

# Contribution à l'évaluation de l'impact des programmes régionaux de prévention du suicide en France

(version du 24 octobre 2009)

Alain Jourdain

Professeur à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Rennes, France.

Alain.jourdain@ehsp.fr

## Introduction

L'évaluation des résultats des programmes de santé publique est une priorité dans la plupart des pays, mais celle-ci présente des difficultés méthodologiques.

Dans certains domaines, toutefois, la situation est plus favorable, notamment quand :

- il s'agit d'un problème sensible, dans le court terme, aux interventions en santé publique,
- la date de début d'une intervention de prévention est repérable
- une population témoin peut être choisie
- il existe des données de bonne qualité sur l'état de santé
- un groupe témoin existe.

C'est le cas pour les programmes régionaux de santé (PRS) pour la prévention du suicide en France qui ont débuté dès 1994.

Dans une précédente étude (JOURDAIN A, BELLANGER M, 2006), nous avons montré que les régions ayant réalisé un programme de prévention du suicide avaient connu une baisse de mortalité supérieure à celles n'ayant pas réalisé un tel programme, la différence de taux de mortalité observée entre 1995 et 2001 étant de l'ordre de 6%.

Cette étude ne tenait toutefois pas compte des comportements différents selon les générations.

## Méthode

Cette étude repose sur la différence d'évolution des taux de mortalité (dtm) qui mesure la différence entre avant et après le programme de prévention dans les régions expérimentales et les régions sans programme (groupe témoin).

$$\text{dtm} = (((t_{1995}/t_{1989})-1)-((t_{2001}/t_{1995})-1))*100$$

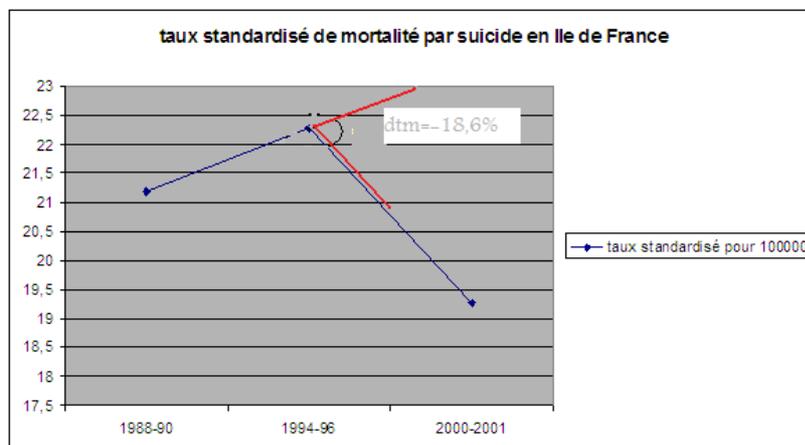


Figure 1 : exemple de dtm, différence de taux de mortalité avant/après PRS calculé pour les hommes en Ile de France

## Résultats

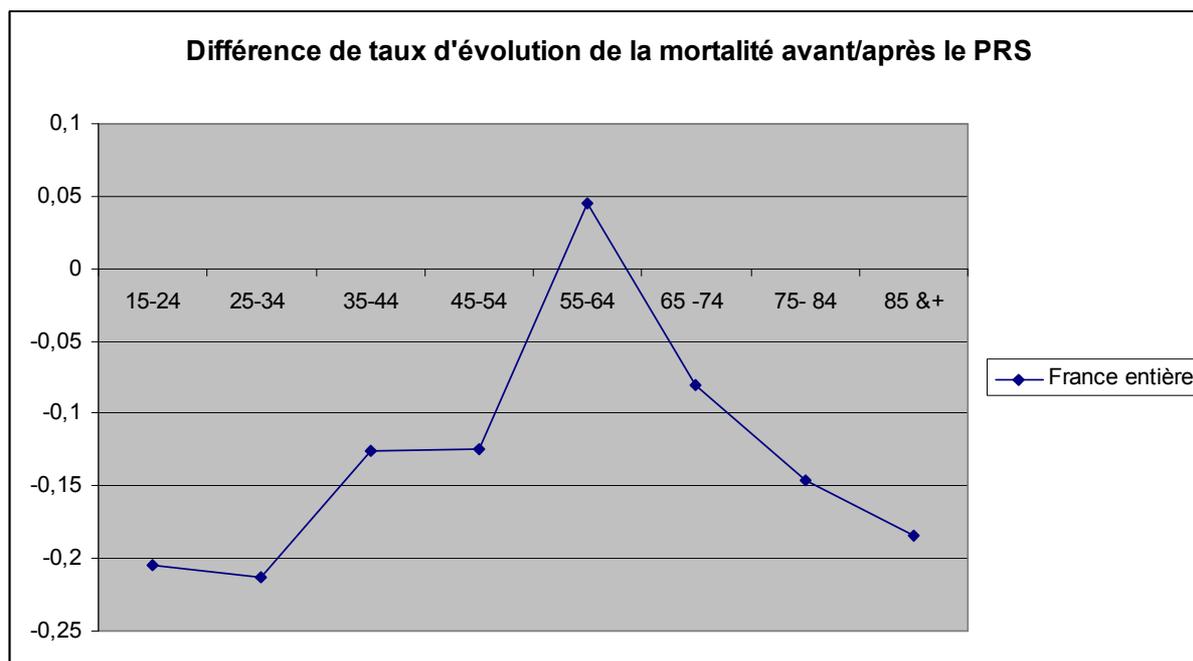


Figure 2

Globalement, l'indice dtm montre une décroissance de la mortalité par suicide en France entre 1989 et 2001 aux âges extrêmes. Seule la tranche d'âge des 55-64 ans voit sa situation se dégrader (figure 2), ce phénomène étant spécifique aux hommes (figure 3).

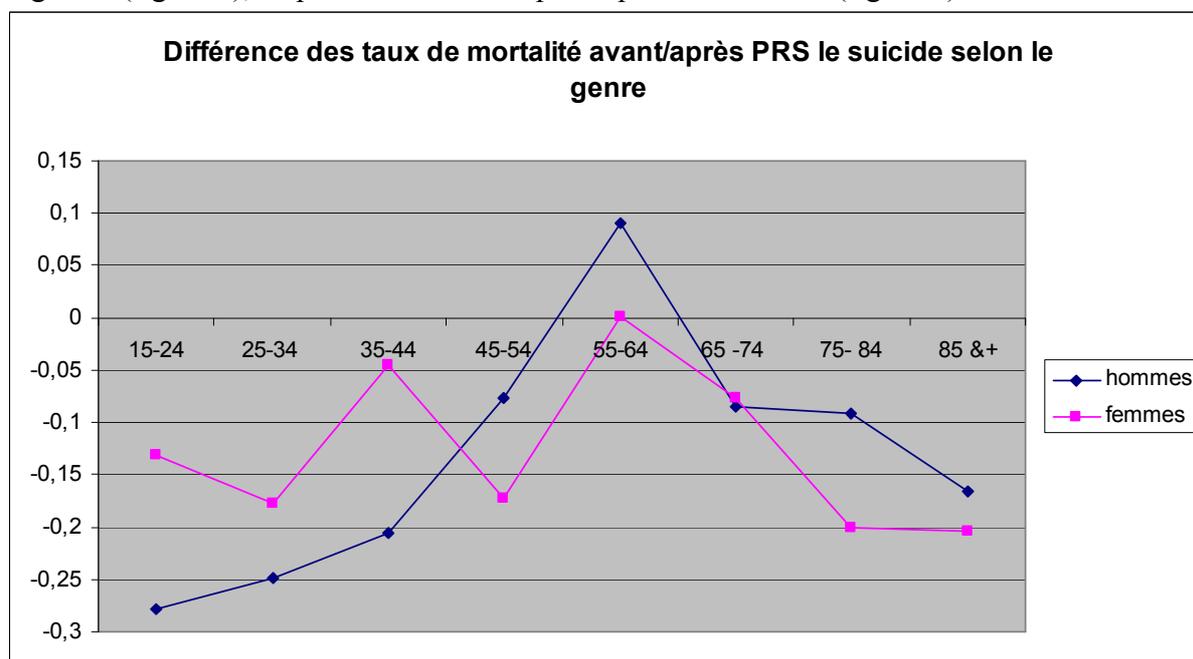


Figure 3

On constate également une différence globale de baisse de mortalité entre régions avec PRS et régions sans, mais celle-ci est variable selon les groupes d'âge (Figure 4).

Les régions avec PRS montrent une baisse à tous les âges et surtout chez les plus jeunes.

Les régions sans programme connaissent des variations plus contrastées, la mortalité des plus jeunes est stable, celle des 55-64 ans augmente.

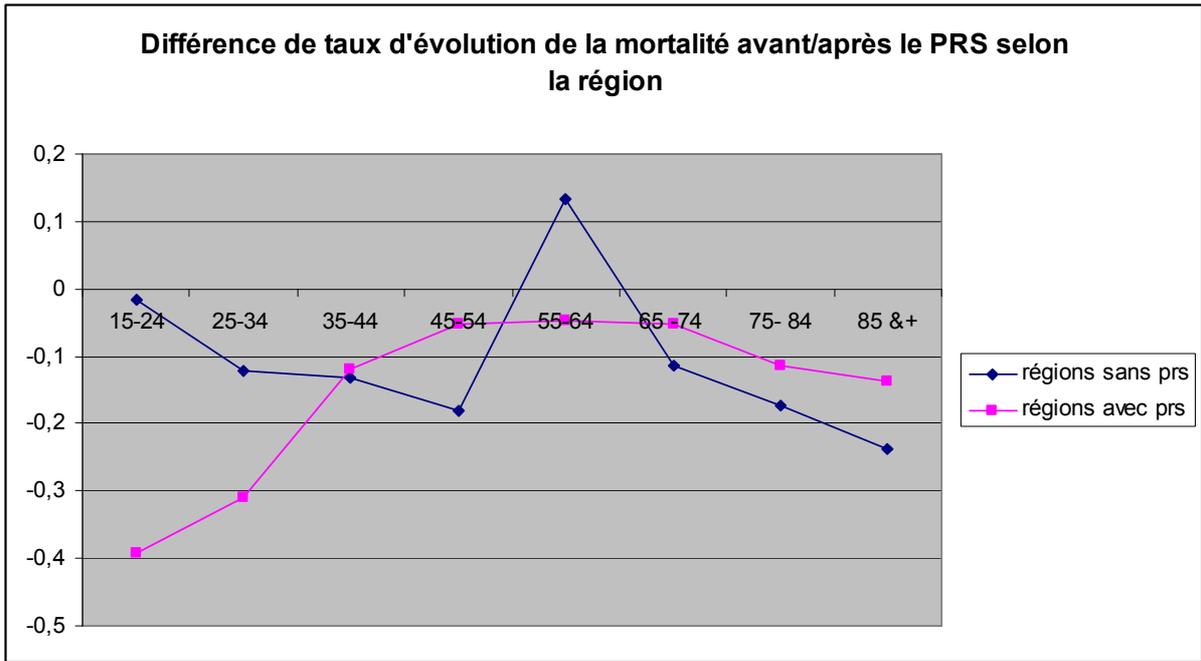


Figure 4

Pourquoi une telle hausse? Peut-on la rapprocher à la vague de suicides relevée récemment par les médias dans les grandes entreprises?

La comparaison entre les dtm féminins et masculins apporte un éclairage intéressant. La hausse de mortalité se confirme principalement chez les hommes (figure 5) des régions sans programme de prévention où :

- la mortalité baisse avant 45 ans et après 65 ans
- mais augmente sensiblement entre ces âges

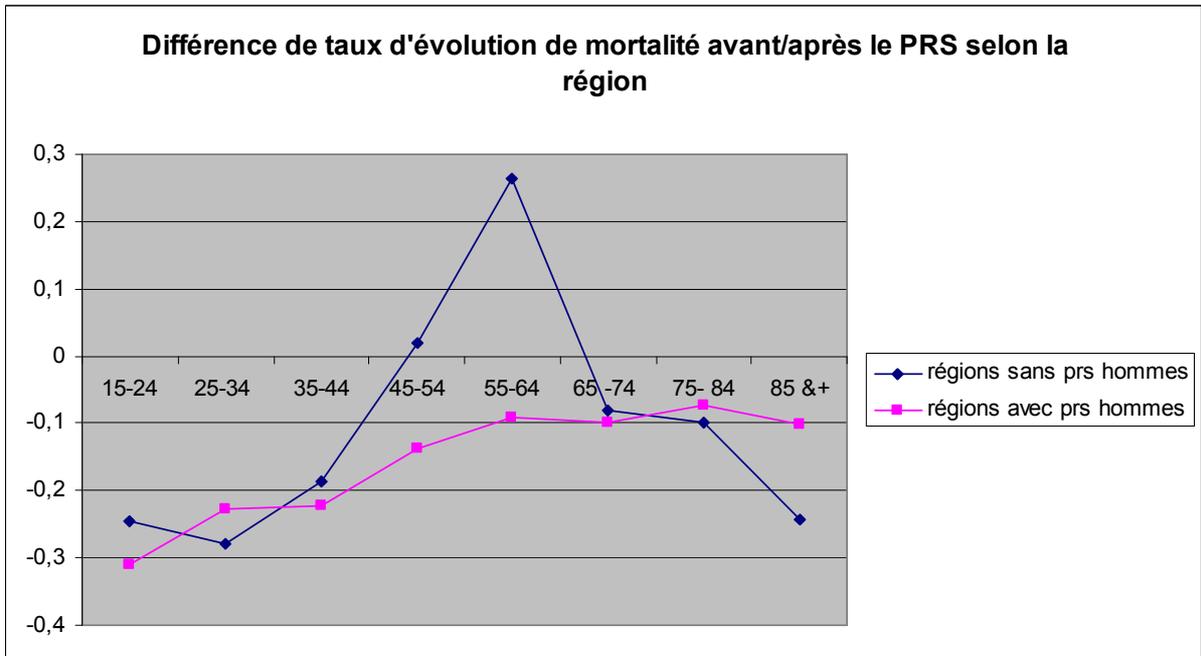


Figure 5

Pour les plus jeunes femmes (figure 6), la mortalité dans les régions avec programme diminue avant 35 ans, âge où la prévention semble trouver son meilleur résultat.

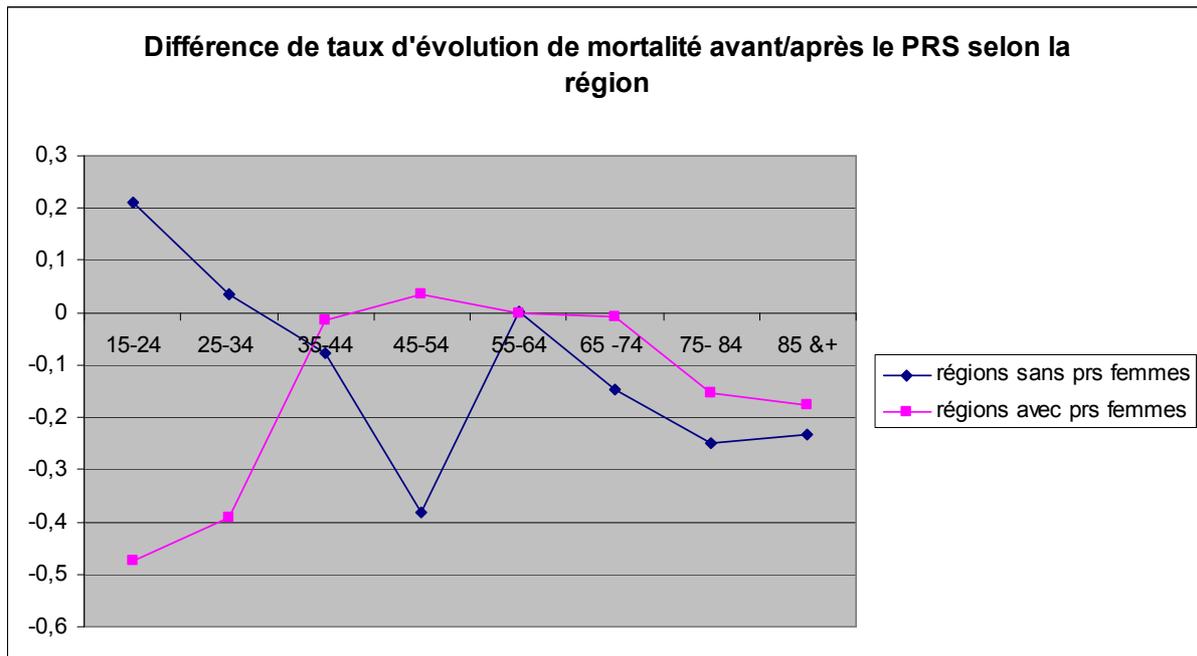


Figure 6

Mais après cet âge les politiques de prévention semblent atteindre leur limite car la chute est plus importante dans les régions sans programme.

Le test d'analyse de la variance permet de compléter les observations précédentes : les dtm baissent plus vite dans les régions avec PRS (- 15,4% de mortalité entre 1988 et 2001) alors que le dtm des régions avec PRS baissent moins (- 7,6%), soit une différence de 7,8 points, différence pratiquement significative au test de Fisher  $Pr > F = p=0,062$

## Conclusion

La mortalité par suicide en France au passage du second millénaire montre une hausse inquiétante de mortalité entre 55 et 64 ans.

Les programmes régionaux de prévention du suicide en France à la fin des années 90 peuvent avoir eu une influence sur la mortalité par suicide en faisant baisser plus fortement la mortalité dans les régions où ils ont été réalisés (11 sur 22), le gain total sur la période 1988-2001 étant de l'ordre de 7 à 8%.

Cet effet est limité à des groupes particuliers, par exemple les jeunes femmes de moins de 35 ans ou les hommes de 55 à 65 ans, pour ces derniers, les effets de la prévention ne compensent toutefois pas la dégradation générale de la mortalité de ce groupe d'âge en fin de vie professionnelle active.

La pertinence des stratégies développées dans les programmes de prévention des années 90 pour ces populations (Jourdain & Bellanger, 2006), à savoir la formation des personnels éducatifs, ou les restrictions à l'accès aux moyens létaux, est très variable.

Une meilleure identification de ces groupes socio démographiques pourrait permettre d'améliorer l'efficacité de la prévention.

## Références

JOURDAIN A., BELLANGER M., BATT-MOILLO A. (2007) Might the decrease in the suicide rates in France be due to regional prevention programmes? *Social science and medicine*, Volume 65, Issue 3, August 2007, Pages 431-441.

JOURDAIN A., BELLANGER M. (2006), « Evaluation des résultats des programmes régionaux de santé en France : Le cas des PRS de prévention du suicide ». *Santé publique*, décembre, 585-598.

JOURDAIN A. and BELLANGER M. (2004), Tackling Regional Health Inequalities in France by Resource Allocation, A Case for Complementary Instrumental and Process-Based Approaches? *Appl Health Econ Health Policy* 3 (4), p. 243-250.