acteurs régionaux, professionnels de 1ère ligne ou responsables institutionnels. Dans les 2 autres régions, c'est un étude d'impact qui a été mise en œuvre, pour évaluer la pertinence de l'outil.

En Bretagne / Ile-et-Vilaine

L'évaluation repose sur une enquête par questionnaire, auprès d'un échantillon de 200 destinataires du guide. Le questionnaire compte 18 questions, fermées pour la plupart, visant à :

- préciser la nature de l'activité, le contexte d'exercice, rural ou urbain, et l'ancienneté dans ses fonctions du répondant,
- savoir avec quelle fréquence il estime être confronté dans son activité professionnelle à la souffrance psychique et au phénomène suicidaire,
- connaître ses habitudes de travail en réseau face à ces problèmes,
- savoir s'il a reçu, conservé ou transmis le guide à un autre professionnel ou service,
- savoir s'il a déjà utilisé le guide, et si oui dans quel objectif, et avec quel degré de satisfaction,
- connaître l'avis du destinataire sur le contenu du guide.

Un premier questionnaire a été diffusé par voie postale mi-décembre 1999, soit environ un an après la diffusion du répertoire. En ont été destinataires :

- un échantillon de 100 médecins généralistes d'Ile-et-Vilaine tirés au sort,
- 100 professionnels choisis dans la liste des autres destinataires du répertoire, 80 professionnels de 1ère ligne et 20 professionnels «têtes de réseau». Plusieurs questionnaires ont été adressés à ces derniers afin qu'ils puissent en faire parvenir un exemplaire aux personnes auxquelles ils avaient préalablement diffusé le guide.

Au total, 150 questionnaires ont été envoyés;

En Pays de la Loire

L'évaluation comporte 2 axes

- d'une part sur l'analyse de la demande spontanée de répertoire, dans la mesure où elle témoigne d'un intérêt pour l'outil. Cette analyse repose sur un recueil précis et exhaustif des demandes, mis en place dès le début de la diffusion.
- d'autre part une enquête par questionnaire auprès des 700 professionnels de première ligne destinataires du répertoire ligérien.

Cette enquête a pour objectif de connaître leur avis et leur intérêt pour le répertoire dans une perspective locale :

- d'amélioration de l'outil, dans son contenu comme dans sa présentation,
 - d'un élargissement éventuel de sa diffusion à l'ensemble des médecins généralistes,
- et dans une perspective nationale de contribution à la réflexion sur la pertinence de ce type d'outil, sur son contenu et sur les professionnels auxquels il est utile de le diffuser.

Le questionnaire d'enquête est moins long que celui élaboré en Bretagne et explore des champs différents. Il compte une douzaine de questions, fermées pour la plupart, visant à :

- savoir si le répertoire a été reçu, jugé utile, conservé, déjà utilisé ;
- connaître l'avis du destinataire sur le contenu et la présentation du répertoire ;
- savoir si le destinataire souhaite recevoir la prochaine édition, accéder au répertoire et à ses mises à jour sur Internet, recevoir ou accéder à des outils de ce type concernant d'autres thèmes ;
- savoir avec quelle fréquence le destinataire estime être confronté dans son activité professionnelle aux problèmes de suicides, de tentatives de suicide, d'idées suicidaires.

Une harmonisation des questionnaires a été recherchée entre la Bretagne et les Pays de la Loire, afin de permettre des comparaisons sur certains points.

L'enquête a été effectuée par voie postale au mois de décembre 1999, avec une lettre d'explication et une enveloppe T pour la réponse. Une relance également par courrier a été réalisée 10 jours plus tard. Contrairement à la Bretagne, le délai entre la diffusion du répertoire et l'enquête est donc très court, 2 mois seulement.

En Champagne-Ardenne

L'évaluation s'est engagée sous forme d'une enquête de besoins préalable, avec pour objectifs d'évaluer l'utilité d'un guide ressources, les besoins des professionnels, et de mieux connaître leurs attentes. Après la diffusion du guide, une seconde enquête sera réalisée auprès des mêmes personnes, pour recueillir leur avis sur l'outil réalisé.

Cette enquête de besoins a été menée auprès de 363 acteurs répartis sur l'ensemble de la région, qui sont :

- d'une part différents groupes de professionnels de première ligne, en contact direct avec des personnes qui peuvent se trouver en situation de menace suicidaire : médecins généralistes, médecins de santé scolaire, médecins du travail, responsables de collèges et lycées, de maisons de retraite, de missions locales, d'associations (SOS Amitié..),
- d'autre part des représentants institutionnels, des encadrants d'acteurs de première ligne et notamment :
 - . services sociaux des Conseils généraux et de la Mutualité sociale agricole,
 - . services de promotion de la santé des caisses d'assurance-maladie
 - . services de promotion de la santé en faveur des élèves, médecine universitaire.

Un échantillon aléatoire stratifié a été constitué pour les collèges et lycées (au 1/4), pour les maisons de retraite (au 1/5) et pour les médecins généralistes (1/12). La stratification a été réalisée sur les critères urbain/rural et sur les départements de façon à couvrir correctement l'ensemble de la région. Pour les autres professionnels, l'exhaustivité a été retenue.

Le questionnaire comporte les interrogations suivantes :

- les enquêtés sont-ils confrontés à des situations de menaces ou d'idées suicidaires dans leur pratique professionnelle, et si oui, est-ce épisodiquement ou régulièrement?
- un guide destiné aux professionnels leur semble-t-il utile ou non, et pourquoi ?
- quelles types d'informations souhaitent-ils y voir figurer ?
- quelles missions exercent-ils dans le domaine de la prévention et/ou de la prise en charge du suicide et quelles sont leurs coordonnées ?
- voient-ils des personnes ou institutions qu'il serait utile de rendre destinataires d'un tel guide ?

Ce questionnaire a été diffusé par voie postale début décembre 1999, avec un courrier d'explication et une enveloppe T pour la réponse. Aucune relance n'est prévue, afin de ne pas risquer de démotiver les enquêtés, qui devront être sollicités ultérieurement.

2.3 - Résultats

Les résultats de ces différentes enquêtes apportent des éléments d'information concernant l'intérêt d'un guide/répertoire pour différents groupes de professionnels de première ligne, ainsi que leurs souhaits ou avis concernant le contenu et la présentation de cet outil.

2.3.1 - Les informations recueillies concernant un large éventail de professionnels

Les professionnels de première ligne dont les enquêtes ont recueilli l'avis sont d'une part des médecins généralistes, d'autre part des professionnels en contact avec différentes populations à risque : jeunes en difficulté ou non, population carcérale, personnes âgées.

• Médecins généralistes

Un échantillon de médecins généralistes a été enquêté dans les 3 régions. Les taux de réponse restent modestes mais sont satisfaisants pour ce type d'enquête. Après une relance par voie postale, il a atteint 21 % en Bretagne et 34 % en Pays de la Loire. En Champagne-Ardenne, sans relance, il a été de 17 %.

Dans les 3 enquêtes, les résultats concernant les médecins généralistes doivent donc être considérés avec prudence, dans la mesure il n'est pas exclu que les répondants soient des praticiens plus intéressés par le répertoire et plus concernés par le phénomène suicidaire que les autres.

• Responsables des établissements scolaires

Des questionnaires d'enquête ont été adressés aux établissements scolaires, ensemble des lycées dans les Pays de la Loire, échantillon de collèges et lycées en Champagne-Ardenne. Toutefois, dans les 2 régions, le questionnaire n'a pas toujours été rempli par le directeur ou le proviseur, mais parfois par le conseiller d'éducation, l'infirmière scolaire ou l'assistante sociale de l'établissement. Les taux de participation sont élevés et proches dans les 2 régions : 72 % en Pays de la Loire, 70 % en Champagne-Ardenne.

• Responsables des missions locales et permanences d'accueil et d'orientation (PAIO)

En Pays de la Loire, sur les responsables des 37 missions locales et PAIO enquêtés, 18 ont répondu, soit un taux de réponse de 49 %.

En Champagne-Ardenne, seules les 6 missions locales de la région ont été enquêtées, d'où malgré un bon taux de réponse (50 %), des résultats limités dans leur interprétation.

• responsables des foyers d'hébergement pour mineurs du ministère de la justice

Le taux de participation de ces institutions, sollicitées seulement en Pays de la Loire est relativement bas, puisque 29 établissements sur 89, soit 33 % d'entre eux, ont répondu à l'enquête. Cela doit-il être considéré comme le signe d'un moindre intérêt de ces établissements

pour le phénomène suicidaire ? Ce taux de participation est donc un élément dont il faut tenir compte dans l'analyse des résultats.

• **Responsables des unités de consultations et de soins ambulatoires en milieu carcéral, et des comités de probation aux libérés**

Seule l'enquête des Pays de la Loire concernait le milieu carcéral, un questionnaire ayant été adressé à chacun des responsables des 6 UCSA et des 8 CPAL de la région. 8 ont répondu, soit un taux de réponse de 57 %. Là encore, malgré un bon taux de participation, les résultats sont limités dans leur interprétation par le faible nombre de réponses.

• **Responsables des maisons de retraite**

Ce groupe de professionnels a été enquêté seulement en Champagne-Ardenne, mais le très faible nombre de réponses (3 sur 28) ne permet aucune analyse des résultats.

• **Réseau professionnel et associatif d'Ille-et-Vilaine**

Enfin, 89 réponses ont été adressées par le réseau professionnel et associatif d'Ille-et-Vilaine. Cela représente un taux de réponses de 59 % si l'on considère que les questionnaires d'enquêtes reçus par les " têtes de réseau " ont tous été distribués.

Ces répondants se répartissent en :

- 42 % de professionnels du secteur social (professionnels de l'assistance sociale, de l'insertion, de l'animation, de l'accompagnement et du suivi, au sein des structures locales publiques ou privées) ;
- 25 % du secteur médical ou para-médical (principalement professionnels du secteur sanitaire, de l'éducation pour la santé, de la coordination des projets au sein des structures hospitalières ou de l'éducation nationale) ;
- 20 % du secteur associatif (professionnels de l'éducation de l'animation, de l'accueil et de la coordination au sein d'organismes associatifs) ;
- et 13 % d'autres secteurs (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux de différents dispositifs ou institutions dont la CRAM, le contrat ville, le service de promotion de la santé en faveur des élèves).

2.3.2 - *En Bretagne et en Pays de la Loire, de nombreux professionnels déclarent ne pas avoir reçu ou ne pas avoir identifié le guide/répertoire*

Les données des enquêtes menées en Bretagne et en Pays de la Loire apportent des informations tout à fait essentielles pour la diffusion des guides.

• Dans les deux régions, la proportion de répondants qui déclare ne pas avoir reçu ou identifié le guide/répertoire est particulièrement importante pour les médecins, alors que c'est le même fichier d'adresse qui a été utilisé pour l'envoi du répertoire et pour l'enquête. En Pays de la Loire, 63 % des médecins généralistes répondants déclarent avoir reçu le

répertoire, 12 % déclarent au contraire ne pas l'avoir reçu, et 25 % ne savent pas s'ils l'ont ou non reçu.

Les résultats de l'enquête menée en Ille-et-Vilaine sont encore plus défavorables, avec moins de la moitié des répondants (48 %) qui déclarent avoir reçu le guide. Le caractère plus ancien de la diffusion de l'outil peut vraisemblablement expliquer en partie ce moindre écho. A noter que dans les Pays de la Loire, le répertoire a été diffusé auprès des médecins sous enveloppe à en-tête du conseil régional, et le questionnaire d'enquête sous enveloppe sans en-tête.

Ces résultats illustrent la difficulté bien connue de fournir aux praticiens une information «visible» dans le volume de courrier important qu'ils reçoivent chaque jour, avec une organisation de secrétariat qui ne permet pas toujours un traitement efficace de l'information ne concernant pas directement les patients.

- Dans les foyers d'hébergement pour mineurs, enquêtés en Pays de la Loire, la situation est encore moins favorable, avec seulement 55 % de répondants déclarant avoir reçu le répertoire, 35 % déclarant au contraire ne pas l'avoir reçu, et 10 % n'ayant pas identifié le document. Cette situation peut éventuellement s'expliquer par l'absence de transmission de l'information entre les différents membres de l'équipe, la personne ayant réceptionné le répertoire étant différente de celle qui a reçu ... ou de celle qui a pris le temps de répondre au questionnaire.

Il faut souligner que ces deux groupes de professionnels, médecins généralistes et responsables des foyers d'hébergement pour mineurs, sont aussi ceux qui ont le plus faible taux de participation aux enquêtes.

- Dans les autres groupes, les proportions de répondants déclarant avoir reçu le répertoire sont plus importantes, mais pour certaines encore relativement éloignées des 100 %. Elles atteignent ainsi :

- * en Ille et Vilaine, parmi les intervenants du réseau :

- 68 % pour les acteurs du secteur social,
- 77 % pour les acteurs du secteur médical et paramédical,
- 94 % pour ceux du secteur associatif,

- * et en Pays de la Loire :

- 75 % pour les proviseurs de lycées,
- 88 % pour les responsables des UCSA et CPAL,
- 94 % pour les missions locales et les PAIO.

Si en Bretagne, le délai entre l'envoi du guide et celui du questionnaire d'évaluation peut en partie expliquer ce constat (oubli, transmission à une autre personne...), ces données incitent à la réflexion quant à la difficulté de la diffusion. En effet, les différentes modalités expérimentées dans les 2 régions en fonction des contextes locaux, diffusion postale, ou diffusion par le réseau (Ille et Vilaine), ou encore diffusion directe lors d'une réunion (provisseurs des Pays de la Loire) semblent toutes avoir leurs limites, et un pourcentage non négligeable de destinataires ne reçoit ou n'identifie jamais l'outil qui leur a été adressé.

2.3.3 - Dans tous les groupes, des répondants confrontés régulièrement au phénomène suicidaire et un jugement positif sur l'utilité d'un outil

• Médecins généralistes

- En Champagne-Ardenne, 97 % des médecins généralistes répondants se déclarent confrontés à des menaces et idées suicidaires dans leur exercice professionnel, ces confrontations étant régulières pour 18 % d'entre eux. Ils considèrent qu'un guide "suicide" est un outil utile pour 58 % d'entre eux, et plutôt utile pour 26 % d'entre eux.
- En Pays de la Loire, 5 % des généralistes ayant répondu à l'enquête déclarent être confrontés plusieurs fois par semaine à des problèmes de suicide, de tentatives de suicide ou d'idées suicidaires, 12 % plusieurs fois par mois et 58 % plusieurs fois par an.
Par ailleurs, parmi les généralistes qui ont déclaré avoir reçu le répertoire et ont donc pu formuler un avis, 30 % jugent cet outil tout à fait utile et 31 % assez utile à leur pratique, 88 % l'ont conservé, 12 % déclarent l'avoir utilisé une fois (malgré le délai de seulement 2 mois entre l'envoi du répertoire et l'enquête), et 73 % d'entre eux souhaitent recevoir sa mise à jour.
- En Ile-et-Vilaine, 21 généralistes ont répondu à l'enquête. Parmi eux, 43 % déclarent être confrontés plusieurs fois par semaine à des problèmes de souffrance psychique et à des phénomènes suicidaires, 52 % quelques fois par mois et 5 % quelques fois par an. Dans cette situation, 10 % d'entre eux contactent «toujours» d'autres professionnels, et 90 % «parfois». Parmi les 9 généralistes ayant déclaré avoir conservé le guide, 3 disent l'avoir utilisé.

La confrontation des résultats de ces enquêtes permet de dégager les éléments suivants :

* En ce qui concerne la fréquence de la confrontation des praticiens au phénomène suicidaire, les résultats des enquêtes Champagne-Ardenne et Pays de la Loire sont très proches, avec un pourcentage identique (18 %) de médecins déclarant être confrontés «régulièrement à des menaces et idées suicidaires» dans la première, «plusieurs fois par semaine ou plusieurs fois par mois à des situations de suicide, tentative de suicide et idées suicidaires» dans la seconde.

Par contre, le plus fort pourcentage de praticiens d'Ile-et-Vilaine confrontés «plusieurs fois par semaine ou quelques fois par mois à la souffrance psychique et à des phénomènes suicidaires» s'explique vraisemblablement l'inclusion de la notion de souffrance psychique dans le champ de l'enquête, en cohérence avec le champ couvert par le guide.

* La comparaison de l'avis des médecins en terme d'utilité, recueilli en Champagne-Ardenne et en Pays de la Loire est difficile, car dans la première région, cet avis porte sur un projet, et dans la seconde sur un outil reçu. S'y ajoute la différence d'items utilisés (utile ou plutôt utile en Champagne-Ardenne, tout à fait ou assez utile en Pays de la Loire. Toutefois, on peut constater que la proportion de praticiens de Champagne-Ardenne jugeant utile un guide (61 %) est du même ordre de grandeur que celles des praticiens des Pays de la Loire jugeant le répertoire tout à fait ou assez utile (59 %).

* La proportion de praticiens ayant conservé le guide avoisine 90 % en Bretagne comme en Pays de la Loire. La proportion de ceux l'ayant déjà utilisé est plus importante en Bretagne (33 %, avec toutefois un faible effectif concerné) qu'en Pays de la Loire (14 %), mais le délai entre la diffusion de l'outil et l'enquête (un an en Bretagne, 2 mois dans les Pays de la Loire) peut expliquer cette différence.

• Responsables des établissements scolaires

- En Champagne-Ardenne, 94 % des répondants des lycées et collèges se déclarent confrontés à des menaces et idées suicidaires, ces confrontations étant régulières pour 14 % d'entre eux. 69 % de ces professionnels considèrent qu'un guide est un outil utile, et 27 % un outil plutôt utile.
- En Pays de la Loire, 1 % des proviseurs de lycées ayant répondu à l'enquête déclarent être confrontés plusieurs fois par semaine à des problèmes de suicide, de tentatives de suicide ou d'idées suicidaires, 7 % plusieurs fois par mois et 43 % plusieurs fois par an. 50 % de ces responsables jugent le répertoire qui leur a été remis tout à fait utile et 35 % assez utile à leur pratique, 98 % l'ont conservé, 20 % déclarent l'avoir utilisé une fois et 11 % plusieurs fois, et 94 % d'entre eux souhaitent recevoir sa mise à jour.

Si l'on compare ces résultats, il apparaît que les responsables des établissements scolaires du secondaire des deux régions sont confrontés au phénomène suicidaire avec des fréquences du même ordre de grandeur. Ainsi, en Champagne-Ardenne, 12 % des responsables des lycées et collèges déclarent être confrontés " régulièrement à des menaces et idées suicidaires. En Pays de la Loire, 9 % des responsables de lycées disent rencontrer " plusieurs fois par semaine ou plusieurs fois par mois des situations de suicide, tentative de suicide et idées suicidaires" .

Dans les deux régions, une forte proportion de ces professionnels considère qu'un guide ou un répertoire est un outil utile (70 % d'« utile » en Champagne-Ardenne, 51 % de « tout à fait utile » en Pays de la Loire).

L'importance de la demande spontanée de répertoire par le milieu scolaire confirme l'intérêt des professionnels de ce secteur pour cet outil. En effet, dans le mois qui a suivi la diffusion du répertoire, l'ORS a enregistré un grand nombre de demandes de répertoire, et a diffusé 700 exemplaires complémentaires, dont la moitié destiné au milieu scolaire

Cette demande émanait soit de responsables institutionnels qui souhaitaient que le répertoire soit adressé aux professionnels de terrain sous leur responsabilité (170 répertoires pour les collèges privés demandés par la direction diocésaine, 90 répertoires pour les infirmières scolaires demandés par leur coordinatrice régionale), soit de professionnels ou d'établissement déjà destinataires d'un répertoire, mais qui souhaitaient un ou plusieurs exemplaires complémentaires.

• Responsables des missions locales et des permanences d'accueil et d'orientation

En Pays de la Loire, 6 % des responsables de missions locales et de PAIO ayant répondu à

l'enquête déclarent être confrontés plusieurs fois par semaine à des problèmes de suicide, de tentatives de suicide ou d'idées suicidaires, 11 % plusieurs fois par mois et 72 % plusieurs fois par an.

Plus de la moitié (53 %) de ces responsables jugent le répertoire qui leur a été adressé tout à fait utile et 24 % assez utile, tous l'ont conservé, 24 % déclarent l'avoir utilisé une fois et 12 % plusieurs fois, et 94 % d'entre eux souhaitent recevoir sa mise à jour.

• Responsables des foyers d'hébergement pour mineurs du ministère de la justice

En Pays de la Loire, aucun des responsables de foyers d'hébergement pour mineurs ayant répondu à l'enquête ne déclare être confrontés plusieurs fois par semaine à des problèmes de suicide, de tentatives de suicide ou d'idées suicidaires, mais 10 % sont dans cette situation plusieurs fois par mois et 52 % plusieurs fois par an.

Par ailleurs, parmi les foyers qui ont répondu avoir reçu le répertoire et ont donc pu formuler un avis, 38 % jugent cet outil tout à fait utile et 38 % assez utile à leur pratique, 94 % l'ont conservé, 13 % déclarent l'avoir utilisé une fois et 12 % plusieurs fois, et 86 % d'entre eux souhaitent recevoir sa mise à jour.

• Responsables des unités de consultations et de soins ambulatoires en milieu carcéral, et des comités de probation aux libérés

En Pays de la Loire, aucun des responsables UCSA et CPAL ayant répondu à l'enquête ne déclare être confronté plusieurs fois par semaine à des problèmes de suicide, de tentatives de suicide ou d'idées suicidaires, 13 % déclarent par contre l'être plusieurs fois par mois et 50 % plusieurs fois par an.

Plus de la moitié (57 %) de ces responsables jugent cet outil tout à fait utile et 14 % assez utile à leur pratique, tous l'ont conservé, 14 % déclarent l'avoir utilisé plusieurs fois, et 75 % d'entre eux souhaitent recevoir sa mise à jour.

• Travailleurs sociaux

Aucune enquête n'a été réalisée auprès des travailleurs sociaux, mais l'importance de la demande spontanée de répertoire pour ces professionnels, observée en Pays de la Loire, témoigne de l'intérêt ressenti, par eux même ou par leurs responsables, pour cet outil.

En effet, sur les 700 exemplaires du répertoire diffusés à la demande dans cette région, 235 étaient destinés à des assistants sociaux (hors milieu scolaire), la demande émanant principalement des responsables des services sociaux des Conseils généraux mais aussi des centres communaux d'action sociale et de quelques centres médico-sociaux.

Pour compléter cette approche, l'ORS des Pays de la Loire va mettre en œuvre une enquête d'impact auprès des 150 assistants sociaux du Conseil général de Loire-Atlantique auquel ce répertoire a été diffusé à la fin du mois d'octobre.

• Réseau professionnel et associatif d'Ille-et-Vilaine

En Ille-et-Vilaine, 43 % des intervenants du réseau sont confrontés plusieurs fois par semaine à la souffrance psychique et au phénomène suicidaire, et 73 % plusieurs fois par mois.

Face à ce problème, leur pratique est toujours de contacter d'autres professionnels pour 40 % d'entre eux, et le faire parfois pour 50 % d'entre eux.

Seulement les trois quarts des intervenants du réseau disent avoir reçu le guide. Le délai entre l'envoi du guide et celui du questionnaire d'évaluation peut en partie expliquer ce chiffre (oubli, transmission à une autre personne) ; il peut aussi s'agir d'un défaut de diffusion dans le réseau, sans que l'on puisse faire la part des choses.

Parmi les personnes qui ont reçu le guide, 67 % l'ont utilisé une fois ou plusieurs fois (respectivement 24 % et 43 %). Le motif d'utilisation est, à parts égales, pour orienter une personne en difficulté ou pour obtenir des informations sur d'autres organismes, associations ou professionnels. Parmi les personnes ayant reçu le guide, 37 % déclarent que celui-ci leur a facilité la prise de contact avec d'autres professionnels.

2.3.4 - *Des interrogations qui subsistent quant aux modifications des pratiques induites par l'usage du guide*

Les évaluations menées en Bretagne, un an après la diffusion du guide, ont tenté d'apprécier les éventuelles modifications des pratiques induites par l'utilisation de cet outil, en cherchant notamment à savoir si son utilisation favorisait une meilleure prise en charge des personnes confrontées à la souffrance psychique et au phénomène suicidaire, à travers une meilleure connaissance du rôle de chaque acteur dans l'espace sanitaire et social et des possibilités offertes par l'environnement partenarial de cet espace.

Parmi les professionnels des différents secteurs enquêtés ayant utilisé le guide, 53 % ont déclaré que cette utilisation leur a facilité la prise de contact avec d'autres professionnels, mais l'analyse globale des résultats quant à leurs pratiques ne permet pas d'affirmer qu'elles ont été modifiées. Quant aux médecins généralistes ayant reçu et utilisé le guide, aucun d'entre eux ne déclare que cet outil lui a facilité la prise de contact avec d'autres professionnels, mais le faible nombre de médecins concernés (9) limite la portée de ce constat.

Il semble toutefois que le type d'enquête mise en oeuvre ne permettait pas réellement de répondre à cette question, et qu'une enquête de type qualitatif par entretien serait mieux à même d'éclairer ce point.

2.3.5 - *Des suggestions pour enrichir le contenu du répertoire et en faciliter l'utilisation*

- En Pays de la Loire, le contenu du répertoire est jugé tout à fait ou assez satisfaisant par une large majorité des professionnels ayant déclaré avoir reçu le répertoire, avec une proportion qui

varie de 70 à 93 % selon les groupes, les moins satisfaits étant les médecins généralistes et les plus satisfaits les proviseurs de lycées.

- En complément à cet avis global, les réponses aux questions ouvertes sur le contenu du guide/répertoire, formulées dans l'enquête de besoins en Champagne-Ardenne et dans l'enquête d'impact en Pays de la Loire sont particulièrement intéressantes dans la mesure où elles font émerger un certain nombre d'attentes communes.

Ainsi, dans les deux régions, les professionnels interrogés expriment le souhait de voir figurer dans le guide/répertoire :

- des informations qui puissent les aider à mieux repérer les personnes présentant un risque suicidaire, à identifier les signes précurseurs d'un passage à l'acte,
- des informations sur l'attitude à adopter face à ces situations, mais aussi pour éviter les récurrences : «ce qu'il faut dire ou ne pas dire, faire ou ne pas faire»,
- des coordonnées de personnes ou de structures qui puissent être joignables et assurer un accueil, une prise en charge en urgence, lors de situations de menace suicidaire.

Un certain nombre d'entre eux font également part de leur difficulté à se repérer face à la complexité du système, à la multiplicité des intervenants.

L'enquête menée en Bretagne apporte un regard complémentaire sur les besoins des professionnels. Si globalement la majorité des professionnels qui se sont servi du guide déclarent l'avoir utilisé pour orienter une personne ou obtenir des informations sur d'autres organismes, associations ou professionnels, l'utilisation à des fins de repérage d'un état dépressif ou d'un phénomène suicidaire est très marginale mais néanmoins citée à 2 reprises.

- Enfin, la présentation du répertoire, qui fait l'objet d'une question dans l'enquête des Pays de la Loire, est jugée tout à fait ou assez fonctionnelle par 65 à 94 % des répondants, les moins satisfaits étant les médecins généralistes. Les suggestions formulées portent principalement sur l'amélioration de la lisibilité des informations par département, les propositions allant du classement par département plutôt que par thème jusqu'au répertoire départemental et non pas régional.

2.3.6 - Un accès sur internet pas encore plébiscité

Outre la demande de pouvoir bénéficier de l'actualisation du guide, déjà évoquée, les attentes des professionnels vis-à-vis d'une mise à disposition du répertoire sur internet, explorées par l'enquête des Pays de la Loire montrent que si l'accès à internet se développe, il ne concerne pas encore la majorité des professionnels.

Environ 19 % des répondants des foyers d'hébergement pour mineurs souhaitent pouvoir accéder aux informations du répertoire et à leurs mises à jour sur le web, 30 % des médecins, 38 % des responsables des UCSA et CPAL, 44% de ceux des missions locales et PAIO, et près de 50 % des proviseurs de lycées.

3 - Conclusions et perspectives

Si l'on en juge par les résultats des différentes enquêtes, ainsi que par l'importance de la demande spontanée de répertoires en Pays de la Loire, **un guide/répertoire concernant la prévention du suicide semble utile** à une proportion importante des répondants des groupes professionnels interrogés.

Il convient toutefois d'**être prudent dans l'interprétation de ces résultats** en raison de la faiblesse des effectifs de certains groupes enquêtés (missions locales, milieu carcéral), des taux parfois élevés de non-réponses (généralistes, médecins du travail, maisons de retraite, foyers d'hébergement pour mineurs), mais aussi des taux de satisfaction souvent élevés dans ce type d'enquête.

Par ailleurs, les résultats des différentes études menées dans le cadre de ces évaluations ne permettent pas d'affirmer que ces guides ou répertoires ont induit des changements de pratique chez les professionnels, en favorisant notamment le travail en réseau.

Concernant le contenu du guide/répertoire, au-delà de la satisfaction peut-être un peu formelle des professionnels, il semble nécessaire d'entendre les attentes de ceux qui ont pris le temps de répondre aux questions ouvertes : informations sur les signes d'alerte, informations sur les conduites à tenir, recours en situation d'urgence, complexité du réseau d'acteurs et d'intervenants...

Face à ces demandes, la notion de guide semble à privilégier par rapport à celle de répertoire. Mais la question se pose de savoir jusqu'à quel point un document écrit peut répondre à ces besoins, et à partir de quel moment ces derniers relèvent d'actions de formation.

La présentation de ces outils interroge principalement sur le territoire concerné, départemental ou régional ?

Un guide départemental semble a priori le plus pratique pour l'utilisateur, dans la mesure où ce dernier peut y trouver plus rapidement l'adresse locale dont il a besoin.

Mais il s'agit là d'une part d'une solution plus coûteuse, dans la mesure où les tarifs de reprographie sont très fortement dégressifs quand le tirage augmente, d'autre part d'une démarche plus complexe à coordonner pour la première réalisation comme pour la mise à jour, et sans doute moins pertinente dans le cadre actuel des programmes régionaux de santé. Le regroupement des données par département semble donc à ce jour la solution à privilégier.

Ces différents éléments se retrouvent dans les choix du comité de pilotage de Champagne-Ardenne, réalisés à la suite de l'enquête de besoins, et qui diffèrent sensiblement des choix initiaux.

Le guide régional, actuellement en phase de relecture et de validation finales, comporte en effet trois parties :

- les idées reçues sur le suicide, les signes d'alerte, les conduites à tenir face à une personne présentant ces signes et les populations les plus touchées par le suicide,
- la mission des structures de prise en charge et de prévention du suicide (rôle du médecin généraliste, du psychiatre, du service social du conseil général, de la médecine du travail ...).
- les coordonnées de ces structures regroupées par département, avec pour chacun une double approche, portant sur la prise en charge d'une part, sur la prévention d'autre part.

Par ailleurs, les numéros d'urgence de chaque département (hôpitaux, centre anti-poison, SOS médecins, SOS Amitié) figureront sur le rabat de la couverture, afin d'être rapidement accessibles.

L'évaluation finale du guide élaboré en Champagne-Ardenne permettra d'apporter de nouveaux éléments d'évaluation quant à ces choix en matière de contenu et de présentation, et ceux-ci mériteraient sans doute d'être confortés par des approches complémentaires avant de faire l'objet de recommandations.

Pour la diffusion, la proportion importante de répertoires non reçus ou non identifiés par certains groupes de professionnels et notamment par les médecins généralistes impose d'engager une réflexion préalable sur les modalités à privilégier, pour que ces professionnels puissent être effectivement destinataires de ces outils.

La poursuite de la démarche en Champagne-Ardenne peut, à ce titre, constituer un temps d'expérimentation de stratégies adaptées à ces contraintes.

Par ailleurs, concernant le support de diffusion, l'outil papier garde encore toute sa pertinence puisqu'en Pays de la Loire, seulement une minorité de professionnels enquêtés souhaitent aujourd'hui une mise à disposition du répertoire sur internet.

Mais l'accès internet à ces données et à celles des autres guides ou répertoires déjà réalisés, en cours ou en projet sur d'autres thèmes (alcool, précarité, toxicomanie...) doit dès à présent faire l'objet d'une réflexion dans les régions.

Enfin **l'actualisation** des guides/répertoires est une nécessité qui doit d'emblée être prise en compte, à la fois techniquement, en choisissant des modalités de réalisation qui la faciliteront, mais aussi financièrement. Ceci est d'autant plus important aujourd'hui que ces outils sont élaborés dans des régions où existe un programme de prévention du suicide, programme qui risque de favoriser la mise en place de nouvelles structures-ressources, et de rendre rapidement obsolètes les outils réalisés.

3

Evaluation d'actions de formation et d'information

Trois actions de formation, entrant dans des programmes régionaux de santé et faisant l'objet d'une évaluation, sont présentées dans cette synthèse :

- 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» par la formation et l'information des divers publics concernés du bassin de Cluny-Mâcon en région Bourgogne ;
- séminaire régional de «formation pluridisciplinaire à la prévention des actes suicidaires», réalisé par le CORES de Basse-Normandie ;
- formation régionale sectorisée inter-institutionnelle visant à «améliorer les conditions de repérage des jeunes en situation de risque suicidaire, et à initier ou concourir à une dynamique de réseau locale» et réalisée par l'Institut national de l'enfance et de la famille(INEF) en Poitou-Charentes.

1 - Contextes régionaux

L'étude du contexte des différentes actions permet de mieux comprendre la dynamique des évaluations, et ainsi de mieux cerner les points communs, les différences, ainsi que d'analyser les raisons des difficultés rencontrées

1.1 - La démarche de programmation

• En Basse-Normandie

Dés 1995, une démarche de programmation stratégique d'action de santé (PSAS) concernant le suicide a été mise en place, confirmée par un programme régional de santé (PRS) en 1996.

Les objectifs généraux du PRS portent sur la prévention primaire des actes suicidaires, la prise en charge et le suivi des tentatives de suicide, l'amélioration des connaissances, et la formation des personnels.

L'Etat est promoteur du projet, le CORES (Comité régional d'éducation à la santé) est le coordinateur régional du programme de prévention primaire. Un appel à projets a été lancé par la DRASS concernant un programme de formation multidisciplinaire pour la prévention des actes suicidaires. C'est l'Union régionale des médecins libéraux (URML) qui a été choisie comme maître d'ouvrage, et qui a publié en juin 1998 un appel d'offre pour la réalisation. C'est le CORES de Basse-Normandie qui a été retenu comme maître d'œuvre.

Cet appel d'offre prévoyait que l'instance de suivi serait le groupe de programmation du PSAS suicide, dont l'URML faisait partie, et devait assurer la conception des outils d'évaluation.

Le programme a été financé sur le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) de la CNAMTS.

• En Poitou-Charentes et en Bourgogne

Dans ces régions, le programme régional de santé a été mis en place suite à la Conférence Régionale de Santé de 1996, qui a défini le suicide et la dépression comme priorité régionale. La DRASS a mis en place un groupe de programmation régional composé de représentants volontaires des institutions et de professionnels concernés par le problème.

Dans les deux régions, le groupe régional a décidé de centrer le programme dans un premier temps sur "suicides, tentatives de suicide et dépressions chez l'adolescent et l'adulte jeune". Les objectifs généraux étaient de faire diminuer de 10 % l'incidence des suicides et tentatives de suicide en 2002 par rapport à la situation initiale (1998). Un des objectifs secondaires était d'améliorer le repérage des situations à risque suicidaire.

Par ailleurs, en Poitou-Charentes, la programmation avait prévu dès le début la mise en place

régionale d'une "formation inter-institutionnelle", projet dont le coût avait été évalué d'emblée lors de la conception du PRS. Cette formation était considérée comme essentielle pour faciliter la mise en réseau de professionnels de divers horizons.

Un appel d'offre régional a permis de désigner un maître d'œuvre délégué pour les actions de formation : le CARIF (Centre d'animation et de ressources de l'information sur la formation). Un second appel d'offre national a porté plus spécifiquement sur la formation inter-institutionnelle : c'est l'INEF (Institut national de l'enfance et de la famille) qui en a été chargé. Une évaluation uniquement formative et réalisée par l'INEF était proposée avec l'action.

Par contre, l'action de formation instituée en Bourgogne était plutôt issue d'une initiative locale, associant des personnes motivées travaillant dans des institutions différentes (collège, service de promotion de la santé en faveur des élèves, Institut de formation de soins infirmiers). C'est une des raisons pour lesquelles l'estimation initiale du coût de l'action a été minimisée.

1.2 - La description des actions

Réalisation d'un bilan préalable à l'action

La mise en place d'un groupe de programmation régional pour la préparation du PRS a permis de réaliser un tel bilan en Bourgogne et en Poitou-Charentes.

En Bourgogne, les services hospitaliers et les médecins généralistes ont reconnu le manque de formation à la prise en charge spécifique des gestes suicidaires, et ont manifesté une volonté d'amélioration de la coordination avec les autres acteurs de la prise en charge des suicidants. Localement, le besoin d'une action globale et d'une mise en réseau des professionnels a été perçu de manière vive suite au constat de deux suicides d'élèves(et d'un autre évité de justesse) du collège de Cluny en six ans.

En Poitou-Charentes, le bilan a porté sur 300 institutions ou associations pouvant être concernées par la problématique du suicide et de la dépression du jeune : les actions souhaitées ou souhaitables concernent en grande majorité la formation, l'information et le travail en réseau.

En Basse-Normandie, a été réalisé dans le cadre de la conférence régionale de santé et du PRS, un bilan épidémiologique concernant les suicides et la prise en charge des suicidants; Il n'y a pas eu de bilan des actions de formation réalisées auparavant.

Objectifs et publics-cibles des actions

Les objectifs correspondaient dans les trois régions aux objectifs généraux du PRS. Par contre, seule la région Poitou-Charentes a défini un objectif opérationnel précis et chiffré pour cette action.

• **En Bourgogne**, l'objectif est de «développer l'information et la prévention, et rechercher une cohérence dans la mise en réseau des acteurs engagés dans la démarche de prévention et de soins concernant les conduites suicidaires des adolescents». Il est donc plus large au niveau des publics-cibles, qui sont aussi bien les jeunes que les parents, les éducateurs et les professionnels socio-sanitaires, ou les infirmiers en formation. Il est alors appliqué sur une zone de dynamisme local et d'impulsion partenariale, et non pas sur une base régionale.

• **En Basse-Normandie et en Poitou-Charentes**, les objectifs étaient proches, puisqu'il s'agissait de donner, au niveau de la région, une formation et une information commune à des professionnels différents, mais tous concernés par la problématique du suicide.

En Basse-Normandie, il s'agissait de «sensibiliser les personnes-ressources aux problématiques et à la prévention primaire des conduites suicidaires, et à décloisonner leurs pratiques vis à vis de la prise en charge des suicidants».

En Poitou-Charentes, il s'agissait de «repérer les adolescents et jeunes adultes présentant un risque suicidaire».

L'approche est cependant différente en ce qui concerne les publics-cibles, puisque la sélection se fait sur une base professionnelle (médecins et non médecins) en Basse-Normandie, alors qu'elle est institutionnelle pour le Poitou-Charentes (Education nationale, institutions judiciaires, établissements d'accueil...).

Description et mise en œuvre des actions

On remarque que les actions mises en œuvre sont très différentes les unes des autres, ceci contrastant avec des objectifs plutôt proches.

• **En Bourgogne**, 9 séances d'information, de sensibilisation et de formation ont été réalisées par des intervenants divers, sur 8 mois, auprès de 5 types de publics :

- une troupe de théâtre interactif pour les jeunes(240) et les adultes les encadrant(30) ;
- un sociologue et un pédopsychiatre pour les conférences grand public(respectivement 150 et 200 participants) ;
- un philosophe, des membres du groupe éthique du Centre Hospitalier de Mâcon, le médecin responsable du service de promotion de la santé auprès des élèves, le responsable de l'intersecteur de pédopsychiatrie de Mâcon et le responsable d'un service hospitalier accueillant les jeunes suicidants pour les infirmiers en formation(130) et les professionnels des secteurs de santé, du social et du milieu éducatif (entre 80 et 180 participants aux réunions);
- les médecins du service de promotion de la santé en faveur des élèves, le responsable de la pédopsychiatrie pour les médecins généralistes(60 au total).

Ce projet s'est appuyé sur un travail de partenariat établi depuis plusieurs années entre le centre hospitalier, l'IFSI, et les médecins et services de santé scolaire, sur la zone de Cluny-Mâcon.

Au total 1200 personnes ont assisté à l'une ou l'autre des séances organisées dans les villes de Cluny et de Mâcon, répondant aux souhaits des organisateurs d'une large mobilisation par rapport à la prévention du suicide des jeunes.

- **En Basse-Normandie**, un séminaire de formation a été réalisé les 25 et 26 mars 1999 auprès de 20 médecins libéraux et 40 autres professionnels travaillant dans les secteurs sanitaire, social, et éducatif. Le pilotage de l'action a été réalisé par un groupe de concertation associant un médecin de santé publique, deux médecins généralistes, l'équipe du CORES et les experts invités.

La méthode pédagogique comportait une alternance entre les séances plénières et les travaux de groupe pour chaque demi-journée. Les experts intervenaient sur des thèmes théoriques et sur des thèmes pratiques. Les rapporteurs des ateliers étaient choisis sur une base de volontariat, le principe étant d'impliquer les participants au stage.

- **En Poitou-Charentes**, un comité de pilotage régional a été mis en place afin d'organiser cette action. Son rôle était de suivre et valider les différentes étapes de mise en place et notamment de participer à la sélection des candidatures reçues.

Le CARIF a coordonné la mise en œuvre des actions de formation. L'action a été sectorisée sur les 5 secteurs sanitaires de la région ; dans chaque secteur a été nommé un coordinateur chargé de mettre en place l'ensemble des actions du PRS. Les coordinateurs sont intervenus en début de stage pour présenter le PRS et l'action engagée.

L'organisation pédagogique prévue par l'organisme de formation (INEF) prévoyait une première intervention de deux jours, suivie, après quelques mois de mise en pratique des acquis, d'une troisième journée de compléments et d'ajustements.

Un programme détaillé de l'action de formation a été fourni par l'INEF. Il comprend les principaux chapitres suivants : développement de l'adolescent et du jeune adulte, informations clefs sur les rapports entre dépression et suicide, les contextes des actes suicidaires, le vécu suicidaire, le travail de transitionnalité, et enfin une partie sur la mobilisation des compétences des professionnels. L'intervenant était un psychologue clinicien.

Une évaluation formative d'une heure devait être réalisée en fin de formation. Par contre, l'évaluation des résultats n'était pas prévue initialement. 70 personnes réparties entre différentes institutions sur les cinq sites régionaux et correspondant aux profils attendus ont reçu la formation entre juin et octobre 1999.

1.3 - Relation action-évaluation

Les procédures de programmation régionales mises en œuvre dans les trois régions et dont sont issues les actions de formation n'ont pas permis de mettre en place une véritable évaluation de procédure et de résultat, pour des raisons liées aussi bien à la programmation elle-même, qu'à la nature des actions, ou au calendrier de mise en place. Les méthodes d'évaluations ont été déterminées essentiellement par le contexte et le calendrier, et non pas en fonction d'objectifs permettant d'optimiser les actions pilotes.

- **En Bourgogne**, les évaluations ont du être réalisées a posteriori, du fait que la décision d'évaluation a été prise postérieurement à la mise en place des actions. Par ailleurs, le temps disponible pour l'évaluation était très court et les moyens limités par rapport au champ très large des actions. L'objectif de l'évaluation s'est centré sur l'appréciation par les publics-cibles de l'atteinte des objectifs (définis par les promoteurs).

- **En Basse-Normandie**, le cahier des charges de l'appel d'offre prévoyait d'emblée une évaluation dont les outils devaient être conçus par le groupe de programmation du PSAS. En fait, l'évaluation a été incluse dans l'action et réalisée par l'équipe chargée de l'action. De plus, elle était ponctuelle, réalisée en même temps que le séminaire, et portait sur l'impact du séminaire sur le public-cible de l'action.

- **En Poitou-Charentes**, le cahier des charges initial de l'appel d'offre prévoyait uniquement une évaluation de la formation. Une évaluation formative réalisée en fin de formation a été incluse par le formateur dans son cahier des charges.

Comme en Bourgogne, la décision d'une évaluation indépendante du programme de formation n'a été prise qu'ultérieurement après la mise en place des actions ; mais, contrairement à la Bourgogne, le démarrage de l'évaluation a pu être effectué à temps pour entamer une démarche d'essais comparatifs dans le temps, permettant d'évaluer des modifications en relation avec l'action.

Par ailleurs, le financement de l'évaluation dépendait d'un appel d'offre indépendant de celui de l'action, ce qui réclamait un délai supplémentaire. L'appel d'offre de l'action a été fait au niveau national, et a abouti au choix d'un opérateur n'appartenant pas à la région.

Enfin, le calendrier de mise en place des actions a du être décalé dans certains secteurs géographiques du fait d'un retard dans la nomination des coordinateurs de secteur, qui jouaient un rôle dans la mise en œuvre des actions.

Le programme d'évaluation comportait la mise au point d'un questionnaire d'évaluation concernant les pratiques des acteurs, et leur évolution avant et après formation.

Du fait des difficultés liées au calendrier, il a été décidé de porter le nombre des phases d'enquête à quatre, dont une trois mois après la fin des formations. Par ailleurs, il a été décidé de réaliser les évaluations par courriers directs auprès des stagiaires, car les difficultés de mise en place des coordinateurs dans certains secteurs rendaient aléatoire la présentation et la passation des questionnaires lors des sessions de formation, et ceci d'autant plus que l'évaluation formative durait déjà une heure.

2 - Démarches d'évaluation

Les objectifs, outils et méthodes d'évaluation ont été fortement conditionnés par les contextes régionaux des programmes et des actions.

2.1 - Objectifs

Les évaluations réalisées dans le cadre des trois programmes répondaient toutes à des objectifs d'évaluation d'impact :

- en Bourgogne, impact des actions d'information et formation sur les connaissances en matière de prise en charge du jeune suicidant (réseau local de spécialistes, dépistage des facteurs de risque), sur la perception des rôles des acteurs localement, sur le développement d'une approche commune du problème.
- en Basse-Normandie, impact du séminaire sur les connaissances et attitudes, sur les représentations et sur le fonctionnement en réseau.
- en Poitou-Charentes, impact de la formation sur les pratiques professionnelles de repérage des adolescents en situation de risque suicidaire, et sur l'organisation du travail en réseau.

Les raisons pour lesquelles les objectifs ont été ainsi focalisés uniquement sur des évaluations d'impact sont celles qui ont été précisées dans le premier chapitre de ce rapport :

- un calendrier décalé dans le temps par rapport aux actions et très court ;
- des outils non disponibles pour une évaluation de résultat et des outils mal diffusés en ce qui concerne les évaluations de processus ;
- des moyens limités, ce qui ne permettait pas de définir des objectifs ambitieux ou coûteux.

2.2 - Outils et méthodes

Les méthodes utilisées étaient soit des essais comparatifs dans le temps, soit des enquêtes transversales réalisées a posteriori, soit les deux méthodes associées.

• En Basse-Normandie

Les deux méthodes ont été utilisées pour évaluer le séminaire. Le CORES a mis au point un questionnaire de 26 items qui portaient d'une part sur des connaissances, d'autre part sur une réflexion concernant les phénomènes suicidaires. Le même questionnaire était distribué et rempli par les 62 participants au stage en début et en fin de stage. La comparaison entre les réponses en début et fin de stage permettait d'évaluer l'impact lié à la formation.

Par ailleurs, un questionnaire d'évaluation pédagogique rempli à l'issue du stage et comportant 7 items visait à évaluer le sentiment de satisfaction des stagiaires après formation

Par ailleurs, des entretiens formels et des observations sociologiques ont été réalisés dans une optique qualitative par un sociologue. L'objectif était de mieux comprendre les processus d'acquisition des problématiques suicidaires ainsi que les possibilités de fonctionnement en réseau acquises par les participants au cours du séminaire. 7 entretiens formels de type centré de 15 minutes chacun ont été réalisés. Les entretiens ont été analysés par une méthode d'analyse de contenu.

• En Bourgogne

La méthode utilisée a été l'enquête a posteriori par entretiens qualitatifs individuels ou de groupe auprès des publics-cibles. Ils visaient à recueillir leurs points de vue sur les actions en fonction des objectifs attendus :

- mise à jour des connaissances en matière de suicide et de dépistage des facteurs de risque, ainsi que des moyens locaux de prise en charge,
- définition des rôles de chacun dans la prise en charge, assurance d'un soutien de la part des spécialistes en cas de geste suicidaire d'un jeune au contact avec les professionnels,
- réflexion sur les comportements à risque permettant de mieux gérer la prise de risque,
- modification de la perception du rôle des adultes dans la prise en charge des problèmes.

Compte tenu des contraintes de temps et des pratiques des divers professionnels, le recueil des informations a été effectué à partir d'entretiens individuels en vis à vis (promoteurs, intervenants) ou par téléphone (médecins généralistes bénéficiaires de l'action), et par entretiens de groupe (élèves, enseignants du collège, étudiants de l'IFSI).

Des grilles d'entretien ont été préparées par l'ORS en relation avec les différents partenaires du comité de pilotage de l'action.

Parallèlement à cette évaluation d'impact a posteriori, une évaluation des procédures a été réalisée également a posteriori, à partir d'informations fournies par les promoteurs et organisateurs sur :

- les calendriers prévus et suivis, les publics invités, les modes d'invitation,
- les critères de choix des thèmes et intervenants,
- les modalités de coordination des actions,
- les contenus et supports des interventions,
- le nombre des participants.

Certains supports ont été communiqués : courriers d'invitation, affichettes, articles de presse locale... Cependant, l'exploitation de ces éléments est fortement limitée par l'absence d'homogénéité de ces outils, et du fait du caractère rétrospectif et non systématique de l'évaluation.

• En Poitou-Charentes

La méthode retenue pour l'évaluation a été l'essai comparatif dans le temps.

Quatre phases successives d'évaluation étaient prévues pour 15 stagiaires exerçant différentes professions recrutés sur les 5 secteurs sanitaires de la région. La première évaluation se situait avant toute formation, la seconde pendant la formation, et les deux dernières après, la dernière intervenant trois mois après la dernière journée de formation et permettant de juger de la persistance des modifications survenues dans les pratiques après formation.

Un questionnaire d'évaluation a été proposé par l'ORS, et validé par le groupe de travail de l'évaluation. Outre des renseignements généraux, il comportait une partie sur " la connaissance de l'organisation du dispositif de prise en charge", une autre sur " le repérage et orientation des jeunes en situation de risque suicidaire", et une dernière partie sur "l'organisation du travail en réseau".

Les coordinateurs départementaux du PRS devaient participer à l'évaluation en informant les stagiaires et en les motivant. Les enquêtes étaient adressées personnellement par l'ORS aux stagiaires, accompagnées d'une lettre de présentation et d'une enveloppe pré-affranchie pour la réponse. Des rappels systématiques étaient prévus en cas de non-réponse. Ces enquêtes étaient bien sûr totalement anonymes au niveau de l'exploitation informatique.

L'analyse des résultats devait permettre de mettre en évidence les variations d'un ensemble d'indicateurs pré-définis selon les étapes de la formation. L'analyse devait être globale pour la région, et, si les effectifs étaient suffisants, par secteur. L'évaluation initiale, disponible en décembre 1999, devait permettre de faire l'état des lieux initial des pratiques des publics-cibles, permettant ainsi de définir les indicateurs d'évaluation.

2.3 - Résultats

• En Bourgogne

L'ensemble des points de vue recueillis a permis de dégager des acquis, des questions et des perspectives pour la poursuite des travaux sur le bassin de Cluny-Mâcon, et des indications sur les conditions de reproductibilité sur d'autres sites.

Ainsi, la formule du théâtre interactif apparaît appropriée pour la sensibilisation des adolescents, pourvu que les représentations soient suivies d'un temps de parole et d'échange avec les adultes des établissements scolaires.

Les enseignants, à l'issue des actions d'information s'accordent sur le fait qu'ils y ont acquis une sensibilité et une vigilance communes par rapport aux indices de risque suicidaire, ils doutent toutefois de leurs capacités actuelles à apprécier à leur juste mesure les signes en question.

Chez les professionnels de santé, les généralistes ont apprécié la démarche à leur égard des

représentants de la santé scolaire et de la pédopsychiatrie, ils restent d'autant plus demandeurs de changements réels dans les pratiques (amélioration très concrète des relations avec la pédopsychiatrie, fourniture d'outils de liaison utilisables par eux...), comme d'un bilan de ces évolutions.

En fin de compte, les objectifs formulés par les promoteurs concernant les divers publics visés, ont été en grande partie atteints : connaissance de l'existence d'un réseau de «spécialistes» à même d'intervenir lors de gestes suicidaires, vigilance accrue aux difficultés des adolescents aussi bien chez les enseignants que chez les généralistes, développement d'une culture commune des adultes pour l'abord du problème du suicide chez les jeunes.

Par ailleurs, les modalités d'intervention choisies ont été appréciées des divers publics, notamment la représentation théâtrale de type interactif pour les élèves les plus âgés, et pour les professionnels en formation ou en exercice, la forme du travail en ateliers et la réflexion sur un cas concret dans le cadre de la session sur le problème d'éthique.

S'agissant des conditions de reproduction de l'action, on doit rappeler que les moyens réellement mobilisés n'ont pu être évalués, certains coûts n'ayant pas été comptabilisés : les temps passés par les promoteurs pour sa conception et sa mise en œuvre n'ont pas été comptabilisés, l'organisation pratique des séances par des bénévoles, le coût des soirées organisées pour les généralistes pris en charge par un laboratoire pharmaceutique.

On peut par contre indiquer que pour être réitérée, une telle opération doit être «portée» par plusieurs partenaires, fortement intéressés à sa mise en œuvre et pouvant mettre à disposition et mobiliser autour d'eux du temps d'organisation, de contacts...

S'agissant des conditions d'une mise en réseau effective des acteurs, on doit souligner des questionnements relatifs à la définition du rôle de certains des acteurs, le besoin de solutions «clés en main» persistant aussi bien chez les jeunes, les enseignants que les généralistes. On doit aussi évoquer des manques à combler : l'absence remarquée de membres des services hospitaliers concernés, la difficulté à percevoir des changements réels dans les pratiques (relations entre médecine générale et psychiatrie hospitalière).

Sur cette base, on a pu esquisser des pistes pour la suite de l'action :

- développement des échanges des élèves avec les adultes dans leurs établissements (dans la suite des séances de sensibilisation), des enseignants avec les parents, entre ceux-ci et les médecins généralistes ;
- élargissement de la réflexion amorcée, effectivement commencé depuis la fin de l'action pour les élèves (formation des délégués à leurs rôles d'interface entre leurs pairs et les adultes), pour les enseignants (travail sur les comportements à risque en associations avec d'autres membres d'autres établissements scolaires), comme pour les généralistes (d'autres rencontres entre médecins programmées en 2000).
- au delà de l'information, engagement de réels changements dans les pratiques (dialogue entre généralistes et spécialistes, prise en charge des services de psychiatrie).

• En Basse-Normandie

Les conclusions du rapport d'évaluation final du CORES sont très favorables :

«Les résultats du questionnaire pré/post test montrent globalement l'amélioration des capacités d'appréhension du phénomène suicide et de sa prévention. Cette amélioration est mise sur le compte de la pluridisciplinarité de la formation ; l'évaluation de la stratégie pédagogique montre l'importance attachée aux travaux en ateliers ; les analyses sociologiques tendent à montrer que l'implication personnelle découlant de la stratégie pédagogique a permis des modifications d'attitudes et de représentations concernant la faisabilité de réseaux de prise en charge». Au total, les objectifs se rapportant au séminaire sont considérés comme atteints.

• En Poitou-Charentes

Les résultats des évaluations permettent de mettre en évidence des acquis, des questionnements et des perspectives.

Les principaux acquis portaient sur l'atteinte du public-cible, l'adéquation de la méthode d'évaluation, les taux de participation, la réalisation partielle des objectifs, la perception de l'action.

L'évaluation a permis de constater que l'objectif d'un recrutement inter-institutionnel pour les formations avaient été atteints, puisque près d'une dizaine d'organismes étaient représentés.

La méthode des essais comparatifs dans le temps s'est avérée adaptée pour évaluer l'impact de la formation auprès des publics institutionnels ; en effet, une évaluation a posteriori aurait été moins interprétable du fait que le modèle de questionnaire n'avait pas été validé préalablement. Les taux de participation étaient relativement importants pour les deux premières phases de l'évaluation (respectivement 56 % et 49 %), malgré les problèmes liés au mode de passation, mais grâce aux procédures de rappel et à l'aide des coordinateurs départementaux sur le terrain.

Les objectifs d'évaluation d'impact ont été partiellement atteints : on a pu mettre en évidence une amélioration au cours du temps des taux de réponse favorables des indicateurs concernant :

- les pratiques de repérage des jeunes en situation de risque suicidaire,
- les orientations et l'organisation du travail en réseau.

Par contre, il n'a pas été mis en évidence d'amélioration des indicateurs de connaissance du dispositif local de prise en charge.

L'action de formation inter institutionnelle engagée a été perçue de manière très positive sur les 5 sites au niveau des coordinations institutionnelles, puisqu'il a été décidé de continuer sur l'année 2001.

Les questionnements concernaient l'organisation des évaluations, la reproductibilité des questionnaires, la comparabilité des évaluations au cours du temps, le mode de passation, l'acceptabilité des évaluations, l'absence d'impact sur les connaissances du dispositif local.

L'organisation des évaluations n'était pas synchronisée avec celle du programme d'actions,

l'évaluation ayant été improvisée à l'occasion d'un appel d'offre national ; le déphasage était donc obligatoire. Ceci a eu des conséquences importantes sur la méthode (4 phases au lieu de trois), les délais de réalisation, le mode de passation, et l'acceptabilité des évaluations.

La reproductibilité des questionnaires dans l'espace n'est pas assurée : en effet, ce questionnaire d'évaluation a été conçu dans des délais qui ne permettaient pas d'assurer sa validité a priori, et sans référentiel validé des pratiques qu'il était censé évaluer.

Le fait que les indicateurs retenus variaient au cours du temps n'était pas non plus suffisant pour une validation a posteriori. Nous ne disposions pas à l'époque de mise en place de ces évaluations (juin 1999), de référentiel validé concernant les pratiques de repérage des situations à risque suicidaire chez les jeunes, les orientations à donner dans le cadre d'un travail dit en réseau. (Ce référentiel n'existe toujours pas à notre connaissance).

La comparabilité dans le temps n'était que partielle, car le taux de réponse a chuté lors de la dernière phase réalisée trois mois après la fin de la formation. Ceci introduit un biais de sélection dans les réponses, car il est probable que ceux qui ont répondu jusqu'au bout étaient les plus motivés, et avaient donc peut-être progressé plus que les autres dans leurs pratiques.

Nous avons pu cependant tenir compte de ce biais grâce à la prise en compte des données de l'évaluation intermédiaire, où le taux de réponse était resté stable.

Le mode de passation était l'enquête postale, mode beaucoup moins favorable que l'enquête sur site en présence des coordinateurs et, éventuellement, du prestataire de formation. Cette dernière méthode n'a pu être appliquée du fait de l'insuffisance de planification de l'évaluation, mais doit être recommandée, car beaucoup plus économe, efficace et permettant une meilleure compréhension et acceptation de l'évaluation par tous les acteurs.

L'acceptabilité des évaluations n'était pas excellente, du fait du déphasage dans la programmation, et du caractère externe du mode de passation. De plus, la sensibilité propre aux travailleurs sociaux impliquerait un renforcement dans la phase de préparation. Nous avons pu compenser partiellement ces manques par un renforcement des procédures de rappel systématique, à la fois directes et en passant par les coordinateurs départementaux.

Nous avons constaté une absence d'impact perceptible sur la connaissance des dispositifs locaux de prise en charge. Le dispositif local était connu par interrogation directe des coordinateurs de site. La non progression des connaissances peut être due au fait que les prestataires de formation ne connaissaient pas les situations locales, car ils étaient issus d'un organisme situé en Ile de France. Ceci peut renforcer le point de vue d'intégrer des formateurs locaux dans ces formations ; il se peut aussi que la mise en pratique du travail en réseau se fasse à une échelle de temps plus large que le trimestre (échelle de temps de passation du dernier test).

Les perspectives ouvertes par cette évaluation sont au moins de deux ordres : local, grâce à la poursuite des actions engagées, et national, par la diffusion d'un guide de recommandations pour les formations inter-institutionnelles afin de favoriser la mise en réseau des acteurs.

3 - Conclusions et perspectives

A l'issue de cette analyse, il convient de dégager les premiers acquis, les questionnements et les perspectives des évaluations régionales.

Les acquis

- L'évaluation de l'impact des formations a été bien développé, notamment pour l'acceptabilité, les connaissances et attitudes, les représentations, le repérage des personnes en situation de risque, le travail en réseau.
- L'acceptabilité des actions de formation semble excellente dans les trois régions, ce qui est bien montré par les évaluations et confirmé par les projets de reproduction locale.
- La méthode des essais comparatifs dans le temps (qui consiste à rechercher les modifications survenues entre le démarrage et la fin du programme, à partir d'un outil semblable et proposé dans les mêmes conditions) paraît actuellement la plus fiable, si toutefois le calendrier des évaluations permet de l'appliquer ; les enquêtes a posteriori sont intéressantes pour optimiser l'acceptabilité des outils.

Les questionnements

- La validité des formations n'est pas connue, ce qui est particulièrement gênant et pose également le problème de la pertinence des objectifs.
- La méconnaissance des résultats sur la santé doit également être soulignée.
- Les outils validés sont actuellement peu disponibles, ce qui est évidemment un handicap pour la reproductibilité des évaluations : absence, notamment, de questionnaires validés d'évaluation des pratiques, ou de référentiels des pratiques pour le repérage des situations à risque et le travail en réseau.

Les perspectives

- Renforcer les évaluations de type «essai comparatif» tant qu'il n'existe pas de référentiel.
- Valider un questionnaire d'évaluation des pratiques (repérage et travaux en réseau) qui pourra

être utilisé en évaluation a posteriori (méthode plus légère à appliquer que l'essai comparatif).

- Développement des évaluations en "théorie de l'action", afin de valider les contenus des formations (recherche de l'atteinte des objectifs intermédiaires attendus).
- Evaluer les résultats grâce au suivi de tendance de l'incidence des tentatives de suicide dans les zones du programme.
- Prévoir l'évaluation lors de la mise en place de nouvelles actions.
- Améliorer la gestion des évaluations par une programmation mieux intégrée à celle des actions.

4

Evaluation d'actions favorisant le travail interdisciplinaire

Deux autres actions entrant également dans des programmes régionaux de santé font l'objet d'une évaluation et sont présentées dans cette synthèse :

- prise en compte de la souffrance psychique des jeunes dans le réseau des Missions locales et des Permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO) - Apport d'un psychologue dans trois Missions locales de la région Rhône-Alpes ;
- mise en place d'un réseau de professionnels pluridisciplinaires en Franche-Comté, «Réseau régional pluri-professionnel, santé physique, psychique et sociale pour adolescents et jeunes adultes».

1 - Contextes régionaux

Les deux actions dont l'évaluation est présentée ici visent des objectifs communs :

- améliorer l'accès à une écoute compétente pour les jeunes en situation de mal-être,
- en faciliter la prise en charge et le suivi, si nécessaire.

Les deux actions cherchent à apporter à la fois une réponse aux jeunes en difficulté et de nouveaux outils aux professionnels travaillant au contact des jeunes. Elles se rejoignent sur la volonté de faire travailler ensemble des professionnels de disciplines différentes.

Les modalités des deux actions sont cependant différentes, puisqu'en Rhône-Alpes il s'agit de l'intervention d'un psychologue dans les Missions locales, et en Franche-Comté de la mise en réseau de professionnels d'horizons divers (médecins généralistes, travailleurs sociaux, équipes hospitalières, enseignants...) sur l'ensemble de la région.

Par ailleurs, l'avancement des actions est différent.

En effet, en Rhône-Alpes l'intervention de psychologues dans les Missions locales est effective depuis 1997 tandis qu'en Franche-Comté le réseau est en phase de mise en place et ne fonctionne pas encore.

En Franche-Comté, il s'agit d'un projet de longue haleine, dont la conception s'étale sur plusieurs années (le premier projet remonte à août 1997).

Il occupe une place particulière dans le PRS. En effet, la mise en place du réseau constitue l'un des projets "phares" du PRS, en raison de son caractère innovant et ambitieux.

1.1 - Les actions évaluées

• En Rhône-Alpes

Le problème identifié est la fréquence et l'importance de la souffrance psychique chez les jeunes «clients» du réseau Missions locales / PAIO. De nombreux jeunes se mettent en situation d'échecs répétés, et/ou expriment un mal-être important, ce qui entrave leur insertion professionnelle. Cette souffrance peut se prolonger par des passages à l'acte suicidaire ou des conduites toxicomaniaques.

D'autre part, ces jeunes ont des difficultés à accéder aux services de soins psychiques dont ils pourraient bénéficier : ils connaissent mal ces structures, en ont des représentations très négatives liées à la folie et/ou refusent de reconnaître (ou ne sont pas conscients de) leurs difficultés.

Les conseillers en insertion ont des difficultés à accompagner ces jeunes dans leurs parcours d'insertion, parce que ces derniers sont «parasités» par des problématiques personnelles trop envahissantes. Ils s'interrogent sur la pertinence et le sens de leur accompagnement de ces jeunes qui mettent en échec toute mesure d'insertion. Ils ont le sentiment d'atteindre les limites de leurs compétences.

En faisant intervenir un psychologue dans la Mission locale, le but est de prendre en compte simultanément le problème d'insertion et la souffrance psychique des jeunes, d'apporter une aide aux conseillers, et de favoriser le partenariat avec les services de santé mentale.

• En Franche-Comté

L'évaluation décrite ici concerne la mise en place d'un réseau de professionnels pluridisciplinaires. L'objectif de ce réseau est d'établir des liens entre les professionnels au contact des jeunes afin d'améliorer les réponses au mal-être par une approche globale et pluridisciplinaire des besoins de santé : promotion de la santé, prévention, soins, insertion, recherche.

Ce projet de réseau résulte d'un constat largement reconnu, d'inadéquation entre d'une part, l'offre de soins souvent étoffée et diversifiée et d'autre part le besoin du jeune, de sa famille, des tiers sollicités en première intention.

Une association loi 1901, créée spécifiquement pour la mise en place du réseau, a donc été constituée en mars 1999, prenant ainsi le relais du groupe-projet issu du PRS. Cette association

emploie actuellement deux psychologues (soit au total un peu plus d'un mi-temps).

Il est prévu que le réseau s'articule avec une structure régionale d'écoute téléphonique : un numéro vert destiné aux jeunes et un numéro payant pour les professionnels, les parents et l'entourage des jeunes en difficulté. Cette structure d'écoute doit en effet pouvoir s'appuyer sur un réseau de professionnels référents capables de prendre en charge les jeunes en difficulté et d'apporter ainsi une réponse de proximité (assurer le suivi après l'appel téléphonique). Une équipe écoutante par département devrait être constituée, soit quatre au total, coordonnées au niveau régional.

Ce projet repose sur la participation des partenaires locaux (Conseils généraux, Education Nationale, missions locales...) ; en effet, il est prévu que les permanences téléphoniques soient assurées par les personnels mis à disposition par les institutions adhérant au réseau.

1.2 - Des populations cibles différentes selon l'action

- En Rhône-Alpes, l'action concerne principalement les jeunes qui fréquentent les Missions locales et les professionnels qui y travaillent.
- En Franche-Comté, le réseau concerne potentiellement tout jeune de 12 à 24 ans, ses proches, sa famille, ses pairs mais aussi tout professionnel de la région travaillant au contact de jeunes.

2 - Démarches d'évaluation

2.1 - Objectifs et méthodes

• En Rhône-Alpes

Il s'agit à la fois d'une évaluation de processus (comment la permanence du psychologue a-t-elle été implantée et comment fonctionne-t-elle ?), et d'une évaluation d'impact (quels ont été les effets de l'intervention du psychologue dans la Mission locale ?).

L'apport d'un psychologue dans les Missions locales est évalué selon trois dimensions :

- l'écoute des jeunes en souffrance psychique
- l'appui aux professionnels de la Mission locale pour qu'ils développent leur capacité d'écoute
- l'apport du psychologue dans la structuration du réseau de partenaires santé de la Mission locale.

Trois Missions locales de la région sont évaluées. Elles sont implantées dans des villes de tailles différentes : banlieue lyonnaise (Bron-Décines-Meyzieu), ville secondaire (Sait-Etienne) et zone semi-rurale (Vallée de la Drôme).

Il s'agit d'une auto-évaluation assistée. Elle a été réalisée par un psychologue travaillant en Mission locale (autre que celles où ont lieu les évaluations), relayé par le «réfèrent santé» de chaque Mission locale, et assisté par le médecin directeur d'études de l'ORS pour les aspects méthodologiques et statistiques. Ce travail a également été soutenu par la coordinatrice du réseau Missions locales / PAIO et par le médecin inspecteur en charge du PRS suicide à la DRASS.

L'évaluation a fait appel à des entretiens et à cinq questionnaires :

- les trois premiers questionnaires (n° 1, 2, 3) ont permis de croiser les perceptions des trois groupes d'acteurs interrogés (directeur, psychologue, conseillers) sur l'organisation du travail et l'apport du psychologue dans la Mission locale ;
- les deux derniers questionnaires (n° 4 et 5) ont été remplis pour tous les jeunes vus au moins une fois dans la période allant de septembre 1999 à février 2000 inclus, soit 6 mois d'activité
 - le questionnaire n° 4 concerne les jeunes pour lesquels un avis a été demandé au psychologue par le conseiller (non suivi d'entretien du jeune avec le psychologue). Le petit nombre de questionnaires remplis fait qu'il n'a pas pu être exploité.
 - le questionnaire n° 5 concerne les jeunes vus en entretien par le psychologue. Ce questionnaire (rempli par le conseiller et le psychologue) a permis d'analyser le profil des jeunes concernés, de comparer les difficultés repérées par le conseiller et celles repérées par le psychologue, et d'apprécier les effets des entretiens chez les jeunes.

Des entretiens avec les référents santé, les psychologues et les directeurs, et/ou des rencontres avec les équipes de conseillers ont été organisés à la demande et selon le contexte de chaque Mission locale pour compléter le recueil des données.

• **En Franche-Comté**

L'URCAM et la DRASS ont retenu conjointement une évaluation de mise en œuvre, le réseau n'étant pas encore effectif au moment de l'évaluation.

Cette évaluation porte donc sur la mise en place du réseau et non sur son fonctionnement. L'objectif est à la fois d'évaluer la pertinence de l'action, sa cohérence dans l'ensemble du PRS ainsi que sa mise en place (ressources mobilisées, procédures utilisées, solution juridique retenue, organisation).

Le recueil des informations a été réalisé par l'ORS à partir d'une part, de documents «historiques» du réseau et d'autre part, d'entretiens individuels auprès de professionnels.

Concernant les documents du réseau, il s'agit de documents fondateurs du projet : analyse initiale, description du projet, rapports d'étape, budget prévisionnel, statuts associatifs, comptes-rendus de réunions, procès-verbaux des conseils d'administration, charte du réseau... L'examen

de ces documents a permis d'éclairer certaines questions telles que : sur quel argumentaire le réseau s'est-il constitué ? Le réseau a-t-il des buts et des objectifs précis ?

Les entretiens individuels se sont déroulés de novembre 1999 à janvier 2000, ainsi qu'en juillet 2000 afin de préciser les éléments les plus récents. Ces entretiens ont eu lieu avec les responsables du réseau (Présidente de l'association du réseau, chef de projet) et des professionnels impliqués dans sa constitution. Dix entretiens ont été réalisés.

Les informations qualitatives tirées des entretiens ont permis de préciser les objectifs du réseau, d'affiner la compréhension de la situation locale et de connaître les motivations et les attentes des professionnels.

Dans un premier temps, il est apparu indispensable de retracer, de façon relativement concise, le déroulement et les modifications successives du projet, depuis sa conception jusqu'à son point d'avancement actuel. Cette tâche a nécessité une reconstitution de "l'histoire" du projet, puisqu'il n'existait jusqu'à présent, aucun document récent condensant l'ensemble de ces éléments.

2.2 - Résultats

• En Rhône-Alpes

** L'évaluation du processus permet de présenter brièvement l'action dans chaque Mission locale.*

- Mission locale de la Vallée de la Drôme

Le «Lieu d'accueil, d'écoute, et d'accompagnement psychologique» a été mis en place en octobre 1997, après une longue phase de réflexion sur l'importance de la souffrance psychologique des jeunes accueillis et ses effets invalidants.

Le dispositif fonctionne depuis le début avec le même psychologue, vacataire, de formation systémique. Il travaille dans trois des quatre sites prévus (Crest, Die, Loriol et non Livron), à raison de deux vacations (deux demi-journées) par mois dans chaque site. Outre les entretiens avec les jeunes (63 entretiens pour 21 jeunes durant la période d'évaluation), le psychologue a animé un groupe d'échange sur la pratique avec les conseillers (une réunion par mois).

Une satisfaction globale est exprimée par rapport au travail avec le psychologue. L'exiguïté des locaux de la Mission locale fait que les conseillers doivent libérer un bureau pour les permanences du psychologue.

Suite à l'évaluation, la fréquentation du Point écoute, un temps ralentie, s'est renforcée, et la permanence de Livron est désormais assurée en alternance avec celle de Loriol, ces deux villes étant proches.

- Mission locale de Saint-Etienne

Le «Point écoute» a été mis en place en décembre 1997, après plusieurs actions des permanents de la Mission locale et de ses partenaires sur la santé et la prévention auprès des jeunes. Le Point écoute fonctionne depuis le début avec la même psychologue, d'inspiration analytique, qui est salariée (contrat à durée indéterminée) à mi-temps. Elle reçoit des jeunes de la Mission locale (84 entretiens pour 25 jeunes durant la période d'évaluation) mais aussi des jeunes envoyés par le Centre d'examen de santé. Une fois par mois, elle anime une réunion de deux heures d'analyse de la pratique professionnelle avec les conseillers. Elle a également organisé deux réunions autour d'une personne ressource durant la période d'évaluation : la première sur «la transgression des lois» était ouverte à des partenaires extérieurs, la seconde sur «l'exclusion et ses conséquences psychiques» n'était pas ouverte.

Une satisfaction globale est exprimée par rapport au travail avec la psychologue. Cette action se formalise et se structure davantage avec le temps, ce qui témoigne de la rigueur et de l'ouverture avec lesquelles le projet a été conçu puis mis en œuvre. L'évaluation a elle aussi été vécue comme une étape pouvant contribuer à la maturation de l'action.

- Mission Locale de Bron-Décines-Meyzieu

La réflexion sur la santé des jeunes est ancienne dans cette Mission locale, particulièrement en ce qui concerne les conduites de dépendance, et c'est la montée de la violence chez les jeunes sur le site de Bron qui a déclenché une série de mesures, dont la mise en place d'un " Projet de prévention des suicides et de prise en compte du mal-être des jeunes " en juin 1997. Le psychologue, vacataire et d'inspiration analytique, ne travaille que sur les sites de Bron et Meyzieu, à raison d'une demi-journée par semaine dans chaque site. A Décines, c'est une association qui intervient. Un autre psychologue est responsable de l'accompagnement des équipes de conseillers, qu'il réunit une fois tous les deux mois sur chaque site.

A Meyzieu, les conseillers expriment une nette insatisfaction par rapport au travail avec la psychologue, et à Bron il y a des malentendus sur le contenu et les objectifs de l'action. Face à ces éléments restitués par l'évaluation, la directrice a préféré suspendre les permanences en décembre 1999, pour prendre le temps de la réflexion et réorienter le projet. Durant la période d'évaluation et avant la suspension des permanences, le psychologue a eu 32 entretiens avec 10 jeunes (mais 3 n'ont pas fait l'objet d'un questionnaire).

Dans son projet 2000, la Mission locale n'a pas repris les permanences de psychologue, tout en continuant la supervision des conseillers et en développant d'autres actions plus sociales vis-à-vis des jeunes.

** Les conclusions de l'évaluation d'impact sont analysées pour chaque objectif*

Cette évaluation a deux limites. D'une part les jeunes n'ont pas été interrogés directement, c'est le regard croisé du conseiller et du psychologue qui lui sert de support. D'autre part, les partenaires extérieurs n'ont pas été interrogés.

Enfin, l'évaluation de l'efficacité de cette action en terme de prévention des tentatives de suicide et du suicide n'est pas abordée ici. Elle nécessiterait un suivi de cohorte qui poserait des problèmes éthiques et méthodologiques importants (anonymat, taille de l'échantillon, durée du

suivi, importance d'autres événements...). Mais il est logique de poser le postulat qu'en agissant sur la souffrance psychologique des jeunes il y a prévention du passage à l'acte suicidaire.

- Les conseillers en insertion expriment une grande satisfaction par rapport au travail avec le psychologue. Ils estiment trouver auprès de lui un soutien dans leur relation d'aide et dans la conduite à tenir avec certains jeunes. Ils pensent également que la capacité d'écoute de l'ensemble de l'équipe est améliorée. La crainte évoquée par certains de «psychologisation» du mal-être social, ou autrement dit de la dérive de l'écoute des jeunes des conseillers vers les psychologues n'est donc pas vérifiée dans les faits, bien au contraire.

En d'autres termes, la présence du psychologue permet aux conseillers d'améliorer leur écoute, de s'ouvrir à l'expression du mal-être des jeunes, de mieux qualifier avec eux ce qui ne va pas, et de trouver ou créer la bonne "distance" avec les jeunes. Les conseillers restent donc les référents permanents des jeunes.

- Les jeunes rencontrés en entretiens par le psychologue sont finalement peu nombreux : quelques dizaines par an dans chaque Mission locale. Mais ils sont en grande souffrance psychique : sur les 53 jeunes de l'échantillon analysé, un tiers souffrent de maux physiques divers, de fatigue, de troubles du sommeil, la moitié souffrent de solitude, de déprime, de nervosité, d'angoisse, s'ennuient, deux tiers ont des difficultés familiales ou relationnelles, et les trois quarts sont en échec.

L'analyse des concordances entre l'appréciation de ces troubles par les conseillers et par les psychologues montre qu'ils ne s'intéressent pas aux mêmes champs. Les psychologues renseignent plus souvent que les conseillers les difficultés des jeunes, notamment les troubles de l'humeur et du comportement. Mais quand ils renseignent tous les deux le même champ, leur concordance est bonne ou excellente, à l'exception de 4 items (déprime, angoisse, difficultés familiales, et échecs) pour lesquels un langage commun est à construire. Ceci confirme le caractère complémentaire du travail du conseiller et du psychologue.

Les jeunes se rendent facilement à ces entretiens, qui ont lieu en plus de l'accompagnement par les conseillers : seuls 12 sur 53 ont rompu le lien avec le psychologue et n'ont pas donné de suite, ce qui est faible pour une population qui n'exprime pas de demande de soins.

Les effets ont été analysés pour les 32 jeunes ayant mené à son terme le travail avec le psychologue. Trois ou quatre entretiens en moyenne peuvent avoir des effets positifs (amélioration ou stabilisation) sur l'humeur (30 jeunes sur 32), les troubles fonctionnels (10/32), les troubles du comportement (16/32), la vie relationnelle (25/32) et le parcours d'insertion de ces jeunes (24/32).

Il ne s'agit pas de «soin» à proprement parler, même si les méthodes des psychologues sont les mêmes que lors d'un travail clinique. Il s'agit de prendre *en compte* le mal-être des jeunes plus que de le prendre *en charge* (ce qui correspondrait plus à la définition du "soin"). En d'autres termes, il s'agit d'aider le jeune à nommer son mal-être, à le relier avec des événements de son histoire, avec d'éventuelles difficultés de relation et d'insertion, pour qu'il prenne du sens. Ce soutien, cet étayage, cette revalorisation narcissique peut lui permettre de passer un moment difficile ou sortir d'une logique d'échec.

- L'évaluation de l'impact du psychologue sur le développement du partenariat entre la Mission locale et les structures de soins pose des problèmes de recul et de méthode : cet objectif ne peut être réalisé qu'à moyen et à long terme, et les outils d'évaluation du partenariat et du réseau sont peu développés.

L'idée de départ était que le psychologue pouvait être un élément favorisant de la qualité du lien entre la Mission locale et les structures de soins grâce à son rôle de médiateur entre les deux : travaillant à la Mission locale (et parfois aussi dans le secteur du soin classique), il est amené à référer des jeunes relevant du soin psychiatrique (8 des 53 jeunes de l'échantillon).

Ce travail de structuration du partenariat passe aussi par des temps de réflexion sur des thèmes communs, et par l'implication des structures de soin dans le pilotage de l'action en Mission locale.

• En Franche-Comté

L'évaluation fait apparaître que l'idée fondatrice motivant la constitution du réseau correspond à un besoin exprimé largement par les professionnels de la région.

Ces professionnels de "terrain" ont très rapidement manifesté leur intérêt pour ce projet par leur implication active dans les réunions de mise en place du réseau dès 1998.

Pourtant, l'année 1999, après la création de l'association du réseau (en mars), est apparue comme une période d'attente et de doute puisque aucun outil concret n'a été mis en place.

La structure régionale d'écoute téléphonique qui devait, en effet, être fonctionnelle en début d'année 2000, après avoir été reportée au mois d'avril, est de nouveau repoussée à l'automne.

Compte tenu du mode d'organisation choisi (mise à disposition de personnels pour assurer les permanences), sa création est conditionnée à l'adhésion au projet d'institutions tels que les Conseils Généraux et l'Education Nationale, qui jusqu'à présent ne se sont pas prononcés sur leur participation.

Par ailleurs, en décembre 1999, un agrément pour le réseau avait été sollicité auprès de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, par les responsables de l'association ; en juillet 2000, cet agrément n'a pas encore été délivré et le Directeur de l'Agence a émis des réserves au sujet de cet agrément.

Malgré ces obstacles, le conseil d'administration de l'association a avalisé le recrutement de deux personnes supplémentaires au sein de l'association (un coordinateur et son adjoint), afin de renforcer son rôle "d'animateur" de réseau.

Formation

Parallèlement, cinq personnes impliquées dans la mise en place du réseau ont débuté en janvier 2000 une formation à l'écoute téléphonique (dispensée par l'Ecole des Parents à Paris).

Il est prévu ensuite que cette formation soit transmise localement, par ces cinq personnes, à des professionnels de la région dans le cadre de la mise en place de la structure d'écoute.

Un groupe de travail s'est constitué pour réfléchir à l'organisation de ces formations locales.

Financement

De 1998 à juillet 2000, le réseau a bénéficié au total de près de 600 000 francs de subventions (FNPEIS, Etat, Conseil Régional). Ils ont permis de financer les postes des deux psychologues au sein de l'association (soit environ un peu plus d'un mi-temps au total), un appui méthodologique au chef de projet, la formation à l'écoute téléphonique pour les cinq professionnels, le fonctionnement de l'association.

Il va de soi que la mise en place du réseau et le fonctionnement de l'association engendrent également un certain nombre de coûts indirects ou coûts cachés. Il s'agit essentiellement du temps et de «l'énergie» mis à la disposition du réseau par de nombreux professionnels non rémunérés par l'association (on compte environ une trentaine de personnes dans ce cas). Ce coût est supporté le plus souvent par les employeurs et pour certains, pris sur leur temps personnel.

Les responsables ont pris relativement tardivement conscience que la charge de travail nécessaire à la mise en place du réseau est trop importante pour reposer uniquement sur les administrateurs de l'association. On peut penser que cela a retardé la montée en puissance de l'association et la mise en place du réseau.

Ce constat a amené très récemment le conseil d'administration à prendre la décision de renforcer l'équipe salariée de l'association (les deux recrutements supplémentaires prévus).

Les points forts et les freins mis en évidence concernant la mise en place du réseau sont présentés ci-dessous :

Points forts

- Il existe un réel consensus sur les besoins exprimés par les professionnels. En effet, ces besoins, qui légitiment la création du réseau, ont été clairement identifiés et exprimés par de nombreux professionnels, notamment dans le cadre du PRS (nécessité de coordination et de décloisonnement des structures).
- Le projet a bénéficié du bilan préalable (bibliographie, recensement des actions existantes...) réalisé pour le PRS.
- La création du réseau est un programme à la fois ambitieux et innovant : approche globale de la santé, modification des pratiques (associer et faire travailler ensemble des professionnels aux intérêts qui ne sont pas toujours convergents et aux pratiques et références théoriques souvent très différentes).
- Le réseau s'est doté de moyens de fonctionnement démocratique (l'association).
- Une charte a été établie.
- Les promoteurs du réseau ont établi un groupe d'objectifs cohérents, bien définis en termes de résultats.
- L'association du réseau dispose de fondateurs motivés, de membres volontaires aux compétences complémentaires.
- Réussite de la pluridisciplinarité et de la compétence, rassemblées au sein du réseau qui était loin d'être évidente.

- Qualité de la préparation du projet et de sa mise en place (il associe des professionnels issus d'horizons variés, souci de ne laisser personne en dehors du réseau, consultation des professionnels de terrain, cadre de référence rigoureux).
- La formation des acteurs a été prévue dès la conception du réseau.
- Respect des principaux critères de réussite d'un réseau (disposer d'un fondateur motivé, d'objectifs cohérents, d'une population-cible définie, avoir établi une charte, volontariat...).

Freins à la mise en place du réseau

- Problème d'image, de lisibilité.

La difficulté de compréhension du projet dans sa globalité est due à plusieurs facteurs :

- la complexité du projet (objectifs innovants, modifications des pratiques) ; difficulté de tracer un historique simple du projet ;
 - la complexité du déroulement de la mise en œuvre du projet dans le temps : évolution et adaptation permanentes en fonction des opportunités (financières / partenariales). Intrication forte du réseau et du numéro vert (certaine indécision concernant l'action à mettre en place en premier) ;
 - pas d'autonomie marquée de l'association du réseau (amalgame avec la structure qui héberge l'association, délégation de gestion) ;
 - multiplicité d'acteurs (association, chef de projet, coordinateur de projet, coordinateur du réseau) ;
 - le promoteur du projet est bien identifié tandis que le réseau lui-même, son nom, ses objectifs sont connus de façon approximative. La constitution de l'association n'a pas modifié significativement cette situation. Son nom, pour être consensuel est très long. Plusieurs noms d'usage sont alors utilisés.
- Manque de communication autour du projet (interne et externe à l'association du réseau). Il n'existe pas de document présentant le projet.
 - Le travail nécessaire à la constitution du réseau repose sur l'implication de professionnels qui exercent parallèlement une autre activité (médecin, magistrat, psychologue...).
 - Manque de développement d'outils concrets utilisables par les professionnels de terrain. La conséquence principale a été l'effritement de la mobilisation des professionnels de terrain (phase de doute). Les promoteurs en sont conscients. Ceci explique pourquoi les efforts se concentrent autour de la mise en place de la structure d'écoute qui pourra permettre d'apporter une visibilité à l'ensemble ; toutefois, l'ouverture de la ligne d'écoute est de nouveau repoussée (avril 2000 puis octobre 2000).
 - Projet complexe dont l'acceptabilité n'est pas immédiate (crainte de la concurrence, travailler avec des professionnels avec lesquels il n'est pas habituel d'échanger, remise en cause de sa pratique).
 - La création de l'association puis son développement programmé (embauche de personnel) ne va pas dans le sens souhaité initialement. En effet, l'objectif n'était pas de créer une structure supplémentaire mais de créer une dynamique entre les professionnels (fédérer les personnes, les structures existantes).

- Le choix de ne pas gérer directement les subventions versées pour l'association (délégation de gestion hospitalière et prochainement gestion par un tiers de la comptabilité) entraîne des lourdeurs de fonctionnement.
- Dimension régionale difficile à obtenir et à conserver (conseil d'administration essentiellement composé de personnes de Besançon).
- Contexte local : le coordinateur du PRS a été absent de la région pendant l'année 1999 ; le réseau a manqué d'un appui administratif fort au sein de la DRASS au cours de cette année pour mobiliser les institutions et communiquer sur le réseau.
- Pas d'implication des personnels libéraux alors que leur rôle en matière de prise en charge est essentiel.
- Jusqu'à présent, les institutions n'ont pas manifesté concrètement leur soutien au projet (la mise en place de la structure régionale d'écoute dépend de la mise à disposition de leurs personnels).
- L'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) a émis des réserves concernant l'agrément du réseau, sollicité par les responsables de l'association.

3 - Conclusions et perspectives

En Rhône-Alpes

Un psychologue dans une Mission locale apporte à certains jeunes en mal-être une réponse qui n'est pas celle du «soin» classique, mais qui apporte un soutien et un étayage. Il renforce également l'écoute des conseillers en insertion sans s'y substituer.

La réussite du lieu d'écoute est étroitement liée à la qualité du lien entre le psychologue et les conseillers. Les deux fonctions, d'écoute des jeunes, et de soutien aux conseillers, sont donc indissociables.

Ce lien se construit dans les cadres préalablement définis, comme les réunions d'analyse de pratique, mais aussi dans le quotidien autour d'échanges informels. Cette fonction de support des conseillers occupe plus du tiers du temps du psychologue, et doit donc être explicitement prévue au départ.

Elle est favorisée par quatre éléments :

- Le fait de tenir les permanences du psychologue dans les locaux de la Mission locale favorise les échanges avec les conseillers et les rendent plus accessibles à certains jeunes puisqu'il n'y a pas à changer d'institution. Cependant des entretiens à l'extérieur de la Mission locale peuvent se justifier pour rassurer certains jeunes sur la discrétion et la confidentialité de l'entretien.
- La présence régulière du psychologue (au moins une fois par semaine) est préférable à une présence "en pointillés" pour permettre à ce lien de se créer et pour éviter l'attente trop longue des jeunes pour un entretien.

- La pérennité du poste de psychologue est importante pour qu'il s'investisse sur des objectifs à moyen et long terme (renforcement du réseau). Cette pérennité n'est pas assurée si le financement du poste de psychologue et son statut sont précaires (sauf s'il a par ailleurs un contrat à durée indéterminée).
- Le fait que les trois psychologues soient des personnes expérimentées qui ont choisi de faire ce travail écarte la crainte que ce type de poste ne soit pourvu que par des jeunes diplômés qui pourraient se trouver en difficulté du fait du côté isolé de ce mode d'exercice.

Ce type d'action n'est pas «réplicable» de façon standardisée et indifférenciée : il ne serait pas réaliste de vouloir mettre un psychologue dans chaque Mission locale.

Six facteurs de succès de l'implantation d'une permanence psychologique dans une Mission locale ont été identifiés :

- la permanence psychologique a du sens par rapport à l'histoire de la Mission locale et à celle de ses membres ;
- elle s'inscrit dans le cadre des actions santé de la Mission locale portées par un(e) référent(e) santé ;
- elle est mise en place après un diagnostic et une étude de besoins locaux réalisée par la Mission locale et ses partenaires ;
- des cadres et objectifs à l'intérieur desquels le travail pourra se réaliser sont définis, en particulier en ce qui concerne le partenariat local ;
- les conseillers sont impliqués dans le diagnostic, la mise en place et le suivi de la permanence ;
- les objectifs et les modalités d'action sont régulièrement ré-interrogés par un processus d'évaluation. La méthodologie mise en œuvre pour la présente évaluation peut être reprise à cet effet. L'association d'une évaluation interne par les acteurs de la Mission locale avec l'appui d'un regard extérieur pouvant venir d'une autre Mission locale est pertinente.

En Franche-Comté

Le projet évalué est ambitieux à la fois par sa dimension (créer un réseau au plan régional) mais aussi par son objectif (modifier les pratiques, approche globale de la santé).

Malgré le consensus des professionnels autour de l'idée fondatrice puis la constitution de l'association, le réseau ne fonctionne pas encore et la mise en place de la structure d'écoute est repoussée à l'automne 2000.

Les obstacles auxquels se heurtent les responsables du projet dans sa mise en place sont de deux ordres.

Il semble que ceux qui touchent à l'organisation se dissipent (modalité de fonctionnement de l'association, décision de recruter, développement de la structure d'écoute avant le réseau...).

En revanche, des interrogations persistent concernant la reconnaissance du projet par les institutions et leur implication concrète dans la mise en œuvre du réseau. En effet, d'une part, l'agrément sollicité auprès de l'ARH n'a toujours pas été délivré. D'autre part, la concrétisation

effective de l'ensemble du projet est soumise depuis plusieurs mois déjà au soutien des institutions et structures locales, qui ne se sont pas encore prononcées.

Elles auront toutefois à le faire d'ici septembre 2000 puisque la Présidente de l'association du réseau vient le leur a demandé par courrier à la fin du mois de juillet.

L'effort de communication sur le réseau et l'association, réalisé au cours de la première moitié de l'année 2000 (réunions de présentation dans les départements, publication prochaine d'un document de présentation) permettra peut-être une meilleure lisibilité du projet.

Les difficultés de mise en place de ce réseau ne résident donc pas dans l'implication des professionnels qui en attendent un outil, mais dans le soutien politique et financier à sa réalisation.

Cette situation montre qu'au-delà d'une volonté réelle des professionnels de terrain et d'un effort manifeste d'organisation (mise en place d'une association, moyens spécifiques notamment financiers), un tel projet est un processus long, conditionné à la volonté politique et à l'implication de toutes les institutions concernées.

En conclusion,

Les expériences évaluées en Rhône-Alpes et en Franche-Comté sont toutes deux basées sur un travail entre partenaires de disciplines différentes, visant à établir ou consolider un réseau d'intervenants complémentaires.

La principale différence entre ces deux expériences concerne l'approche du réseau :

- en Rhône-Alpes, le projet est basé sur un travail partenarial de terrain (les psychologues dans les Missions locales), auquel s'accroche un partenariat d'institutions visant au renforcement du réseau à moyen terme : cette approche peut être qualifiée «d'ascendante» et locale ;
- en Franche-Comté, le projet vise d'emblée à la création d'un réseau régional qui va ensuite s'opérationnaliser par des actions de terrain : cette approche peut être qualifiée de «descendante» et régionale.

Compte tenu de l'avancement différent des deux projets, on ne peut comparer la pertinence de ces deux stratégies. Mais il apparaît que chacune induit des situations différentes :

- l'approche «ascendante» et locale permet immédiatement la réalisation d'actions concrètes, mais avec le risque de se focaliser sur ce travail de terrain et de laisser passer au second plan le renforcement du réseau.
- l'approche «descendante» et régionale permet d'envisager une couverture géographique large, mais son manque d'application pratique le rend difficile à percevoir par les acteurs de terrain, et long à constituer.

Dans les deux cas, il apparaît que le travail pluridisciplinaire suppose une volonté des institutions, demande du temps, donc des ressources humaines, et demande d'organiser un cadre

de concertation et décision (Comité de pilotage, conventions...).

Au niveau des acteurs de terrain, le partenariat amène à des pratiques différentes de la pratique classique unidisciplinaire : par exemple, le conseiller en insertion améliore son écoute du mal-être des jeunes, le psychologue fait un travail d'écoute qui n'est pas du soin habituel.

Enfin, les outils d'évaluation dans le domaine du partenariat et des réseaux doivent être développés.

Conclusion

Cette démarche coordonnée d'évaluation de plusieurs actions de prévention du suicide, menée dans différentes régions dans le cadre des programmes régionaux de santé, permet de dresser un premier constat des besoins en matière d'évaluation, constat dont il est vraisemblable qu'il dépasse très largement le seul champ de la prévention du suicide pour concerner l'ensemble des programmes et actions de santé publique.

Dans ce domaine, les concepts et méthodes concernant l'évaluation sont encore peu développés et très insuffisamment partagés. Il existe notamment un réel déficit en outils d'évaluation validés (protocoles, questionnaires, référentiels...), éléments pourtant indispensables à la fiabilité et à la reproductibilité des évaluations.

Par ailleurs, les difficultés de programmation des évaluations par rapport au déroulement des actions sont très importantes. Elles limitent le choix des objectifs, mais aussi la mise en œuvre des démarches évaluatives.

Face à l'ampleur de ces besoins, un réel effort collectif doit être entrepris, et les priorités suivantes peuvent être proposées :

- favoriser le partage des principaux concepts en matière d'évaluation (définitions, objectifs, méthodes, coûts) par les promoteurs de programmes de santé publique au niveau national : c'est une condition nécessaire et préalable à l'élaboration de toute recommandation dans ce domaine ;
- élaborer à l'échelon national, en partenariat institutionnel, des recommandations dans certains domaines précis, là où les résultats actuels, même s'ils ne sont pas parfaitement consolidés, peuvent permettre une réelle avancée : c'est le cas, par exemple, pour l'élaboration des guides et répertoires ;
- améliorer la programmation des évaluations en diffusant auprès des acteurs régionaux une «culture» d'évaluation ;

- engager une réflexion visant à définir, en fonction des programmes et des actions, et de façon coordonnée entre les régions, quels types d'évaluation doivent être développés en priorité (pertinence, processus, impact, résultats), et mettre à disposition des promoteurs les outils et méthodes ;
- renforcer l'expertise permettant la mise au point des outils nécessaires à l'évaluation, tels que des référentiels de bonnes pratiques pour le travail en réseau d'acteurs, des systèmes de surveillance pour la mesure des résultats en termes de santé, une validation de questionnaires standardisés pour l'évaluation des pratiques, en tenant compte des priorités dégagées quant aux types d'évaluation à mener.