

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la santé

Sous-direction santé des populations
et prévention des maladies chroniques

Bureau de la santé mentale

Instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide

NOR : SSAP1925004J

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 30 août 2019. – Visa CNP 2019-73.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : cette instruction a pour objet d'accompagner les ARS dans la mise en œuvre de la stratégie régionale de prévention du suicide de leurs PRS. Cette stratégie consiste à développer de manière simultanée dans les territoires un ensemble d'actions intégrées, conformément à l'action 6 de la feuille de route « santé mentale et psychiatrie » présentée par la ministre le 28 juin 2018.

Mots clés : feuille de route santé mentale et psychiatrie – stratégie multimodale de prévention du suicide – actions intégrées – Haut Conseil de santé publique – Plan national d'actions contre le suicide – PRS – projet territorial de santé mentale – conseil local de santé mentale – contrat local de santé – recontact des suicidants – Vigilans – formation – contagion suicidaire.

Références :

Plan priorité prévention : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/>

Feuille de route santé mentale et psychiatrie : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-jeudi-28-juin-2018>

Rapport du Haut Conseil de la santé publique : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapports/domaine?clefr=554>

Annexes :

Annexe 1. – Le maintien du contact avec les suicidants.

Annexe 2. – La formation en prévention du suicide.

Annexe 3. – La prévention de la contagion suicidaire.

*Le directeur général de la santé
à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé.*

Le suicide est la 14^e cause de mortalité dans le monde à l'origine chaque année de plus d'un million de décès, et on estime que ce chiffre va augmenter de 50 %, pour devenir la 12^e cause d'ici 2030 si nous n'agissons pas. Cela représente environ 1 suicide toutes les 40 secondes et une tentative de suicide toutes les 3 secondes, soit trois fois plus que les accidents de la route. En France, le taux de décès par suicide est de 13,7 pour 100 000 habitants¹, un des taux les plus élevés en Europe, derrière les pays de l'Est, la Finlande et la Belgique, la moyenne européenne se situant à

¹ Eurostat, Causes of death – standardised death rate, 2014.

11,3 pour 100 000 habitants. Le suicide en France concerne en premier lieu les hommes, avec un taux de décès liés au suicide de 27,7 pour 100 000 habitants chez les hommes pour 8,1 pour 100 000 habitants chez les femmes. *A contrario*, le nombre de tentatives de suicide, estimé en France à 200 000 par an, est plus important chez les femmes avec 110 000 tentatives².

L'épidémiologie est variable selon les régions voire les territoires, le taux allant dans les départements de 6,2 à 22,6 morts par suicide pour 100 000 habitants¹, ce qui permet d'alerter sur la situation de certains d'entre eux.

On considère qu'un suicide endeuille en moyenne 7 proches et impacte plus de 20 personnes. Il est aussi démontré que le risque de suicide augmente significativement dans l'entourage d'une personne suicidée (famille, camarades de classe, collègues de travail, etc.).

Une étude de l'unité de recherche en économie de la santé de l'hôtel Dieu à Paris a estimé à près de 5 milliards d'euros le « fardeau économique » du suicide et des tentatives de suicide pour l'année 2009 en France. Ainsi, le coût social d'un seul suicide serait de 350 000 € et le coût sanitaire d'une tentative de suicide de 5 à 15 000 €.

Le suicide est en grande partie évitable, ce qui en fait un enjeu majeur de santé publique. La prévention du suicide est donc une priorité qui doit être développée en intersectoriel et dans tous les lieux de vie.

Le suicide est un phénomène complexe qui résulte de l'interaction de divers facteurs. Ses déterminants biologiques, psychologiques et environnementaux sont de mieux en mieux connus. Parmi les principaux facteurs de risque précipitants, 90% des personnes décédées par suicide présentaient une pathologie psychiatrique, dont 60% de troubles dépressifs³. De plus, 10 à 15% des personnes schizophrènes ou ayant un trouble bipolaire font un passage à l'acte suicidaire et en décèdent. La dépendance à l'alcool aggrave le risque suicidaire. Outre les pathologies psychiatriques, d'autres déterminants interviennent, comme les antécédents familiaux, l'appartenance à un groupe vulnérable, la précarité des conditions de vie ou l'isolement. Les études épidémiologiques ont permis d'identifier les facteurs permettant de diminuer la mortalité et la morbidité suicidaire de façon efficace.

Les idées suicidaires et des antécédents personnels de comportement suicidaire comptent parmi les facteurs de risque les plus importants. C'est ainsi que le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), chargé de l'évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2015 (PNACS), recommande de centrer les actions de prévention du suicide, d'une part sur les personnes vivant avec une pathologie psychiatrique (schizophrénie, dépressions, troubles bipolaires...), et d'autre part sur les personnes ayant fait une tentative de suicide, en s'appuyant sur des actions reconnues comme probantes par la littérature internationale. Des actions probantes sont des actions mesurées et évaluées non seulement en termes de diminution de la mortalité et de l'impact sur les proches, mais aussi en prenant en compte les conséquences médico-économiques dues aux coûts directs et indirects d'une seule vie perdue. Le HCSP recommande également d'inscrire la prévention du suicide dans le champ de la politique de santé mentale.

Ainsi, le choix a été fait de mettre en œuvre un ensemble d'actions de prévention intégrées, simultanées et territorialisées. Ces actions ont été définies dans le cadre d'un groupe de travail national piloté par la direction générale de la santé pour la prévention du suicide, et sont le résultat d'une large concertation incluant les ARS.

Cette nouvelle stratégie, dite multimodale, est reprise dans la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie présentée par la ministre des solidarités et de la santé lors de l'installation du comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie le 28 juin 2018. Cette feuille de route est une déclinaison opérationnelle de la Stratégie nationale de santé 2018-2022 et du plan Priorité prévention, déclinés en région dans les projets régionaux de santé (PRS).

Les actions intégrées suivantes, inscrites dans l'axe 1 de la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie (action 6), peuvent s'adapter aux contextes des territoires et aux ressources mobilisables. Elles ont comme objectifs communs de faire en sorte de repérer et de maintenir le lien avec les personnes en souffrance et de les orienter vers les ressources appropriées. Il s'agit :

- du maintien du contact avec la personne qui a fait une tentative de suicide ;
- de la formation actualisée au repérage, à l'évaluation et à l'intervention de crise suicidaire ;
- de la prévention de la contagion suicidaire ;
- de la mise en place d'un numéro national de prévention du suicide ;
- d'une meilleure information du public.

² Hospitalisations et recours aux urgences pour tentatives de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO et d'Oscours.

³ Rapport Haut Conseil de la santé publique – mars 2016.

Seules les trois premières actions sont déclinées dans cette instruction (annexes 1, 2 et 3), les deux dernières font l'objet de travaux pour aboutir à une déclinaison opérationnelle, notamment l'action relative à la mise en place d'un numéro national de prévention du suicide qui en est au stade de l'étude de faisabilité.

L'action relative à l'information du public ne sera pas abordée ici car elle nécessite un niveau d'organisation régional qui passe notamment par la constitution d'annuaires régionaux de ressources (intervenants de tout type) et d'acteurs qui soient régulièrement mis à jour et qui puissent être mis à disposition du public par différents moyens: site, campagne de communication, semaine d'information en santé mentale, etc.

D'autres actions de l'axe 1 de la feuille de route, comme le renforcement des compétences psychosociales de la population et la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques, contribuent également à la prévention du suicide.

La présente instruction a pour objectif d'accompagner les ARS dans la mise en œuvre de leur stratégie régionale de prévention du suicide, déclinée dans les PRS. Il s'agit d'intervenir sur un territoire de vie en partant de ses diverses ressources et en les articulant dans le cadre d'une chaîne d'interventions impliquant les acteurs de l'offre de prévention, des soins, des champs social et médico-social, et du milieu associatif.

Concernant le pilotage régional, le déploiement de ces actions s'inscrit dans vos orientations en prévention du suicide. Il s'intègre dans les travaux engagés tant dans les projets territoriaux de santé mentale (PTSM), que dans les conseils locaux de santé mentale ou les contrats locaux de santé. Il s'appuiera sur un travail intersectoriel et en réseau élargi (acteurs du soin, sociaux et médico-sociaux, éducatifs, de l'emploi, de la justice, réseaux existants de prévention du suicide, Ireps, associations d'écoute...) et sur les dynamiques territoriales existantes. La coordination de tous ces acteurs relève du pilotage de l'ARS.

L'ARS sera chargée de rassembler les divers éléments de diagnostic afin de :

- valider les besoins des territoires, mis en évidence dans les PTSM (à partir de diagnostics de territoires croisant données sociodémographiques et épidémiologiques sur le suicide, indicateurs sur la santé mentale, données issues du PMSI-MCO sur les taux de séjour pour tentative de suicide, données issues des passages aux urgences, données qualitatives existantes);
- les hiérarchiser;
- examiner les diverses ressources (démographie médicale, offre de soins, tissu associatif, acteurs de la santé, de la santé mentale et de la psychiatrie...), leur complémentarité et leurs rôles respectifs;
- identifier les leviers, les contraintes;
- identifier les territoires prioritaires.

À partir de ces éléments, l'ARS devra :

- fixer des objectifs régionaux de réduction du suicide;
- définir et prioriser les objectifs opérationnels de déploiement en fonction des besoins, des ressources et des financements;
- organiser le pilotage de façon globale ou, si nécessaire, par action.

Au niveau national, dans le cadre du comité stratégique santé mentale et psychiatrie mis en place en juin 2018, la DGS anime la commission nationale « Promotion du bien être mental et prévention de la souffrance psychique », chargée du suivi des actions de l'axe 1 de la feuille de route santé mentale et psychiatrie, qui inclut la prévention du suicide. C'est au sein de cette commission que les progrès des différentes actions intégrées sont présentés et discutés, de même que les orientations de la stratégie, et la création de groupes de travail *ad hoc*. Ces avancées sont ensuite rapportées au délégué ministériel et au comité national stratégique présidé par la ministre.

Parallèlement, les réunions nationales des référents « prévention du suicide » et « santé mentale et psychiatrie » permettront de faire remonter l'état d'avancement des stratégies régionales, de partager des expériences et de s'assurer de la cohérence du déploiement national des actions de prévention du suicide.

La mise en place synergique de ces actions probantes devrait à l'échéance des PRS au plus tard, provoquer une cassure significative de la courbe du taux du suicide en France.

*Vu par la secrétaire générale
des ministères chargés des affaires sociales,
S. FOURCADE*

*Le directeur général de la santé,
J. SALOMON*

ANNEXE 1

LE MAINTIEN DU CONTACT AVEC LES SUICIDANTS³.

1. Le contexte

En France métropolitaine, les tentatives de suicide (TS) entraînent près de 100 000 hospitalisations et environ 200 000 passages aux urgences par an, soit environ 20 tentatives de suicide pour un décès.

Le risque suicidaire est majeur pour les personnes ayant un antécédent de TS (OMS, 2014):

- 75 % des récurrences ont lieu dans les 6 mois suivant une TS¹;
- la survenue d'une TS multiplie par 4 le risque de suicide ultérieur et par 20 dans l'année suivant la tentative.

La stratégie de maintien d'un contact avec ces personnes à risque de récurrence, à partir des services d'urgences hospitalières, est reconnue comme efficace par la littérature internationale. Organiser une veille en sortie d'hospitalisation pour tentative de suicide, est l'une des interventions spécifiques les plus efficaces dans la prévention du suicide. Plusieurs systèmes de veille ont été testés à l'international avec un point commun : se faire du souci pour l'autre sans l'envahir (éthique de l'inquiétude²). Le recontact semble être d'autant plus efficace qu'il est actif, régulier, inscrit dans la durée et personnalisé³.

Partant des résultats de l'étude ALGOS⁴ conduite en France en 2014 dans 23 services des urgences auprès de 1 055 patients de plus de 18 ans⁵, le projet Vigilans a permis d'étendre ce dispositif en centralisant et mutualisant le recontact des suicidants après leur passage dans les services d'urgences ou toutes autres structures hospitalières publiques ou privées (cf. protocole détaillé à la fin cette annexe).

Il a d'abord été déployé dans les Hauts-de-France (Nord-Pas-de-Calais), à partir de janvier 2015, avec le soutien de l'agence régionale de santé. De 2015 à 2018, la direction générale de la santé, en lien avec les agences régionales de santé concernées, a soutenu le déploiement de Vigilans en Bourgogne-Franche-Comté (département du Jura), Bretagne, Martinique, Normandie et Occitanie.

Pour accompagner ce déploiement, la DGS a mis en place un comité national de suivi (COSUV) et a missionné l'équipe du CHRU de Lille, qui a conçu et développé Vigilans, pour en assurer l'appui technique aux ARS débutant leur déploiement.

Le 26 janvier 2018, la ministre des solidarités et de la santé a annoncé la généralisation du dispositif Vigilans de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide, dans les suites de leur sortie des urgences ou d'une hospitalisation, à l'ensemble du territoire national d'ici 2021⁶. Afin de permettre la mise en œuvre de cette mesure dès 2019, la DGOS a délégué des crédits à hauteur de 5,6 M€ afin, d'une part, de soutenir et renforcer les dispositifs régionaux existants et, d'autre part, de permettre d'engager le déploiement du dispositif dans les régions non pourvues (circulaire n° DGOS/R1/2019/111 du 7 mai 2019 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2019 des établissements de santé).

2. Les objectifs

Le dispositif Vigilans a pour objectif général de contribuer à la baisse de la mortalité et de la morbidité suicidaires (récurrences) dans les territoires considérés en :

- harmonisant les prises en charge des suicidants dans chaque région;
- proposant un système de recontact et d'alerte basé sur des procédures innovantes et répliquables de prévention de la récurrence suicidaire;
- coordonnant l'action des différents partenaires de santé autour du patient (médecin généraliste, psychiatre, psychologue, autres soignants, entourage).

¹ Epidemiology and psychiatric science – Cambridge University Press 2019.

² Walter M. Le souci de l'autre. Rev Prat 2011 ; 61 :173-4/Les racines philosophiques du rester en lien : la clinique du souci, Revue de l'Encéphale janvier 2019.

³ Du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention : a littérature review. Rev Epidemiol santé publique 2013.

⁴ « Algos: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters » BMC Psychiatry 2011.

⁵ Cette étude a permis de tester l'efficacité d'un dispositif de veille post-hospitalisation combinant plusieurs stratégies de recontact des personnes ayant fait une TS (les suicidants).

⁶ Cf. discours au congrès de l'Encéphale du 26 janvier 2018 et délégation de crédits complémentaire au titre de l'exercice 2018.

3. Les acteurs

3.1. *L'équipe Vigilans*

Composition de l'équipe

Le dispositif comprend une équipe composée d'une coordination, de « vigilansSeurs » et d'un secrétariat.

Selon les différentes étapes du processus d'implantation, et la montée en charge du nombre de patients inclus, trois niveaux d'équipes sont envisageables pour un fonctionnement optimal :

- en amont de l'inclusion des premiers patients, une équipe réduite (2 ETP environ), comprenant du temps de psychiatre praticien hospitalier et d'infirmier(e) ou psychologue. Cette équipe est chargée de la mise en place du dispositif (recrutement et formation de l'équipe, rencontres avec les établissements et services partenaires, mise en place des outils);
- pour un dispositif qui démarre et commence à inclure des patients, une équipe renforcée (entre 3 et 4 ETP au total) : outre les temps de psychiatre praticien hospitalier, d'infirmier(e) et/ou de psychologue, par du temps de secrétariat;
- pour un dispositif totalement opérationnel, l'équipe renforcera son temps de psychiatre praticien hospitalier, et d'infirmier(e) et/ou de psychologue, ainsi que de secrétariat (pour un total de 6 à 8 ETP).

Pour le bon fonctionnement du dispositif, il est nécessaire de prévoir, en plus du financement de ces moyens humains, des moyens pour financer les charges suivantes : déplacements, formations, informatique, frais de fabrication et d'envoi des cartes de recontact, etc.

La coordination

La coordination est assurée par un psychiatre qui assure également l'encadrement de l'équipe. Les psychiatres de l'équipe s'organisent pour être à disposition permanente de l'équipe de recontact par téléphone, afin de confirmer leurs propositions de prise en charge ou de répondre directement à des situations complexes. La coordination d'un tel dispositif nécessite aussi d'organiser plusieurs temps institutionnels avec l'ensemble des membres de l'équipe : échanges sur les aspects techniques et organisationnels, réunions cliniques hebdomadaires.

Cette coordination doit aussi s'étendre à l'ensemble des centres ou services qui participent au dispositif : au démarrage, un travail est à mener pour le recrutement et l'établissement de liens avec ces partenaires. Par la suite, il faut maintenir et renforcer ces liens initiaux, ce qui nécessite une à deux visites par an. En fonction du nombre de territoires inclus et de la dimension géographique de la région, la taille de la coordination devra être adaptée.

La cellule opérationnelle : les « vigilansSeurs »

Ils assurent la mission de lien avec les suicidants. L'équipe est composée d'infirmiers et/ou de psychologues, et est installée le plus souvent au sein de la salle de régulation du SAMU - centre 15.

Les vigilansSeurs interviennent en binôme, ils sont spécialement formés et entraînés à l'évaluation et à la gestion de crise suicidaire au téléphone.

À cette compétence de gestion de la crise suicidaire par téléphone s'ajoutent celles d'écouter et de pouvoir orienter les personnes vers une prise en charge coordonnée sanitaire, sociale ou médico-sociale.

Le secrétariat

Le secrétariat est un poste clé de l'équipe Vigilans, car il assure de nombreuses missions telles que la gestion et le suivi de l'inclusion des patients dans la veille, l'envoi de courriers aux professionnels de santé, l'envoi des cartes postales, la gestion des plannings de rappels téléphoniques, etc. (*cf.* rapport d'évaluation de Santé publique France). Un minimum d'un poste à temps plein est conseillé pour un fonctionnement optimal.

3.2. *Les centres partenaires*

Il s'agit de tous les services ou établissements de santé accueillant des personnes majeures⁷ au décours d'une tentative de suicide et qui acceptent de participer.

⁷ Certains mineurs ont été inclus, avec l'autorisation des parents, mais cette pratique doit encore faire l'objet d'une réflexion pour adapter et valider le protocole (*Cf.* rapport d'implantation du dispositif de Santé publique France).

3.3. *Les médecins généralistes*

Le médecin traitant du patient inclus dans Vigilans reçoit un courrier pour l'informer de cette inclusion et lui expliquer le dispositif. Il reçoit également un numéro d'appel réservé aux professionnels de santé, s'il souhaite prendre contact avec la cellule de veille. Il est aussi destinataire durant toute la veille des comptes rendus d'entretien.

3.4. *La mission d'appui technique*

En vue du déploiement de Vigilans à l'ensemble du territoire national à échéance 2021, une mission d'appui technique national est confiée au CHU de Lille (équipe du Pr Vaiva) pour une durée de 2 ans. Cette mission d'appui technique a trois missions principales :

- la formation initiale et continue des équipes régionales avec des échanges de pratiques ;
- l'accompagnement au déploiement du dispositif selon un calendrier établi par la DGS et la DGOS en lien avec les ARS ;
- la remontée d'informations vers le niveau national, en lien avec les ARS concernées, et notamment l'identification des obstacles éventuels et des leviers nécessaires au déploiement.

4. **Le financement**

À partir de 2019, le financement de Vigilans est assuré de façon pérenne par l'ONDAM sanitaire, *via* la dotation annuelle de financement de psychiatrie des établissements de santé. Les crédits alloués par la DGOS ont vocation à accompagner le déploiement du dispositif et sa généralisation sur l'ensemble du territoire national.

5. **Le système de recueil de données**

Un système d'information adapté est nécessaire pour permettre :

- le suivi de la veille et la gestion des recontacts et des données des patients par les équipes Vigilans ;
- une remontée d'information nécessaire au pilotage du dispositif par les ARS et le ministère ;
- la remontée des informations nécessaires à l'évaluation du dispositif par Santé publique France.

Un travail est en cours pour définir un système qui soit simple, ergonomique, conforme aux exigences de sécurité informatique des établissements, et qui garantisse la sécurité des données des personnes. Une solution adaptée sera déterminée courant 2019.

Les établissements porteurs du dispositif Vigilans devront veiller à se mettre en conformité avec les règles applicables en matière de protection des données personnelles.

6. **Le suivi**

6.1. *Au niveau national*

Au niveau national, le suivi du déploiement de Vigilans se fera dans le cadre des réunions des référents « prévention du suicide » et « santé mentale et psychiatrie ».

6.2. *Au niveau régional*

Il appartient aux ARS d'assurer la coordination et le suivi du déploiement. À cette fin, c'est à elles de décider de l'opportunité de mettre en place une instance spécifique de suivi du déploiement de Vigilans, de l'inscrire plus globalement dans le suivi de la stratégie régionale de prévention du suicide ou dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale.

7. **L'évaluation**

La DGS a confié à Santé publique France l'évaluation des premiers dispositifs implantés afin de :

- réaliser une évaluation qualitative du processus d'implantation du dispositif dans les régions et le département concernés. Cette évaluation est finalisée et décrit les conditions organisationnelles et opérationnelles d'implantation⁸ ;
- réaliser une évaluation quantitative de l'impact du dispositif Vigilans sur le taux de récurrence suicidaire. Cette évaluation est en cours, ses résultats seront disponibles à partir de 2020.

⁸ <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/153518/2186718>

LE PROTOCOLE VIGILANS

L'organisation est basée sur un dispositif comprenant un établissement de santé coordonnateur et des services et établissements de santé partenaires (services d'urgences des centres hospitaliers, centres de crise, structures publiques ou privées impliquées dans la prise en charge des suicidants).

Il est basé sur l'idée suivante: après une tentative de suicide, à la sortie d'une structure de soin, il est important de maintenir le lien avec la personne, ce qui se décline en trois phases:

Phase 1: inclusion

Au moment de la sortie du système hospitalier de toute personne suicidante, le centre partenaire prévient le secrétariat de Vigilans de la sortie de cette personne, et demande son inclusion dans le système de veille (sous réserve de l'accord de la personne). Les soignants qui se sont occupés de la personne suicidante lui remettent une carte dite « ressource ». Celle-ci comporte essentiellement un numéro de téléphone vert (gratuit tant depuis un poste fixe que d'un portable) disponible aux heures ouvrables. Parallèlement, le médecin traitant et éventuellement le psychiatre traitant reçoivent un courrier les informant de l'organisation du dispositif et de l'entrée de leur patient dans celui-ci. Ils disposent d'un numéro téléphonique dédié pour répondre à leurs questions.

Phase 2: recontact des récidivistes

Les vigilanseu.r.se.s contactent par téléphone les personnes ayant fait plus d'une tentative de suicide, entre le 10^e et le 21^e jour après leur sortie de l'hôpital. Celles que l'on ne parvient pas à joindre bénéficient d'un envoi de cartes postales personnalisées au rythme d'une par mois durant quatre mois. Les « primosuicidants » ne sont pas appelés lors de cette phase mais ont toujours la possibilité de solliciter le dispositif *via* le numéro vert inscrit sur la carte ressource.

Phase 3: recontact à 6 mois

Dans cette dernière phase, toutes les personnes incluses dans Vigilans (récidivistes et primosuicidants) sont rappelées pour une évaluation dite de « 6 mois ». Lors de cet appel, les situations cliniques sont évaluées avec soin et la veille est soit reconduite, soit abandonnée car devenue inutile. Par ailleurs, toutes les personnes participant au dispositif sont invitées à effectuer une évaluation qualitative de Vigilans.

Dans tous les cas, un courrier de liaison est adressé au professionnel de santé référent du patient avec un compte-rendu de l'appel ou pour l'informer qu'il n'a pu être joint.

Le dispositif est conçu pour les adultes. Toutefois, certaines équipes ont accepté d'inclure des mineurs. Dans ce cas, et notamment en raison de la temporalité de la crise suicidaire qui diffère de celles des adultes, le protocole pour les primosuicidants peut être revu, avec un 1^{er} appel entre le 10^e et le 21^e jour (*cf.* rapport SPF). Avant chaque recontact, le mineur est prévenu par courrier ou par SMS.



ANNEXE 2

LA FORMATION EN PRÉVENTION DU SUICIDE

1. Le contexte

La formation en prévention du suicide est un élément clé de l'approche intégrée de prévention du suicide. Elle a pour objectif de structurer le repérage des personnes à risque (personnes en souffrance, personnes isolées), et leur accompagnement vers le soin, grâce à un réseau de personnes-relais, en lien avec les professionnels qui réalisent la prise en charge et organise le lien avec eux. Elle est, enfin, liée aux autres actions de prévention du suicide (recontact des suicidants et prévention de la contagion suicidaire).

La formation dispensée dans les territoires depuis la conférence de consensus d'octobre 2000 a permis une acculturation d'une large partie d'acteurs (professionnels ou non) à la question du suicide, en informant, sensibilisant et en donnant des outils de repérage et d'évaluation du risque suicidaire à un public nombreux, favorisant parfois des dynamiques territoriales. L'évaluation par le Haut Conseil de santé publique (HCSP) du plan national d'actions contre le suicide, les conclusions de l'enquête réalisée dans le même temps auprès des ARS sur le volet formation, et enfin l'inscription de la formation dans une approche intégrée en prévention du suicide, ont permis d'engager une réflexion nationale sur son actualisation tant dans son contenu que dans son organisation.

L'actualisation engagée en 2018 avait notamment comme objectif de :

- prendre en compte les recommandations du HCSP en créant une formation spécifique à l'intervention de crise suicidaire visant à avoir des professionnels ressources pour ce type de prise en charge ;
- revoir le contenu de la formation en s'appuyant sur les connaissances scientifiques actualisées ;
- favoriser une diffusion homogène dans les territoires en agissant sur l'organisation de son déploiement ;
- utiliser la formation dans le cadre de la stratégie intégrée et territorialisée de prévention du suicide.

Cette actualisation s'accompagne d'engagements de qualité et permet un déploiement homogène sur l'ensemble du territoire national. Les modalités de déploiement ont été définies par la DGS en lien avec les ARS.

2. La mise en place d'un réseau de repérage, d'évaluation et d'intervention

Le modèle actualisé qui est proposé et mis à la disposition des ARS a pour objectif la création d'un réseau de repérage, d'évaluation et d'intervention en adaptant le contenu de la formation aux rôles, compétences et responsabilités des différents intervenants à chacune de ces étapes. Trois rôles, et donc trois fonctions, ont été identifiés :

- la sentinelle qui a une fonction de repérage et d'orientation ;
- l'évaluateur qui a une fonction d'évaluation clinique du potentiel suicidaire et une fonction d'orientation ;
- l'intervenant de crise qui a une fonction d'évaluation clinique du potentiel suicidaire et une fonction d'intervention.

Chaque fonction nécessitant des compétences spécifiques, trois actions de formation différentes, mais articulées entre elles, sont proposées. Une formation sentinelle s'adresse à des citoyens ou des professionnels non cliniciens, tandis que les deux autres formations, qui requièrent une intervention spécialisée, ciblent des professionnels de santé ou des psychologues travaillant de manière régulière en suicidologie.

2.1. La formation de sentinelles

Une sentinelle, selon la littérature, est une personne ayant une disposition spontanée au souci pour autrui et pour l'entraide et qui est repérée comme telle¹. La formation s'adresse à des citoyens ou professionnels, volontaires, en mesure et disposés à repérer, appréhender la souffrance psycho-

¹ Cf. Isaac, M., Elias, B., Katz, L.Y., Belik, S. L., Deane, F.P., Enns, M. W., & Swampy Cree Suicide Prevention Team (12 members) 8. (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(4), 260-268.

logique et la problématique suicidaire au sein de leur milieu de vie (travailleur social, auxiliaire de vie, surveillant pénitentiaire, professeur des écoles, élu, gardien d'immeuble, étudiant, etc.). Elle vise à promouvoir et faciliter l'accès aux soins de personnes en souffrance.

À l'issue de sa formation, d'une durée d'un jour, la sentinelle sera en mesure de :

- repérer des personnes en souffrance au sein de son milieu de vie ou de travail ;
- aller vers les personnes repérées et entrer en relation avec elles ;
- orienter, et accompagner si nécessaire, les personnes repérées vers les ressources appropriées ;
- connaître le champ et les limites de son action ;
- prendre soin de sa propre santé mentale.

Cette formation suppose que les informations sur les ressources locales soient fournies aux sentinelles.

La formation de sentinelles est indissociable de la structuration préalable, à l'échelle d'un territoire, d'un dispositif permettant une articulation efficace entre la sentinelle et les ressources d'une part, et les sentinelles entre elles d'autre part. Cela implique pour les ARS :

- l'identification des sentinelles ;
- leur formation ;
- leur articulation effective avec les acteurs sanitaires (dont les évaluateurs et intervenants de crise) et non sanitaires du territoire ;
- leur accompagnement et leur soutien ;
- leur mise en réseau.

2.2. La formation à l'évaluation du potentiel suicidaire et orientation

Cette formation s'adresse à des professionnels de santé ou psychologues, formés à l'entretien clinique (psychiatres, psychologues cliniciens, cadres de santé, infirmiers diplômés d'État), travaillant en psychiatrie, ou en soins primaires (médecins généralistes en particulier), en médecine scolaire ou universitaire, ou en services de santé au travail par exemple.

Elle s'appuie sur une évaluation clinique, car il s'agit avant tout d'évaluer la probabilité d'un passage à l'acte suicidaire en se basant sur des éléments cliniques, qui permettent de graduer le niveau d'urgence.

À l'issue de la formation, d'une durée de deux jours, la personne formée à l'évaluation aura acquis l'expertise permettant :

- d'évaluer, au moyen d'une investigation clinique adéquate, le degré de dangerosité (létalité du moyen), d'urgence (imminence du passage à l'acte) et de risque de passage à l'acte ;
- d'orienter vers un intervenant de crise après s'être assurée de son accessibilité.

Elle aura acquis des outils suffisants pour orienter une personne en détresse, et l'accompagner dans cette orientation. Elle saura être en lien avec une sentinelle.

2.3. La formation à l'intervention de crise

Cette formation est spécifique à la prise en charge de la phase aiguë de la crise suicidaire. Elle s'adresse à des professionnels de santé ou des psychologues, formés à l'entretien clinique (psychiatres, psychologues cliniciens, cadres de santé et infirmiers diplômés exerçant en psychiatrie, etc.) qui réalisent, de manière régulière, de l'intervention de crise (SAMU, urgences psychiatriques, psychiatrie de liaison, CUMP, unités d'hospitalisation de crise, CMP effectuant de l'intervention de crise, équipes de recontact de type Vigilans, équipes mobiles dont les équipes mobiles psychiatrie et précarité).

À l'issue de la formation, d'une durée de deux jours, l'intervenant de crise aura acquis une expertise en intervention de crise et saura :

- distinguer l'état de la personne (vulnérabilité, état de crise) ;
- évaluer, au moyen d'une investigation clinique adéquate, le degré de dangerosité (létalité du moyen), d'urgence (imminence du passage à l'acte) et de risque de passage à l'acte ;
- faire baisser l'intensité de la crise ;
- prévenir le passage à l'acte ;
- organiser la prise en charge à court terme en fonction de la nature de la crise ;
- être en lien avec le réseau des sentinelles, pour que l'accompagnement des personnes soit fluide.

3. Le déploiement de la formation actualisée

L'architecture de déploiement en région peut s'inspirer de l'organisation préexistante, en cascade, selon le modèle de formation de formateurs (voir schéma page suivante).

Des formateurs nationaux, préalablement formés aux trois types de formation, sont présents dans chaque région. Ils peuvent former des formateurs régionaux choisis par les ARS, et être force de proposition pour les ARS sur le déploiement des formations. Ce sont des cliniciens, psychiatres, psychologues ou cadres de santé, justifiant d'une expérience professionnelle d'au moins 3 ans en intervention de crise suicidaire ou de superviseur clinique, ayant une expérience de la formation, des compétences dans les méthodes interactives telles que le jeu de rôle, et des compétences d'animation de réseau.

Les formateurs régionaux forment quant à eux des intervenants de crise, et/ou des évaluateurs, et/ou des sentinelles, selon leur profil et leur expérience professionnelle :

Le formateur régional à l'intervention de crise est clinicien (psychiatre, psychologue ou cadre de santé en psychiatrie), doté d'une expérience professionnelle d'au moins 3 ans en intervention de crise suicidaire ou superviseur clinique, et ayant une expérience de la formation, des compétences dans les méthodes interactives telles que le jeu de rôle. Sa formation dure 4 jours.

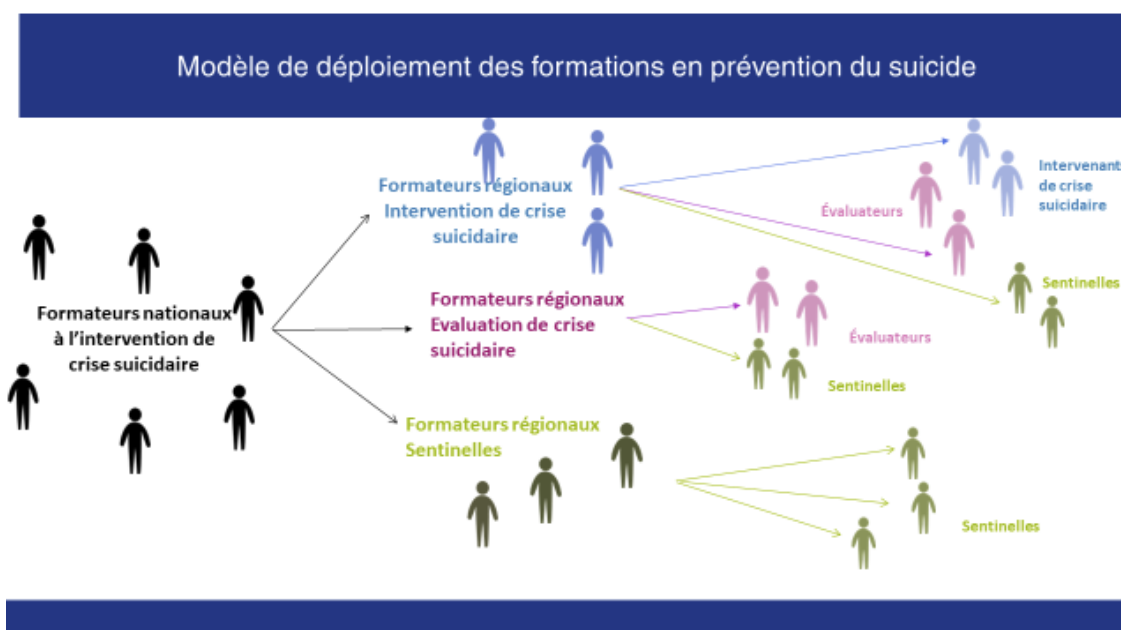
Le formateur régional à l'évaluation du potentiel suicidaire cible le même type de professionnel clinicien. En revanche, il justifie d'une expérience professionnelle d'au moins 3 ans dans le domaine de la clinique suicidologique ou de supervision clinique et détient des compétences pédagogiques interactives telles que le jeu de rôle. Sa formation dure 2 jours.

Enfin, le formateur de sentinelles est une personne volontaire ayant des dispositions spontanées au souci de l'autre au-delà du seul cercle privé, et ayant des compétences pédagogiques dans les méthodes interactives telles que le jeu de rôle. Sa formation dure 2 jours

L'amélioration continue des contenus des formations et du processus de déploiement doit être facilitée grâce à la mise en place d'outils nationaux qui pourront être dupliqués en région.

Concernant les formateurs régionaux qui exercent depuis 2003, il peut leur être proposé d'actualiser leurs formations de formateurs :

- si ce sont des professionnels cliniciens qui font régulièrement de l'intervention de crise suicidaire : ils peuvent devenir formateur régional à l'intervention de crise suicidaire après avoir suivi la formation, et dispenser les 3 types de formation après avoir suivi si possible les deux autres types de formation ;
- si les formateurs régionaux actuels ne sont pas cliniciens : dès lors qu'ils sont expérimentés (avoir été formés depuis moins de 5 ans, avoir dispensé au moins une formation par an, être impliqués dans un réseau de soins), il n'est pas nécessaire, même si cela serait souhaitable, qu'ils actualisent leur formation à l'évaluation pour être formateur d'évaluateurs. Dans ce cas, il est recommandé qu'ils interviennent en formation en binôme avec un clinicien et qu'ils suivent une formation sentinelle.



4. Le rôle des ARS

En lien avec les autres actions de prévention du suicide, les ARS qui choisiront de mettre en œuvre ces formations devront :

- organiser la formation en lien avec les formateurs nationaux : conditions de mise en place, identification des personnes à former, lien avec les ressources (coordonnées de personnes ou structures de recours), mise en réseau, coordination globale ;
- structurer, préalablement à l'engagement de la formation sentinelle, le dispositif sentinelle et parvenir à une mise en réseau des différents acteurs du territoire concerné par la prévention du suicide. Elles prendront en compte dans ce cadre les associations réalisant de l'accueil physique ou téléphonique de personnes en détresse ;
- constituer un fichier des formateurs et inscrire les personnes formées dans le répertoire des ressources locales si ces dernières l'autorisent ;
- organiser l'animation du réseau des formateurs régionaux en lien avec les formateurs nationaux. Dans ce cadre, il sera opportun de porter à leur connaissance la mise en œuvre des autres actions de la stratégie (VigilanS, contagion suicidaire) afin d'envisager les articulations possibles.

La question de l'adaptation du contenu de la formation à certains milieux de vie (travail, milieu carcéral, transports : SNCF, RATP, milieu scolaire, etc.) ou à certains publics (étudiants, agriculteurs) avait émergé du bilan du Programme national d'action contre le suicide 2011-2014. Dans la formation actualisée, cette question ne se pose pas pour les formations « intervention de crise suicidaire » et « évaluation ». En effet le modèle de la crise qui les sous-tend (crise psychosociale, crise psycho-traumatique, crise psychopathologique) est clinique et indépendant de populations ou de milieux spécifiques. Seules les modalités d'orientation peuvent être adaptées aux différents milieux.

En revanche, elle peut se poser pour la formation sentinelle. Le contenu de cette formation inclut des temps de co-construction permettant l'identification des signes d'alerte spécifiques à repérer dans un milieu donné. L'accompagnement des sentinelles, leur mise en réseau avec les professionnels dépend étroitement du contexte local ou de l'institution (milieu carcéral, police, transports, étudiants, etc.). En ce cas, il peut être alors préférable que des formations de sentinelles soient adaptées à ces contextes et milieux particuliers.

5. La formation des médecins généralistes

Les médecins généralistes constituent une cible particulière et le déploiement de VigilanS pourra favoriser leur sensibilisation. Néanmoins, s'ils peuvent être formés à l'évaluation du potentiel suicidaire dans le cadre de la formation actualisée, il semble difficile de les mobiliser en pratique. C'est pourquoi, une formation axée sur la dépression intégrant le repérage et l'évaluation du risque suicidaire sera expérimentée en 2019, et fera partie de l'offre de l'Agence nationale du développement professionnel continu.

6. Le financement

La mise en œuvre régionale de la formation en prévention du suicide est du ressort des ARS, sur leurs crédits propres *via* notamment le FIR. Elle peut par ailleurs être intégrée dans les plans de formation des établissements de santé.

7. L'évaluation de la formation

Au-delà du taux de pénétrance des formations dans les territoires cibles, les ARS pourront, par exemple, analyser l'activité des personnes formées (intervenant de crise, évaluateurs, sentinelles) au regard de l'accès aux soins (ex. : nombre d'interventions de crise, nombre d'accompagnements vers le soins...).

ANNEXE 3

LA PRÉVENTION DE LA CONTAGION SUICIDAIRE

1. Contexte

Parmi les cinq axes stratégiques ayant démontré leur efficacité en termes de réduction des taux de suicide et que l'Organisation mondiale de la santé¹ recommande de développer, l'amélioration du traitement médiatique du suicide occupe une place particulière. Cet objectif s'explique par deux effets antagonistes, aujourd'hui largement connus et étayés par la littérature scientifique internationale.

L'effet Werther² ou effet de contagion, est le phénomène par lequel la médiatisation inappropriée d'un événement suicidaire (description précise des moyens létaux, sensationnalisation ou au contraire rationalisation, etc.) est susceptible d'inciter des personnes vulnérables au passage à l'acte, par « imitation ».

Au contraire, l'effet Papageno³ prédit que certaines précautions simples dans la façon de relayer médiatiquement un suicide (présenter des voies de recours, faire preuve d'égards vis-à-vis de la mémoire du défunt et de sa famille, etc.) permettent de générer un effet protecteur vis-à-vis du risque suicidaire en population générale^{4,5}.

Toujours selon la littérature scientifique, les personnes exposées directement ou indirectement à un événement suicidaire sont elles-mêmes plus à risque d'avoir des idées de mort, voire de passer à l'acte⁶. Au niveau individuel, être exposé à un suicide multiplierait par 2 à 4 le risque de passage à l'acte. Au niveau collectif, les exemples de suicides en séries dans les institutions (hôpitaux, entreprises, prisons, écoles, etc.), les corps de métiers (police, armée, médecins, etc.) ou les lieux à risque (voies ferrées, ponts, falaises, forêts, etc.) sont fréquents.

Des « épidémies » surviennent donc, liée à ce phénomène de contagion, soit que les suicides se succèdent de façon localisée dans des institutions ou sur des lieux à risque, soit qu'ils se multiplient sur tout le territoire sous l'influence des médias ou des réseaux sociaux.

L'impact dépend de la vulnérabilité de la personne qui reçoit l'information. Le degré de virulence est lié aux caractéristiques de l'information qui est diffusée, tant qualitativement que quantitativement. La période de contagion dure 1 mois, avec un pic de crise à 3 jours mais dans certains milieux, un effet reste possible jusqu'à 2 ans après le premier suicide.

Le mode de transmission peut être direct ou indirect :

- direct, quand la personne est directement exposée au suicide d'un de ses proches ou d'une connaissance. C'est l'exemple des suicides qui surviennent au sein d'une même école ou d'une même institution ou d'une même profession ;
- indirect, ce sont les séries de suicides que l'on observe suite à la médiatisation d'un cas de suicide et qui sont donc associés à l'effet des médias (traditionnels et réseaux sociaux).

2. Objectif

L'objectif est de proposer aux ARS une stratégie intégrant des actions destinées à lutter contre la contagion suicidaire, à repérer les personnes et les lieux à risques, à promouvoir l'accès aux soins et à encourager l'entraide.

En plus de réduire l'excès de mortalité lié à la contagion, l'objectif sous-jacent est de lever les obstacles qui limitent l'accès des personnes en souffrance à des soins et à des services actifs et disponibles.

¹ Live life: National suicide prevention strategies Progress, examples and indicators, OMS, 2018.

² Effet Werther en référence au roman de Goethe après sa publication en 1774 où un nombre considérable de jeunes hommes avaient imité le geste fatal du héros.

³ Effet Papageno en référence au personnage de l'opéra de Mozart « la Flûte enchantée ». Papageno est un oiseleur qui croit avoir perdu son amour, Papagena, et élabore un plan pour mettre fin à sa vie. Au moment où il décide de se pendre, surviennent trois jeunes garçons qui arrêtent son geste, l'invitant à envisager une autre voie qui lui ramènera sa chère petite femme. Dans sa détresse, Papageno avait oublié les moyens à sa disposition : « son carillon magique » qui a les pouvoirs de ramener Papagena.

⁴ Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., ... & Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *The British Journal of Psychiatry*, 197(3), 234-243.

⁵ Swanson, S. A., & Colman, I. (2013). Association between exposure to suicide and suicidality outcomes in youth. *Cmaj*, 185(10), 870-877.

⁶ Gould, M. S., Wallenstein, S., Kleinman, M. H., O'Carroll, P., & Mercy, J. (1990). Suicide clusters: an examination of age-specific effects. *American Journal of Public Health*, 80(2), 211-212.

3. Mise en œuvre

Un groupe de travail sur la contagion suicidaire a été mis en place en janvier 2019 par la DGS afin d'élaborer une stratégie nationale. Ce groupe de travail va notamment s'appuyer sur les différentes expériences régionales dont certaines pourraient être modélisées.

Concrètement, il s'agit de définir et de mettre en place un plan d'actions en amont et en aval d'un événement suicidaire autour des 4 axes suivants :

- les médias ;
- les lieux à risque ;
- le web et les réseaux sociaux ;
- la postvention.

3.1. Axe médias

Au niveau national, de nombreuses actions sont réalisées auprès des étudiants dans les écoles de journalisme et auprès des journalistes en activité, pour les sensibiliser aux enjeux d'un traitement médiatique précautionneux et conforme aux recommandations de l'OMS. Par ailleurs, des interventions sont organisées auprès des professionnels de la prévention du suicide pour mieux les armer lorsqu'ils sont sollicités par les journalistes. Il existe aussi un système national de veille et d'alerte auprès des médias, visant à circonscrire le risque de contagion en cas de crise.

Ces actions s'appuient sur l'expertise du programme Papageno porté par la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France, ayant pour but de produire et diffuser des solutions innovantes pour tous ceux qui souhaitent s'engager dans la prévention de la contagion suicidaire, la promotion de l'entraide et l'accès aux soins. Le programme Papageno a notamment traduit en français et mis en ligne sur son site web : www.papageno-suicide.com les recommandations de l'International Association for Suicide Prevention à usage des contributeurs du web (site internet, blog, réseaux sociaux) en vue de limiter la contagion suicidaire et prévenir le suicide.

Au niveau régional, il s'agit de relayer ces actions voire de mettre en place un plan d'action auprès des acteurs régionaux.

3.2. Axe lieux à risque

Un lieu à risque ou « hot-spot » suicidaire est un lieu, généralement public, fréquemment utilisé pour se suicider compte tenu de sa facilité d'accès, de sa létalité perçue et de son aura médiatique (exemple : Golden Gate à San Francisco, Tour Eiffel, voies SNCF, stations de métro, ponts, falaises, etc.).

Au niveau national, l'élaboration d'une stratégie pour cet axe est une des priorités du groupe de travail sur la contagion suicidaire.

Au niveau régional, il est recommandé d'établir, avec l'aide de la préfecture, une cartographie des hot-spots suicidaires pour permettre de repérer et d'agir sur ces lieux conformément aux recommandations internationales en la matière. Le concours des journalistes et l'engagement des autres membres de la communauté (gendarmerie, transports, instituts médicaux légaux...) aideront à l'élaboration de cette cartographie qui permettra la mise en place d'actions de prévention collective et individuelle sur les lieux concernés, en lien et avec l'appui des préfectures (celles-ci étant en mesure de convoquer l'ensemble des acteurs détenant des informations et de faciliter cet accès aux ARS).

3.3. Axe web et réseaux sociaux

Le déploiement d'Internet et des technologies de l'information et de la communication représente une opportunité pour améliorer l'accès aux soins et offrir une réponse professionnelle adaptée.

Toutefois, les personnes vulnérables, notamment les jeunes en souffrance qui y cherchent de l'aide de façon informelle, peuvent aussi se trouver confrontées à des contenus incitant aux comportements à risque.

Au niveau national, un objectif du groupe de travail sur la contagion suicidaire est l'élaboration d'une stratégie intégrant divers outils numériques destinés à interagir avec les internautes ayant des conduites suicidaires afin de promouvoir l'accès aux soins. Il pourrait s'agir d'une équipe d'intervention et d'orientation en ligne, composée de web-cliniciens, et spécialisée dans la prévention du suicide.

Au niveau régional, ceci repose sur la disponibilité d'un annuaire actualisé des ressources existantes : associations (notamment celles qui intègrent ces technologies dans leur offre de services), centres médico-psychologiques, maisons des adolescents... par territoire.

3.4. *Axe postvention*

La mise en place, avant la survenue de tout événement suicidaire, d'une stratégie de postvention (plans intégrés de postvention) au sein d'une institution permet de restreindre limiter les répercussions d'un tel évènement aux différents niveaux de l'institution, de réduire les risques psychopathologiques et suicidaires pour les membres exposés, et de prévenir ainsi la contagion. L'objectif des plans intégrés de postvention est de réduire les risques de complications psychiatriques et de contagion suicidaire chez les membres d'une institution, ainsi que de circonscrire l'impact du suicide sur le fonctionnement de l'institution.

La mise en place de cette stratégie nécessite de tenir compte du milieu concerné (administration, hôpital, école, prison, entreprises, etc.) et d'agir en respectant des recommandations issues de la littérature et des expériences internationales.

Au niveau national, l'objectif est de proposer une boîte à outils de la postvention, définissant des repères sur les conditions et le processus d'accompagnement des différents milieux.

Au niveau régional, il convient de conseiller et d'accompagner les institutions dans cette démarche.

4. **Financement**

Des financements fléchés sur la définition et la mise en œuvre de la stratégie régionale de prévention de la contagion suicidaire ont été prévus *via* le Fonds d'intervention régional en 2019.