



Colloque régional

Prévenir le suicide : enjeux et moyens d'agir

mardi
18 octobre 2022

Dossier documentaire

réalisé par les documentalistes du Comité
régional d'éducation pour la santé
Provence-Alpes-Côte d'Azur

Organisé par le Comité régional d'éducation pour la santé, financé par l'Agence
régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur



Ce colloque a pour objectifs de présenter les enjeux actuels et les moyens d’agir disponibles dans la région et au niveau national pour prévenir le suicide.

Ce dossier documentaire a été réalisé à l’intention des participants au colloque comme ressource complémentaire aux échanges et aux interventions. Il est composé d’extraits de documents à consulter en ligne. Une sitographie et une bibliographie complémentaire issues d’une sélection des ressources du Cres étoffent cette proposition.

Les documents référencés dans la rubrique « Pour aller plus loin » sont disponibles en ligne en cliquant sur le titre ou disponibles au centre de ressources du CRES pour les ouvrages ou certains articles.

Table des matières

Le suicide et la philosophie du souci de l'autre.....	5
Les racines philosophiques du “ rester en lien ” : la clinique du souci	5
Cadrage : épidémiologie	12
Suicide. Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes. 5e rapport. Synthèse. Introduction	12
Urgences PACA Idées suicidaires et Angoisse	14
Cadrage : stratégie nationale du suicide.....	16
Stratégie nationale de prévention du suicide.....	16
Pour aller plus loin	17
Repérage et dépistage du suicide : le cas des enfants et des adolescents	18
Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge. Argumentaire. 5.1. Dépistage et repérage – enjeux stratégiques	18
Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge. Recommandations.....	20
Pour aller plus loin	31
3114 : un guichet privilégié d'entrée de prévention du suicide en France	33
Numéro national de prévention du suicide (3114)	33
Les actions de prévention de la contagion suicidaire	35
Suicide, comment en parler ? Le programme Papageno	35
« Suicidosmes » et « web-cliniciens ».....	42
VigilanS : garder le contact avec les personnes ayant fait une tentative de suicide 43	
Le souci de l'Autre pour la prévention du suicide. Dans une posture de prévention, il est efficace de rester en lien avec les personnes ayant fait une tentative de suicide	43
VigilanS : un dispositif pour éviter la rechute suicidaire.....	47
Des formations actualisées au repérage, à l'évaluation et à l'intervention de crise suicidaire	49
Rénover les formations à la prévention du suicide : former en prévention du suicide.....	49
Pour aller plus loin	55
La postvention.....	59
Programme de postvention : être prêt à agir à la suite d'un suicide	59
Endeuillés par le Suicide d'un Proche : étude de faisabilité d'un Outil numérique d'Informations et Ressources pour la Résilience et le Soutien	62
Pour aller plus loin	64
Sitographie.....	66

Le suicide et la philosophie du souci de l'autre

Les racines philosophiques du “ rester en lien ” : la clinique du souci

WALTER Michel, JOUSSET David, TRAISNEL Chloé, BERROUIGUET Sofian, LEMEY Christophe, L'Encéphale, 2019, n° 45, pp. S3 - S6

Introduction

Si, selon Camus, le suicide reste le seul problème philosophique vraiment sérieux [1], historiquement, un certain nombre de philosophes l'ont légitimé alors que d'autres l'ont condamné. Parmi les philosophes qui ont admis que le suicide pouvait être une possibilité, certains se sont montrés compréhensifs et d'autres sont restés plus pudiques. Les stoïciens appartiennent à l'évidence à la première catégorie puisque le suicide est alors considéré comme une sortie raisonnable liée à la liberté intérieure de l'homme, à son autonomie dirait-on actuellement : « tu ne dois pas vivre sous la nécessité car il n'y a pour toi aucune nécessité de vivre » [2]. Il ne s'agit pas ici de valoriser le suicide mais de rester maîtres de nous-mêmes, grâce à la raison et à la volonté qui nous rendent indépendants des conditions extérieures de l'existence. C'est la liberté intérieure qui prévaut et permet cet acte quand cela est plus raisonnable. Sur cette référence s'est construite la notion de suicide philosophique, assimilé à un acte de liberté sauvegardant la dignité de l'homme. D'autres philosophes se sont montrés plus nuancés, à l'instar de Platon pour lequel l'homme n'a pas le droit au suicide car il doit œuvrer pour le bien de la Cité, tout en reconnaissant trois exceptions : échapper à une condamnation à mort, à une maladie douloureuse et incurable, à un sort misérable. De même, Nietzsche¹ utilise le terme allemand « Freitod » mort libre et non celui de « Selbstmord ». Enfin, pour Cioran, héritier de Nietzsche et de Schopenhauer, la vie n'est supportable que parce qu'il est possible, par une simple décision intime, d'y mettre fin.

À l'inverse, les philosophes réprobateurs condamnent de manière absolue le suicide. Ainsi, pour Aristote, le suicide est interdit car il constitue une injustice à la fois contre soi-même mais également contre la Cité. Il s'agit d'un acte de lâcheté qui s'oppose point par point aux actes de vertu. Cette doctrine aristotélicienne trouve un fondement théologique avec Saint Augustin à partir du cinquième commandement : « tu ne tueras point ». C'est précisément dans « La cité de Dieu » que l'évêque d'Hippone affirme cette position d'interdiction absolue du suicide [3]. Au XIIIe siècle, Saint-Thomas d'Aquin condamne à son tour triplement cet acte, parce qu'il est contraire à la loi naturelle de l'amour, parce qu'il est contraire aux intérêts de Dieu et enfin parce qu'il est opposé aux intérêts de la société. Cette position est également celle de la tradition judéo-chrétienne jusqu'au début du XIXe siècle, ce qui correspond à une conception « criminologique » du suicide à laquelle fera suite une conception « victimologique » [4]. Enfin, Kant développe dans « Fondements de la métaphysique des mœurs » une argumentation décisive contre le suicide [5]. Les êtres humains, en vertu de leur raison, sont capables de reconnaître la loi morale et d'agir en tant qu'agents moraux. À ce titre, ils méritent plein respect.

1 La question de l'évaluation de la valeur de la vie, qui est la question du suicide pour Camus, fait l'objet chez Nietzsche, d'une analyse justifiant une étude spécifique qui dépasse les limites de cet article.

Or, lorsqu'on détruit un être humain, on détruit, par le fait même, un sujet moral capable de décider librement et, par voie de conséquence, on manque un devoir moral envers soi-même, à savoir traiter sa personne comme une fin en soi et non comme le moyen d'échapper à une situation insupportable.

La position philosophique de Kierkegaard, démontrant qu'on ne peut jamais décider pour l'autre en matière de problèmes existentiels, ouvre une troisième voie. Certaines expériences existentielles comme la foi, l'angoisse mais aussi le désespoir sont irréductibles à la raison et n'existent que parce que l'homme est libre. C'est parce que l'homme est libre qu'il est croyant, angoissé ou désespéré. Comme l'homme est libre, personne ne peut choisir pour lui comme l'on ne peut jamais choisir pour l'autre : « si je veux réussir à accompagner un être vers un but précis, je dois le chercher là où il est, et commencer là, justement là. [...] Tout soutien commence avec humilité devant celui que je veux accompagner ; et c'est pourquoi je dois comprendre qu'aider n'est pas vouloir maîtriser mais vouloir servir » [6]. La seule chose que je puisse faire est de l'inquiéter, au sens étymologique du terme, c'est-à-dire ne pas le laisser en repos pour lui indiquer indirectement qu'un choix est possible. « Là où chacun a à décider pour lui-même, la seule chose qu'on puisse faire pour lui est de l'inquiéter » (Cornu [7] citant Kierkegaard). Cette « absence de repos » peut évidemment s'entendre à un niveau épistémologique, comme une absence de repos sur un seul savoir constitué, ce qui plaide pour une approche résolument interdisciplinaire de l'objet « suicide ». Mais, elle qualifie aussi une posture relationnelle : l'absence de repos vis-à-vis de l'autre ou souci de l'autre [8].

Les sources philosophiques du souci de l'autre

Puisque le concept de souci n'a fait l'objet d'aucune théorie philosophique, bien que des philosophes aient traité de cette notion, une réflexion différentielle sur les notions de souci, de soin et de sollicitude s'impose dans un premier temps. Puis, nous aborderons trois « philosophies du souci », celle de Heidegger (le souci en soi), de Ricoeur (le souci comme réciprocité) et de Levinas (le souci comme responsabilité) avant de conclure avec Cornu et l'éthique de l'inquiétude. Pour une revue plus complète abordant également l'articulation avec le souci de soi (Foucault) et avec le « prendre soin » d'Arendt, nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage de Van Sevenant « Philosophie de la sollicitude » paru en 2001 [9]. Par ailleurs, nous retiendrons dans les lignes suivantes essentiellement des éléments philosophiques qui ont un écho avec la clinique et la pratique, dans la perspective d'un véritable plaidoyer pour une philosophie clinique.

L'ambiguïté de la notion de sollicitude repose sur la double signification que ce mot recouvre [10] : soin (epimeleia en grec, cura en latin, care en anglais et Sorge en allemand) et souci (respectivement merimna, sollicitudo, sollicitude et Fürsorge). Ces deux acceptions se distinguent en français par la différence majeure entre « prendre soin » et « se faire du souci ». Toutefois, les deux éléments qui constituent la sollicitude, à savoir souci et soin, sont eux-mêmes constitués de cette double signification [9], comme le démontrent par exemple les racines latines « cura » (à la fois soin et souci) et « curare » (à la fois prendre soin et se soucier de). Ainsi, pour les Latins, cura ne représente pas seulement le traitement objectif de la pathologie mais le souci (cura) de toute la personne dans la plénitude de sa liberté et dans la préoccupation de son être-au-monde. Le risque est toutefois de personnifier le souci alors qu'il s'agit d'un principe dynamique. Nous y reviendrons. Souci et soin obéissent donc à une relation circulaire puisque celui qui « s'occupe de » est déjà « préoccupé par ». Faire attention nécessite une certaine tension. La préoccupation indique que

le sujet qui s'occupe se trouve déjà occupé « par l'autre ». L'étymologie nous permet de dégager une caractéristique supplémentaire puisque, dans sollicitude, la première partie « sollus » signifie « entier » et la seconde « citeo » « mouvoir ». Au sens littéral, « solliciter » équivaut donc à « remuer totalement » jusqu'à troubler la personne sollicitée. La sollicitude est ainsi un principe dynamique et dynamisant (« aller vers ») qui constitue une alternative à la soumission à un souci passif (la préoccupation) d'une part, mais aussi à l'engagement dans une hyperactivité soignante aliénante (la prise en charge) d'autre part, soit « aller vers, sans prendre la place ». Enfin, la sollicitude ou le souci atteint les deux parties concernées et affecte donc autant celui qui sollicite que celui qui est sollicité. Cette réciprocité sera développée par Ricœur dans *Soi-même comme un autre* [11]. Ainsi, si la sollicitude relève d'un seul acte, elle est bien double, désignant à la fois l'action (comme soin) et la condition de l'action (comme souci), à la fois attention inquiète et soucieuse vis-à-vis de l'autre mais aussi attention qui veille au bien-être de la personne.

Pour Heidegger, le souci définit et désigne fondamentalement l'être humain, requalifié en 1927 par le philosophe allemand en *Dasein* (l'« être-au-monde ») ; en effet, le souci ne se réduit pas aux soucis du quotidien mais il possède une valeur ontologique qui définit l'homme comme existant. Le souci n'est donc pas une structure ontologique de l'existence humaine parmi d'autres, mais son archi-structure (*Urstruktur*). C'est le souci qui constitue le soi, ce qui confère d'ailleurs à la notion de souci de soi une dimension tautologique. Le propre du *Dasein* est de ne jamais coïncider avec lui-même mais d'être toujours en avant, ouvert sur autre chose, sur le futur, en projet, c'est-à-dire d'être en « souci » [10]. Toutefois, le souci est toujours aussi « souci mutuel » observe Heidegger. La « *Sorge* », souci, ne demande qu'à se faire « *Fürsorge* », c'est-à-dire à s'élargir en souci pour autrui, assistance, sollicitude. Dès son cours de Marbourg en 1925-1926, Heidegger approfondit la question de la sollicitude, qu'il reformule dans le chapitre 26 de « *Être et Temps* » (1927) en distinguant sollicitude accaparante et sollicitude prévenante [12], [13]. La première est une sollicitude dominatrice et aliénante, qui correspond peu ou prou au modèle dit paternaliste de la médecine occidentale, et aussi à ces vers du poète Saint John Perse [14] : « Et si un homme auprès de nous vient à manquer à son visage de vivant, qu'on lui tienne de force la face dans le vent ! ». La seconde est libératrice, témoignant d'un changement de paradigme avec la notion de consentement. Ces deux modes de sollicitude sont aux antipodes l'une de l'autre, mais admettent bien des degrés et des nuances intermédiaires. La sollicitude accaparante ou substitutive vise à délivrer autrui de son propre fardeau, c'est-à-dire de lui-même, par exemple dans le domaine médical en le prenant « en charge » ; la sollicitude prévenante ou devançante, quant à elle, a pour objectif de délivrer autrui jusqu'à lui-même, c'est-à-dire l'aider à faire avec son fardeau (à mieux « se porter »), c'est-à-dire témoigner de son souci sans prendre la place [13]. « Ce qui importe dans la sollicitude authentique, c'est moins de se substituer à autrui pour s'acquitter à sa place de son souci ou de ses tâches que de restaurer et de favoriser son pouvoir-être lui-même ; aussi une telle sollicitude s'orientet-elle essentiellement selon le temps de la « prévenance » [15].

La sollicitude est au centre de la « petite éthique » développée par Paul Ricœur dans « *Soi-même comme un autre* », éthique qu'il définit à partir de ces trois termes : « visée de la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes » [11]. L'estime de soi constitue donc le premier moment de l'éthique. Dans « *Éthique et morale* » [16], une précision essentielle est apportée justifiant le choix de « souci de soi » plutôt que du « souci du moi ». Il ne s'agit pas en effet de faire l'éloge d'un moi exalté et fermé sur lui-même comme dans le cogito cartésien, d'un moi narcissique,

d'un « tout à l'ego » pour reprendre une formule de Régis Debray, mais d'un soi qui est un « je » réflexif, permettant au sujet de se voir sans se regarder, de se voir pour se donner une valeur et non pour se contempler [17]. Pourtant, dans le même ouvrage, Ricœur s'interroge sur le fait de savoir si le souci de soi est un bon point de départ : « ne vaudrait-il pas mieux partir du souci de l'autre ? » [16]. Et de répondre dans « Soi-même comme un autre » : « le chemin le plus court de soi à soi passe par autrui » [11] ou encore « la sollicitude ne s'ajoute pas du dehors à l'estime de soi mais en déplie la dimension dialogale » [11]. La sollicitude constitue donc la seconde composante de la visée éthique « avec et pour les autres », ou encore, au singulier, « avec et pour l'autre » [11]. Elle prolonge la réflexivité propre à l'estime de soi, de telle sorte que « l'estime de soi et la sollicitude ne puissent se vivre et se penser l'une sans l'autre » [11]. C'est en reconnaissant à autrui une liberté que je peux le découvrir comme un autre « je ». Il existerait donc la possibilité d'une réciprocité dans une relation qui reste par essence asymétrique comme la relation maître/élève ou la relation soignant/soigné. Cette position d'un éloge mesuré de l'altérité au sein d'une « reconnaissance mutuelle » évite plusieurs écueils, comme l'exacerbation de la différence ou l'écrasement par une irréductible singularité [18], le sentimentalisme qui brouille le sens moral et fait obstacle à la lucidité du raisonnement, ou encore l'insistance ostentatoire [10]. Elle suppose le paradoxe d'une « présence distante » [10], c'est-à-dire celui d'une attention réelle et bienveillante mais suffisamment distanciée pour ne pas verser dans l'excès et mettre celui qui en est l'objet dans l'embarras. La sollicitude est donc discrète [9], proche du tact, « sentiment délicat de la mesure, des nuances, des convenances dans les relations avec autrui » (Larrousse). Ainsi, la sollicitude au sens de Ricœur nécessite un « je » qui ressent et s'investit, et un « tu » qui, en plus de ressentir lui aussi, nous convoque. La sollicitude est cette capacité exemplaire de pouvoir faire ressentir à autrui qu'il est encore estimé, qu'il n'est pas délaissé ou laissé seul face à sa souffrance. Elle n'est pas que don de soi à l'autre mais permet aussi à l'autre de donner à son tour pour que nous puissions recevoir quelque chose en retour. L'estime de soi que l'agent éprouve au détour de son « action bonne » contient déjà une référence aux autres [19].

Cela n'est pas sans rappeler la responsabilité selon Levinas : « pas de soi sans un autre qui le convoque à la responsabilité ». Toutefois, bien que de la même génération que Ricœur et également issu de la phénoménologie husserlienne, Levinas propose une approche opposée du rapport éthique entre soi et autrui, entre le donner et le recevoir, « selon que l'emporte, dans l'initiative de l'échange, le pôle du soi ou celui de l'autre » [11]. L'auteur d'« Autrement qu'être » opte en effet pour le second terme de l'alternative : le sujet se trouve destitué tant qu'il ne trouve pas un autre à qui se vouer car autrui me précède [20].

Si Levinas n'emploie pas l'expression « souci de l'autre » et peu le terme « souci » pour leur préférer les expressions de « responsabilité, préoccupation, inquiétude pour autrui », il n'en demeure pas moins le philosophe qui s'est livré à une des études les plus approfondies de la relation intersubjective « je-tu ». Sa pensée peut se définir comme une éthique de la responsabilité pour autrui à partir de la situation paradigmatique de la rencontre avec le Visage de l'autre [21]. Toutefois, l'acception de ce terme de responsabilité s'écarte de l'acception habituelle puisque, pour Levinas, la responsabilité pour autrui est d'abord une réponse à un appel lié à la rencontre avec la vulnérabilité et à la faiblesse d'autrui. Non seulement, cet appel trouve un écho en nous mais c'est lui qui nous donne notre humanité en nous obligeant à y répondre. Le visage d'autrui en appelle donc à ma responsabilité et me révèle à mon humanité, au prix d'une véritable « hémorragie pour autrui » [22]. La

relation intersubjective est donc radicalement asymétrique : véritable « otage » d'autrui, je ne peux me dérober face à lui, je dois répondre à son appel, je ne peux échapper à ma responsabilité. Autrui est donc radicalement extérieur, inatteignable, inassimilable. Il me précède et je dois manifester pour lui une sollicitude infinie dont je ne serai jamais quitte. Appliquée à la relation de soin, cette position subjective m'oblige à prendre soin de façon infinie et à trouver des ressources pour répondre à cet ordre. La relation de soin se fait alors responsabilité, mais une responsabilité qui ne relève pas de la liberté (comme pour Ricœur) puisque je suis l'otage de sa vulnérabilité. Ainsi, si Ricœur nous permet de penser la relation de soin comme essentiellement sollicitude réciproque, Levinas nous incite à la voir d'abord comme responsabilité inconditionnelle [17].

Dans un article intitulé « Le suicide est-il un problème », Michel Cornu forge la notion d'éthique de l'inquiétude [7]. S'il se nourrit de Kierkegaard en envisageant le suicide comme une expérience existentielle unique, le philosophe suisse emprunte aussi à Ricœur, en particulier dans « Soi-même comme un autre », la distinction entre deux types d'identité. À l'identité idem correspondent nos marques distinctives, innées ou acquises, fruits des identifications opérées tout au long de notre existence. L'idem, c'est la mêmeté qui a un caractère de permanence et d'immuabilité dans le temps. D'un autre côté, l'identité ipse renvoie à une identité non substantielle qui n'est pas fixée dans le temps à un sujet, à un soi-même. Cette distinction idem/ipse nous permet de comprendre que nous ne sommes pas identiques à nous-mêmes, sans faille, sans brèche, sans secret à nous-mêmes, puisqu'il y a de l'autre en nous.

Prendre au sérieux cette mise en question radicale de l'impossibilité de maîtrise sur nous -mêmes et sur autrui en tant qu'ipse est capital dans notre posture vis-à-vis de la question du suicide et notre relation à l'autre. Elle visera alors à conforter ce dernier dans son ipséité plutôt que de le réduire à sa mêmeté, car réduire l'autre à être une identité, c'est nier l'altérité et, pour ses effets de maîtrise et de réassurance, ramener l'autre au personnage désiré. Une telle éthique, soucieuse et respectueuse de l'altérité, au sens où l'expérience de l'altérité en moi s'accompagne de celle d'autrui comme autre, est qualifiée par Cornu d'éthique de l'inquiétude.

Pour conclure : des tensions éthiques

Les dispositifs de veille, dont il sera largement question dans d'autres articles de ce numéro spécial, reposent donc sur des notions philosophiques empruntées à Heidegger (sollicitude prévenante), Ricœur (sollicitude), Levinas (responsabilité) ou encore Cornu (éthique de l'inquiétude). Nous avons déjà évoqué tout au long de notre texte un certain nombre de tensions inhérentes à ces notions elles-mêmes comme celle intrinsèque au terme de sollicitude (à la fois soin et souci), ou propres à l'œuvre des auteurs (sollicitude substitutive / sollicitude prévenante chez Heidegger), ou encore liées au débat d'idées (sollicitude chez Ricœur / responsabilité pour Levinas). La déclinaison de ces dispositifs de veille dans la pratique de la clinique et dans les territoires en fait surgir d'autres qui constitueront notre conclusion.

Ainsi, cliniquement, les dispositifs de veille visent à maintenir un lien personnalisé sans envahir l'existence, à veiller avec bienveillance sans surveiller. Pourtant si l'on suit Foucault [23], le dispositif est par essence une structure de surveillance anonyme conduisant à une société du contrôle... dont la médecine - et la prévention - seraient les bras armés. Mais, précise-t-il plus loin, le dispositif est aussi un réseau de relations entre des libertés qui peuvent problématiser leurs pratiques, au service de la subjectivation et de l'intersubjectivité. La démarche de veille consisterait alors à

habiter des dispositifs par des dispositions. Solliciter une personne souffrante par un message écrit ou un SMS peut relever d'une substitution accaparante (prendre sa place dans le souci de son avenir) comme d'une sollicitude prévenante (l'aider par une attention interpersonnelle).

La territorialisation d'un dispositif de rappel téléphonique des personnes suicidantes comme Vigilans ouvre un autre débat, entre justice et équité. En effet, cette régionalisation (un dispositif par région) permet d'optimiser l'action (la prévention ciblée du suicide) en gagnant en efficience, sans rationnement par diminution des moyens, ni renoncement par baisse du niveau d'objectif, et dans un souci de justice (meilleure gestion de l'argent public, et meilleure couverture sanitaire d'une population). Ceci implique une même offre, protocolisée, qui suppose donc une égalité des besoins et de rendre à chacun selon son dû selon le principe de justice. Mais, il est aussi possible d'envisager une amélioration de l'action en gagnant cette fois en proportionnalité par une attention au singulier selon le droit pour chacun à des soins efficaces et personnalisés (le rappel téléphonique de proximité par exemple) : être attentif au besoin de chacun selon le principe d'équité. Aristote ne dit pas autre chose dans l'Éthique à Nicomaque [24] : « Telle est la nature de l'équitable : c'est d'être un correctif de la loi, là où la loi a manqué de statuer à cause de sa généralité ». Pour le dire encore autrement, passer d'un dispositif soignant général dans une logique d'action à une disposition soignante singulière dans une logique de rencontre [25].

Bibliographie

- [1] Camus A. Le mythe de Sisyphe. Paris : Gallimard ; 1942.
- [2] Sénèque. De la tranquillité de l'âme. In : Les Stoïciens. Paris : Gallimard ; 1962.
- [3] Saint Augustin. La cité de Dieu. Paris : La Pléiade ; 2000.
- [4] Minois G. Histoire du suicide : la société occidentale face à la mort volontaire. Paris : Fayard ; 1995.
- [5] Kant E. Fondements de la métaphysique des mœurs. Paris : Vrin ; 1992.
- [6] Kierkegaard S. Traité du désespoir. Paris : Gallimard ; 1949.
- [7] Cornu M. Le suicide est-il un problème ? Conférence du 2 décembre 2000. Lausanne ; www.contrepointphilosophique.ch
- [8] Walter M. Prévention du suicide : le souci de l'autre. La Revue du Praticien 2011 ; 61 : 173-174
- [9] Von Sevenant A. Philosophie de la sollicitude. Paris : Vrin ; 2001.
- [10] Trouvé A. Conférence-débat EPE. Université de Rouen 17 novembre 2015. <http://www.epe76.fr/wp-content/uploads/2015/12/Conférence-Alain-trouvé-la-sollicitudeEPE-2015-texte.pdf>
- [11] Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris : Le Seuil ; 1990.
- [12] Heidegger M. Etre et Temps. Paris : Gallimard ; 1964.
- [13] David P. Essai sur Heidegger et le judaïsme. Le nom et le nombre. Paris : éditions du Cerf ; 20015
- [14] Saint John Perse. Œuvres complètes. Paris : Gallimard, La Pléiade ; 1972
- [15] Brisard R, Célis R. L'évidence du monde : méthode et empirie de la phénoménologie. Paris : publications Fac Saint-Louis ; 1994.
- [16] Ricoeur P, Éthique et morale. In : Lecture 1. Paris : Seuil ; 1999.
- [17] Svandra P. Le soin entre sollicitude et responsabilité. Une lecture croisée de Ricoeur et Levinas. Éthique et santé 2016 ; 13 : 121-126.
- [18] Causse JD. L'instant d'un geste, le sujet, l'éthique et le don. Genève : Labor et Fides ; 2004.

- [19] Ricard MA. Regards sur la sollicitude chez Paul Ricœur. Université de Laval ; faculté de philosophie. 15 mai 2017. Circem ; sciencessociales.uottawa.ca/circem/
- [20] Levinas E. Autrement qu'être ou au-delà de l'essence. La Haye : Martinus Nijhoff ; 1974.
- [21] Levinas E. Éthique et infini. Paris : Fayard ; 1982.
- [22] Valette JM. Séminaire de Monsieur Marimbert et de Monsieur Burjan (DU, jury) 2009- 2010. Méthodologie philosophique appliquée à la vie et au vivant : rapport privé / public dans l'acte médical. « Emmanuel Levinas et le souci de l'autre : éthique de l'intimité et éthique du soin ».
- [23] Foucault M. Surveiller et punir. Paris : Gallimard ; 1975.
- [24] Aristote. Éthique à Nicomaque. Paris : Vrin ; 1990.
- [25] Jousset D. Enjeux philosophiques du dispositif d'annonce : du dispositif à la disposition soignante. In : Seizeur R, Rolland-Lozachmeur G. Annoncer le cancer : entre humanité et sciences médicales. Le cas de la tumeur cérébrale. Paris : Lavoisier- Médecine Sciences ; 2016 : 136-155.

Suicide. Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes. 5e rapport. Synthèse. Introduction

BERTHOU Valentin, BOULCH Aristide, CARRIERE Monique (et al.), Observatoire national du suicide, 2022-09, pp. 13-14

Dès les premières semaines de la pandémie de Covid-19, certains experts de la prévention du suicide se sont inquiétés d'une possible augmentation des conduites suicidaires à court terme ou plus long terme, sous l'effet de la pandémie elle-même et de certaines consignes sanitaires émises pour limiter son expansion. De fait, les mesures de confinement, la limitation des déplacements et des activités, la fermeture de nombreux lieux, ainsi que l'engorgement du système de soins et plus globalement le contexte sanitaire et social ont alimenté de multiples facteurs de risque : isolement, rupture de prise en charge des troubles psychiques, dégradation de la santé physique et psychologique, sédentarité subie, incertitude, sentiment d'insécurité, violences intrafamiliales, confinement dans des logements de faible surface, augmentation de la consommation d'alcool, perte d'emploi ou – au contraire – surcharge de travail, diminution ou perte de revenus, par exemple. Toutefois, les premières données collectées sur la situation française en 2020, confirmées par celles recueillies dans d'autres pays de niveau économique similaire, semblent avoir infirmé ces craintes, du moins celles concernant l'impact immédiat de l'épidémie sur les conduites suicidaires.

Malgré une hausse des symptômes d'anxiété, de dépression et des problèmes de sommeil identifiée dès les premières semaines de l'épidémie, les décès par suicide semblent avoir diminué pendant les épisodes de confinement de 2020. De même, par rapport à l'année précédente, les hospitalisations pour lésion auto-infligée diminuent pendant le confinement du printemps 2020 et au cours de l'été suivant. En revanche, à partir du deuxième trimestre de 2020, ce nombre augmente très sensiblement pour les adolescentes et jeunes femmes, a contrario du reste de la population. La diminution des hospitalisations pour geste suicidaire au premier semestre de 2020 interroge : comment expliquer cette baisse, même temporaire, alors que le contexte général est marqué par une nette dégradation de la santé mentale ?

La situation de péril collectif vécue en début de pandémie pourrait, au même titre que les guerres, avoir engendré un fort sentiment de cohésion sociale et celui d'être moins singulier et responsable de sa situation difficile, à certains égards protecteurs par rapport au risque de suicide. De façon inattendue, certains aspects des mesures de lutte contre l'épidémie ont aussi pu participer à une atténuation du risque suicidaire. Par exemple, au cours des périodes de confinement ou sous l'effet du chômage partiel, le temps passé avec les proches a augmenté pour beaucoup de Français : les parents ont, dans certains cas, été ¹ plus disponibles pour leurs enfants et pour leurs adolescents ; le travail à distance, pour ceux qui étaient concernés, a parfois protégé de certains risques psychosociaux ; la diminution du temps de transport, enfin, a pu se traduire par une moindre fatigue pour une partie de la population. De plus, en lien

direct avec la crise suicidaire, les épisodes de confinement ont été caractérisés par une plus grande surveillance des proches et par un moindre accès aux moyens létaux. Lors du premier confinement, certaines formes d'adversité et d'insécurité, grandes pourvoyeuses de détresse psychique, ont en outre baissé. Enfin, il faut saluer la poursuite, malgré la crise, des soins délivrés aux personnes déjà prises en charge pour des troubles psychiatriques (par des consultations à distance par exemple).

La santé mentale de la population dans son ensemble s'est donc dégradée rapidement dès le début du premier confinement, sans forcément se traduire par une hausse immédiate des conduites suicidaires. Ces tendances moyennes ne doivent cependant pas occulter les inégalités existantes dans les conditions et les vécus des épisodes de confinement. Tandis que certaines catégories de la population ont bénéficié de l'aide de leur entourage et de conditions de vie relativement peu stressantes, d'autres, notamment les travailleurs dits « de première ligne » et les personnes vivant dans des logements suroccupés ou de faible qualité ont, au contraire, connu un stress professionnel exacerbé, une peur accrue d'être contaminées et une dégradation globale de leurs conditions de vie. De plus, certains ont souffert d'être confinés seuls ou au contraire dans un environnement familial délétère, voire violent.

Ces évolutions doivent être interprétées dans le cadre d'une tendance générale à la baisse des conduites suicidaires, observable depuis les années 1980, et dont la persistance à l'issue de la pandémie reste à confirmer. La situation pourrait évoluer défavorablement en raison de la dégradation de l'état de santé mentale de la population et d'éventuelles conséquences négatives d'une crise sanitaire qui perdure, combinée à une situation socio-économique difficile. Les périodes de récession économique sont souvent accompagnées d'une hausse des conduites suicidaires, en particulier chez les hommes en âge de travailler², avec des conséquences à moyen terme qualifiées d'« effets rebonds ». Les résultats globaux peuvent aussi masquer des réalités différentes selon les sous-populations, avec notamment un accroissement des inégalités face au risque suicidaire déjà souligné par les premiers travaux publiés. Dans ce contexte, les personnes déjà vulnérables pourraient développer des conduites suicidaires plus importantes des suites de cette pandémie, dont les conséquences ont notamment frappé plus durement les jeunes, les femmes, les familles monoparentales et les personnes en situation de précarité.

¹. Les décès par suicide en 2020 ont été codés grâce à un algorithme de recherche des termes exprimant le suicide dans les certificats de décès (fiche 1). Il faut donc faire preuve d'une certaine prudence en attendant les résultats définitifs, issus du codage habituel s'appuyant sur la dixième révision de la classification internationale des maladies (CIM10) de l'OMS.

². Revue de littérature : crise de 2008 et suicide. Dans Observatoire national du suicide (ONS) (2014). Suicide État des lieux des connaissances et perspectives de recherche – 1er rapport. Paris, France : DREES.

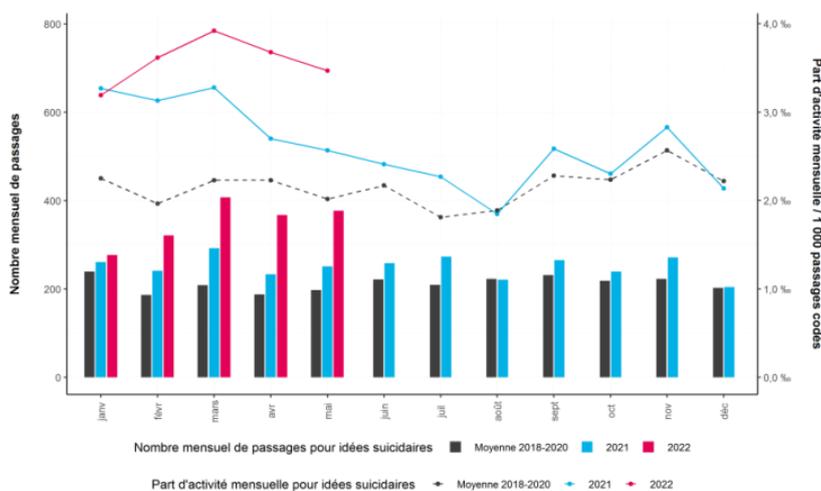
Urgences PACA Idées suicidaires et Angoisse

Santé mentale en région Paca. Point épidémiologique bimestriel du 28 juin 2022, 2022-07

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, le nombre mensuel de passages aux urgences en avril-mai 2022 est relativement stable comparé à celui de février-mars 2022 (+2%). En revanche, le nombre mensuel de passages aux urgences sur la période de janvier à mai 2022 est plus élevé que la moyenne des passages des années 2018 à 2020, ainsi que 2021, sur la même période (figure 3).

- Depuis février 2022, la part d'activité mensuelle est supérieure à la moyenne des années 2018 à 2020.
- Chez les 11 ans et plus, nombre mensuel de passages aux urgences pour idées suicidaires en avril-mai 2022 relativement stable comparé à celui de février-mars 2022.
- Tous âge confondus, nombre mensuel de consultations pour angoisse chez SOS médecins en avril-mai 2022 en augmentation comparé à celui de février-mars 2022 mais plus faible qu'en avril-mai 2021 et que la moyenne des consultations en avril-mai des années 2018 à 2020.

Figure 3 : Nombre mensuel des passages aux urgences et part d'activité mensuelle pour les années 2018 à 2021, et janvier à mai 2022, chez les 11 ans ou plus, en Provence-Alpes-Côte d'Azur (source : Oscour®)



ANGOISSE

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, le nombre mensuel de consultations pour angoisse chez SOS médecins en avril-mai 2022 est en augmentation comparé à celui de février-mars 2022 (+12%). En revanche, le nombre mensuel de consultations sur la période de janvier à mai 2022 est plus faible que la moyenne des consultations des années 2018 à 2020, ainsi qu'en 2021, sur la même période (figure 4). Sur mai 2022, la part d'activité mensuelle était inférieure à mai 2021 et à la moyenne des années 2018 à 2020 (figure 4)

Figure 4 : Nombre mensuel d'actes SOS Médecins pour angoisse pour les années 2018 à 2021, et janvier à mai 2022, tous âges, en Provence-Alpes-Côte d'Azur (source : SOS médecins®)



Cadrage : stratégie nationale du suicide

Stratégie nationale de prévention du suicide

Stratégie nationale de prévention du suicide, Direction générale de la santé (DGS), 2022-09, 11 p.

Chaque suicide est une catastrophe, à l'origine de beaucoup de douleurs ou de traumatismes chez les proches, et il peut être l'un des événements les plus difficiles auxquels sont confrontés les professionnels de santé. 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.)

Le suicide est un phénomène complexe qui résulte de l'interaction de nombreux facteurs. Ces déterminants biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux sont de mieux en mieux connus. Parmi les principaux facteurs de risque figurent les troubles psychiques, les antécédents familiaux, l'appartenance à un groupe vulnérable, la précarité des conditions de vie, l'isolement, etc. Les idées suicidaires et des antécédents personnels de comportement suicidaire comptent également parmi les facteurs de risque les plus importants.

Les études épidémiologiques de ces 20 dernières années ont permis d'identifier des actions permettant de diminuer la mortalité et la morbidité suicidaires de façon efficace : le suicide est en grande partie évitable.

C'est pourquoi, l'une des recommandations principales du Haut conseil de la santé publique, dans son rapport d'évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2015, est de centrer les actions de prévention du suicide sur les populations à risque, en prenant en compte les catégories de comportement suicidaire et de troubles psychiques suicidogènes.

La prévention du suicide est un enjeu majeur de santé publique. C'est une priorité pour le ministère chargé de la santé qui l'a inscrite dans l'action 6 de la Feuille de route santé mentale et psychiatrie de 2018 et dans l'instruction du 6 juillet 2022 actualisant la stratégie multimodale de prévention du suicide. Leur objectif consiste à mettre œuvre de façon coordonnée dans les territoires un ensemble d'actions intégrées de prévention du suicide qui sont :

- le dispositif Vigilans de maintien du contact avec la personne qui a fait une tentative de suicide ;
- la formation actualisée au repérage, à l'évaluation et à l'intervention de crise suicidaire ;
- les actions de prévention de la contagion suicidaire ;
- et la mise en place du numéro national de prévention du suicide, le 3114.



Pour aller plus loin

Bulletin officiel

Santé
Protection sociale
Solidarité

Direction générale de la santé (DGS)

INSTRUCTION N° DGS/SP4/2022/171 du 6 juillet 2022 actualisant l'instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 et relative à la stratégie nationale de prévention du suicide

Bulletin officiel Santé - Protection sociale – Solidarité, n° 2022/16, 2022-07-29, pp. 65-105



BERTHOU Valentin, BOULCH Aristide, CARRIERE Monique (et al.)

Suicide. Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes. 5e rapport

Observatoire national du suicide, 2022-09, 302 p.

Ce cinquième rapport de l'Observatoire national du suicide traite des conséquences de la crise sanitaire liée au Covid-19 sur les conduites suicidaires. Il fait état de travaux initiés dès le début de la pandémie et conduits pendant presque deux ans. Il se compose de deux grands dossiers et de dix-huit fiches thématiques. Le premier dossier est une revue de la littérature nationale et

internationale sur les conduites suicidaires lors de la pandémie de Covid-19. La première partie synthétise les études consacrées à l'évolution des conduites suicidaires durant la première année de la pandémie. La seconde analyse l'impact de la pandémie sur la santé mentale et les facteurs de risque associés. La troisième aborde les effets spécifiques de la pandémie chez les étudiants et les jeunes adultes. La quatrième partie se concentre sur le vécu des enfants et des adolescents. Enfin, une cinquième partie présente le Recueil numérique « Covid-19 & suicide » proposant plus de 1 000 références ciblées couvrant la période de mars 2020 à juin 2022. Le second dossier du rapport est consacré à la restitution de quatre recherches sur la prévention du suicide des jeunes. Les dix-huit fiches synthétisent de nombreux résultats statistiques concernant les effets de la pandémie sur la santé mentale et les conduites suicidaires.



DU ROSCOAT Enguerrand, BROUSSOULOUX Sandrine, WALTER Michel (et al.)

Prévenir le suicide. Connaissances et interventions. Dossier

La Santé en action, n° 450, 2019-12, pp. 4-37

Il existe des interventions efficaces pour prévenir le suicide, cela a été démontré par la littérature scientifique. Ce constat a amené les pouvoirs publics et les intervenants dans le champ de la santé publique à intégrer cette démarche de prévention qui a fait ses preuves. Ce dossier analyse ces interventions probantes au travers de programmes concrets. Une trentaine d'experts et d'intervenants de terrain y ont contribué.



VANDEL Pierre

Suicide. Comprendre, repérer et agir

Le Coudrier, 2022, 95 p.

Cet ouvrage pratique et synthétique fournit tout d'abord des éléments de compréhension de la crise suicidaire, puis apporte des clés pour repérer une personne suicidaire et la secourir. L'auteur émaille son propos de nombreux cas cliniques tout au long de l'ouvrage.

Repérage et dépistage du suicide : le cas des enfants et des adolescents

Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge.

Argumentaire. 5.1. Dépistage et repérage – enjeux stratégiques

MIRKOVIC Bojan, HAS, 2021-09-09, pp. 29-31

Nota Bene : pour les références bibliographiques de ce document, se reporter au document en ligne.

Enjeux

Comme relevé dans la section 3.2, de nombreux adolescents en détresse et/ou à haut risque suicidaire sont entravés dans leur démarche de recherche d'aide ou d'expression de besoin d'assistance du fait de barrières personnelles ou structurelles. Aussi, d'après la revue systématique de Michelmores et Hindley (129), moins de 50 % des adolescents présentant des idées et/ou des conduites suicidaires chercheraient à être aidés. La difficulté qu'il y a à repérer ces jeunes contrarie non seulement les possibilités de les protéger d'un passage à l'acte dans les situations les plus critiques, mais retarde également la possibilité de leur apporter un accompagnement et des soins adaptés, au préjudice possible de leur développement (130) (cf. section 3.3). L'identification proactive des enfants et des adolescents à risque de suicide revêt donc une importance considérable pour la prévention dans cette population.

Stratégies

Du point de vue de la santé publique, les campagnes susceptibles d'être mises en œuvre pour améliorer l'identification des jeunes en détresse et/ou à risque de suicide visent à révéler des situations préoccupantes qui, autrement, seraient restées inconnues (131). Ces campagnes peuvent relever de deux types de stratégies.

Le dépistage (screening). Selon l'OMS, le dépistage consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue (132). Dans le champ de la suicidologie, les programmes de dépistage consistent habituellement en l'application systématique et exhaustive dans une population définie d'un instrument conçu pour identifier les sujets à risque suicidaire tel qu'opérationnalisé par des critères prédéfinis. Ils sont classiquement réalisés en deux étapes (133) :

- la première phase est celle du dépistage à proprement parler. Elle consiste en la passation de l'instrument choisi afin d'identifier les individus répondant aux critères de risque suicidaire ;
- la deuxième phase est celle de la vérification de la pertinence individuelle du dépistage. Elle consiste en un entretien approfondi avec les individus sélectionnés, mené par un professionnel de la santé. Au cours de cette phase, le clinicien évalue la nécessité, pour l'individu en question, d'être orienté pour une évaluation approfondie ou une prise en charge.

La participation aux programmes de dépistage est généralement volontaire. Dans les populations mineures, elle implique un consentement des parents. Lors de

campagnes de dépistage en milieu scolaire, environ 10 à 30 % des élèves obtiennent un résultat positif selon les instruments et les seuils utilisés (134).

Le repérage (identification). Moins bien formalisé dans la littérature mais largement employé en santé publique, le repérage consiste, à proprement parler, à reconnaître les signes, symptômes et manifestations d'un état morbide ou à risque. Par extension, les stratégies de repérage recouvrent l'ensemble des actions individuelles et collectives visant la promotion et l'amélioration de la reconnaissance de ces signes, symptômes et manifestations par les individus eux-mêmes, leurs proches, leur entourage, ainsi que les professionnels, qu'ils relèvent du champ sanitaire ou non. En prévention du suicide, les stratégies de repérage visent surtout l'identification et la prise en compte des signaux d'alerte traduisant une crise suicidaire afin d'apporter les réponses adaptées.

Il est à noter que la distinction entre dépistage et repérage n'est que rarement opérée dans la littérature, les deux termes étant souvent utilisés de façon indifférenciée. Qui plus est, de nombreux programmes sont hybrides, comprenant de façon combinée les deux types de stratégies. Pour autant, dépistage et repérage procèdent de démarches de santé publique et donc de méthodologies évaluatives distinctes. Par exemple, la construction d'une stratégie de détection de sujets à risque dans une population donnée soulève la question – particulièrement sensible en matière de processus suicidaire – de la définition et de l'opérationnalisation de la notion même de « sujet à risque ». En matière de repérage, la réponse donnée par la plupart des recommandations francophones est relativement simple, puisqu'il s'agit de reconnaître des manifestations cliniques qui traduisent l'existence d'un processus psychopathologique à l'œuvre, formalisé sous le concept de crise suicidaire. En matière de dépistage, en revanche, la littérature est extrêmement hétérogène, considérant que les « sujets à risque » sont tantôt ceux qui font état d'idées suicidaires (avec ou sans seuil d'intensité et plus ou moins caractérisées), tantôt ceux qui présentent un risque statistique élevé de se suicider au regard de leurs facteurs de risque, tantôt ceux dont la probabilité de présenter des idées suicidaires est augmentée par la présence de proxy épidémiologiques ou d'indicateurs de souffrance psychique.

Enfin, il faut souligner que dépistage et repérage se conçoivent nécessairement dans un modèle global de santé publique ou de pratique clinique, souvent représenté par la constitution de la **chaîne repérage – évaluation – orientation – protection, accompagnement et soin**.

Recommandation

R6. Il est recommandé de mettre en cohérence les stratégies de prévention des conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent selon une chaîne de prévention : repérage – évaluation – orientation – protection, accompagnement et soins (AE). Dans cette chaîne, la pertinence du maillon d'amont dépend de l'efficacité du maillon d'aval. En d'autres termes :

- les actions destinées à mieux détecter les enfants et les adolescents à risque suicidaire devraient être systématiquement assorties de moyens d'évaluer puis d'orienter les sujets identifiés ;
- l'évaluation d'une crise suicidaire doit donner lieu à une orientation adaptée ;
- l'orientation d'un enfant ou d'un adolescent suicidant ou suicidaire doit se faire vers des ressources d'aval capables de le protéger, de le soigner et de l'accompagner.

Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge. Recommandations.

MIRKOVIC Bojan, HAS, 2021-09-09, pp. 10-23

3. Comment identifier les enfants et adolescents suicidaires ou à risque suicidaire ?

3.1. Dépistage et repérage – enjeux stratégiques

R6. Il est recommandé de mettre en cohérence les stratégies de prévention des conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent selon une **chaîne de prévention : repérage – évaluation – orientation – protection, accompagnement et soins (AE)**. Dans cette chaîne, la pertinence du maillon d'amont dépend de l'efficacité du maillon d'aval. En d'autres termes :

- les actions destinées à mieux détecter les enfants et les adolescents à risque suicidaire devraient être systématiquement assorties de moyens d'évaluer puis d'orienter les sujets identifiés ;
- l'évaluation d'une crise suicidaire doit donner lieu à une orientation adaptée ; – l'orientation d'un enfant ou d'un adolescent suicidant ou suicidaire doit se faire vers des ressources d'aval capables de le protéger, de le soigner et de l'accompagner.

3.2. Dépistage en milieux spécifiques

3.2.1. Milieu scolaire

De prime abord, la littérature fait apparaître des résultats probants concernant l'innocuité et les performances des campagnes de dépistage en milieu scolaire en termes de repérage des adolescents à risque suicidaire. Cependant, la valeur préventive de ces campagnes dépend étroitement de la possibilité de proposer à chaque adolescent dépisté une évaluation clinique complémentaire et une orientation adaptée au résultat de cette évaluation. Or, le dispositif à mettre en œuvre pour assurer de manière systématique et protocolisée le dépistage, l'évaluation et l'orientation des jeunes requiert la disponibilité d'un nombre important de professionnels formés et suppose des contraintes organisationnelles exigeantes. En outre, l'acceptabilité d'un dépistage systématique du risque suicidaire pour les adolescents, les tuteurs légaux et les professionnels d'une institution donnée est un facteur limitant non négligeable. Dans la littérature, seul le programme SOS a fait ses preuves en termes d'efficacité préventive. Or, ce programme comprend une double valence de dépistage et de sensibilisation et aucun argument ne permet d'attribuer sa performance à l'une ou l'autre de ces valences.

R7. Mise en regard de l'importance des moyens à mobiliser et des limites de faisabilité, la modestie des bénéfices attendus ne justifie pas de recommander le déploiement de campagnes de dépistage systématique du risque suicidaire en milieu scolaire (grade C).

R8. En revanche, **il est recommandé la mise en place d'actions de sensibilisation aux conduites suicidaires, à la santé mentale, à l'entraide et à l'accès aux soins dans toutes les institutions accueillant des enfants et des adolescents**, en particulier en milieu scolaire et dans les institutions prenant en charge des populations présentant un surrisque de trouble de santé mentale (notamment l'Aide sociale à l'enfance, la Protection judiciaire de la jeunesse et certains secteurs du handicap) (AE).

R9. Enfin, s'il n'est pas préconisé le déploiement systématique de stratégies de dépistage en population infanto-juvénile, il est encouragé toute démarche de recherche-action qui viserait à HAS • Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge • septembre 2021
11 consolider les éléments de preuve concernant la pertinence de telles stratégies, avec une attention particulière pour la balance coût/bénéfice qu'elles impliquent (AE).

3.2.2. Médecine de ville

Il est préconisé de renforcer les capacités des acteurs de soins primaires – notamment le médecin généraliste, le pédiatre, le médecin scolaire et l'infirmière scolaire – à identifier les enfants et les adolescents à risque de conduites suicidaires. À cette fin, il est recommandé :

– R10. Lors des consultations pour des difficultés en lien avec la santé mentale, ou lorsque de telles difficultés se révèlent au cours de la consultation, d'interroger systématiquement l'enfant ou l'adolescent sur l'existence d'idées et de conduites suicidaires actuelles, récentes ou anciennes. Les questions posées doivent être claires et explicites. Au besoin, des outils comme l'Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) peuvent être utilisés (AE).

– R11. Pour toutes les autres consultations d'enfants et d'adolescents, d'en rehausser le niveau de sensibilité pour le dépistage des idées et conduites suicidaires récentes ou anciennes en employant le Bullying Insomnia Tobacco Stress (BITS), notamment chez l'adolescent de plus de 12 ans (grade C). En pratique, il est demandé d'aborder les thèmes brimades, insomnies, tabac, stress, en posant successivement les questions dans l'ordre du tableau 1.

Tableau 1. Questions du BITS

Thème	Question	Réponse	Cotation
Insomnie	As-tu souvent des insomnies, des troubles du sommeil ? Des cauchemars ?	Insomnies, troubles du sommeil	1 point
		Cauchemars	2 points
Stress	Te sens-tu stressé par le travail scolaire ou bien par l'ambiance familiale ? Par les deux ?	Stress dû au travail scolaire ou à l'ambiance familiale	1 point
		Stress dû au travail scolaire et à l'ambiance familiale	2 points
Brimades	As-tu été récemment brimé ou maltraité à l'école, ou par téléphone ou internet ? Et en dehors de l'école ?	Brimades ou maltraitances à l'école, par téléphone ou internet	1 point
		Brimades ou maltraitances en dehors de l'école	2 points
Tabac	Fumes-tu parfois du tabac ? Tous les jours ?	Tabagisme infraquotidien	1 point
		Tabagisme quotidien	2 points

Pour chaque thème, le score le plus haut est retenu. À partir de 3 points sur 8, il est préconisé de questionner l'enfant ou l'adolescent sur la présence d'idées ou de conduites suicidaires actuelles, récentes ou anciennes, au besoin à l'aide d'outils comme l'ASQ :

1. Au cours des dernières semaines, as-tu souhaité être mort ?
2. Au cours des dernières semaines, as-tu eu le sentiment qu'il serait préférable, pour toi ou ta famille, que tu sois mort ?
3. Au cours de la dernière semaine, as-tu eu des pensées suicidaires ?
4. As-tu déjà essayé de te suicider ?

5. Si le patient répond oui à l'une des questions ci-dessus, il est demandé de lui poser la question supplémentaire suivante :
6. As-tu l'intention de te suicider en ce moment ?

3.2.3. Aux urgences

De la même manière que pour les acteurs de soins primaires, il est préconisé de renforcer les capacités des professionnels soignants des services d'urgence à identifier les enfants et les adolescents à risque de conduites suicidaires par l'adoption de la stratégie suivante :

– R12. Interroger systématiquement les enfants et les adolescents sur la présence d'idées et de conduites suicidaires actuelles, récentes ou anciennes lorsque la consultation est motivée par des difficultés en lien avec la santé mentale ou lorsque de telles difficultés se révèlent au cours de l'entretien. Au besoin, des outils comme l'ASQ peuvent être utilisés (AE).

– R13. Pour toutes autres causes d'admission aux urgences d'enfants et d'adolescents, rehausser le niveau de sensibilité pour le dépistage des idées et conduites suicidaires récentes ou anciennes en employant le Bullying Insomnia Tobacco Stress (BITS), notamment chez l'adolescent de plus de 12 ans (AE). En pratique, il est demandé d'aborder les thèmes brimades, insomnies, tabac, stress, en posant successivement les questions dans l'ordre du Tableau 1. Pour chaque thème, le score le plus haut est retenu. À partir de 3 points sur 8, il est préconisé de questionner l'enfant ou l'adolescent sur la présence d'idées ou de conduites suicidaires actuelles, récentes ou anciennes, au besoin à l'aide d'outils comme l'ASQ (cf. R11).

3.3. Stratégies de repérage

R14. Il est rappelé que poser la question à un enfant ou un adolescent sur la présence d'idées suicidaires n'induit pas chez lui de telles idées ou ne provoquera pas de passage à l'acte. Par conséquent, il est recommandé d'être explicite lorsque la question est abordée (grade C).

Lorsqu'un enfant ou un adolescent exprime des idées suicidaires à un adulte – en particulier s'il s'agit d'un professionnel –, il est nécessaire qu'il reçoive de sa part une réponse réactive et adaptée, notamment en termes d'écoute et d'orientation.

R15. Aussi, il est préconisé que l'ensemble des professionnels au contact d'enfants et d'adolescents soit sensibilisé aux enjeux de la santé mentale à ces âges, au repérage des signes généraux de mal-être, à la façon d'y répondre et aux ressources professionnelles disponibles (grade C).

Proposition aux décideurs 1. S'agissant plus particulièrement du risque suicidaire, il est proposé de s'appuyer sur le déploiement de réseaux de sentinelles formées, accompagnées et articulées avec les dispositifs de soins en santé mentale.

Une sentinelle est un citoyen, professionnel ou non, présentant une disposition spontanée au souci de l'autre et à l'entraide, élargissant cette disposition au-delà de son seul cercle privé et reconnu dans une ou plusieurs de ses communautés de vie comme tel. Pour exercer ses fonctions de repérage et d'orientation, notamment des personnes à risque suicidaire, la sentinelle est sensibilisée et accompagnée. Elle s'intègre dans le cadre d'un réseau formalisé, étroitement articulé avec l'offre de soins dans l'exercice de fonction de repérage.

R16. Il est préconisé de déployer les stratégies de renforcement du repérage en priorité (AE) :

– en milieu scolaire, en raison du caractère universel de l'accueil des enfants et adolescents ;

– dans les milieux où les enfants et les adolescents présentent un surrisque connu d'idées ou de conduites suicidaires, comme les structures relevant de l'Aide sociale à l'enfance, celles relevant de la Protection judiciaire de la jeunesse ou de certains secteurs du handicap.

4. Comment évaluer une crise suicidaire de l'enfant ou de l'adolescent ?

R17. Il est rappelé que l'évaluation de la crise suicidaire de l'enfant ou de l'adolescent relève du champ de compétence et de responsabilité des professionnels cliniciens intervenant dans le champ de la santé mentale. Aussi, la formation systématique de ces professionnels à l'évaluation et à la prise en charge de la crise suicidaire est recommandée (AE). Cette formation devrait intervenir à la fois dans le cadre de la formation initiale, mais aussi dans celui de la formation professionnelle continue.

R18. S'agissant des modalités d'évaluation de la crise suicidaire de l'enfant et de l'adolescent, il est préconisé (AE) :

- d'y consacrer, chaque fois que possible, au moins un entretien avec l'enfant ou l'adolescent seul ;
- de compléter cet entretien, chaque fois que possible, par le recueil d'informations auprès du ou des titulaires de l'autorité parentale ;
- de compléter cet entretien par d'autres sources d'information dans le respect du secret médical (infirmier et/ou médecin scolaire, médecin généraliste, pédiatre, etc.) ;
- d'établir un contexte favorable : lieu adéquat, climat d'empathie, de non-jugement et de bienveillance, respect de la confidentialité ;
- d'adapter l'évaluation au niveau développemental de l'enfant ou de l'adolescent ;
- de prendre systématiquement en compte l'environnement de l'enfant et de l'adolescent, en particulier ses interactions avec sa famille et ses pairs ;
- de travailler l'évaluation avec l'entourage familial et pour l'enfant et l'adolescent concernés avec les référents socio-éducatifs, et en posant les bases de l'alliance thérapeutique ;
- chaque fois que nécessaire, de compléter l'évaluation initiale par d'autres entretiens différés dont le délai d'organisation doit être inversement proportionnel au niveau d'urgence et de vulnérabilité estimé.

R19. Si l'adolescent mineur s'oppose à ce que ses parents (titulaires de l'autorité parentale ou son tuteur, le cas échéant) soient contactés, le clinicien doit s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation conformément à l'article L. 1111-5 du Code de la santé publique (cf. Annexe 1). Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le clinicien peut mettre en œuvre l'intervention nécessaire à sauvegarder sa santé ou sa sécurité. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

R20. Dans l'évaluation d'une crise suicidaire, il est proposé de distinguer (AE) :

- **l'urgence suicidaire**, qui correspond à la probabilité que la personne adopte une conduite suicidaire potentiellement létale sur le court terme. Son évaluation consiste à caractériser la crise suicidaire actuelle. Elle permet de régler les mesures de protection, de soins et d'accompagnement à diligenter dans l'aigu ;
- **la vulnérabilité suicidaire**, qui correspond à la probabilité que la personne adopte une conduite suicidaire sur le moyen ou le long terme. Son évaluation consiste à caractériser l'état psychique et développemental sous-jacent à la crise suicidaire actuelle. Elle permet de contextualiser et de pondérer l'évaluation de l'urgence suicidaire, et d'identifier des leviers d'action préventifs et thérapeutiques sur le court ou le moyen terme.

Il est rappelé que l'évaluation d'une crise suicidaire consiste en une démarche clinique intégrée. Cette démarche comprend (AE) :

→ R21. L'évaluation de l'urgence suicidaire, intégrant :

- l'appréciation du niveau de souffrance ou de douleur psychique ;
- après une tentative de suicide : la critique du passage à l'acte et l'intention de répétition ;
- la caractérisation des idées suicidaires : caractère actif ou passif, intensité, fréquence, durée, contrôlabilité ;
- la recherche d'un scénario suicidaire (moyen, date et circonstances), le cas échéant, complétée par :
 - l'évaluation du degré d'élaboration du scénario : précision dans le choix du moyen envisagé, précision et proximité de la date, anticipation des circonstances, etc.,
 - l'évaluation de la dangerosité du scénario : disponibilité et létalité du moyen envisagé, vraisemblance du scénario ;
- l'estimation du niveau d'intentionnalité suicidaire : velléité de passage à l'acte, recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins, projection dans l'avenir ;
- la recherche de facteurs dissuasifs. Il est recommandé de ne jamais sous-estimer l'urgence suicidaire.

→ R22. L'évaluation de la vulnérabilité suicidaire, inférée par intégration des facteurs de risque et de protection présentés par la personne. Il est préconisé de procéder de façon stratégique à leur collecte, en s'appuyant sur les prédicteurs dont les éléments de preuve sont les plus robustes et les tailles d'effet les plus importantes.

– Facteurs de risque :

- les antécédents personnels de tentative de suicide ;
- les antécédents familiaux de tentative de suicide et de suicide ;
- l'existence d'un trouble psychiatrique et/ou d'un trouble lié à l'usage de substance. Chez l'enfant, le clinicien sera particulièrement attentif à l'existence d'un trouble dépressif, d'un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ou d'un trouble du comportement (trouble oppositionnel avec provocation et trouble des conduites) ;
- l'existence d'un trouble psychiatrique et/ou d'un trouble lié à l'usage de substance chez les parents ;
- l'existence d'un trouble de santé physique ou d'une maladie chronique ;
- certaines caractéristiques psycho-affectives et comportementales : impulsivité, dysrégulation émotionnelle, insécurité d'attachement ;
- le recours aux blessures auto-infligées ;
- l'existence d'un harcèlement ;
- les antécédents et contextes de maltraitance (négligences, violences psychologiques, physiques et/ou sexuelles, confrontation à la violence intrafamiliale) ;
- les populations à risque augmenté : LGBT, migrants, mineurs isolés, jeunes confiés à l'Aide sociale à l'enfance ;
- la présence de difficultés d'ordre familial, notamment le défaut de cohésion familiale, la présence de conflits intrafamiliaux et les troubles relationnels parent-enfant.

– Facteurs de protection :

- facteurs de protection familiaux : cohésion familiale, qualité de la relation parent-enfant, investissement parental dans la dynamique d'apprentissage et le cursus scolaire ;
- soutien social ;
- spiritualité et croyances religieuses ; l'ensemble des facteurs de risque et de protection cités sont identifiés sur la base de relations statistiques et ne présument en rien des mécanismes impliqués. Les précautions d'interprétation qui en découlent sont particulièrement importantes s'agissant de la spiritualité et des croyances religieuses dont la nature et les caractéristiques peuvent varier considérablement ;
- stratégies de coping : capacités de recherche d'aide, de résolution de problème, investissement scolaire.

→ R23. L'appréciation de l'évolution de la crise suicidaire (durée, évolution de l'intensité des idées suicidaires, de facteurs précipitants, etc.).

→ R24. L'évaluation du niveau développemental de l'enfant ou de l'adolescent, en particulier s'agissant des capacités de régulation émotionnelle, de verbalisation et de représentation de la mort.

R25. L'évaluation de la crise suicidaire de l'enfant et de l'adolescent procède d'une démarche clinique. Des outils validés d'évaluation standardisée comme la version française de la Columbia Suicide Severity Rating Scale peuvent en guider la conduite, mais ne sauraient s'y substituer (AE). En d'autres termes, l'utilisation d'outils validés standardisés n'est ni indispensable, ni suffisante à l'évaluation d'une crise suicidaire de l'enfant ou de l'adolescent.

5. Comment orienter ?

R26. Il est recommandé à chaque personne ayant repéré un enfant ou un adolescent susceptible de traverser une crise suicidaire de l'orienter dans les meilleurs délais vers un professionnel ou un dispositif capable de mener une évaluation et une prise en charge adaptée (AE) :

- en cas d'inquiétude quant à un passage à l'acte imminent ou après une tentative de suicide, vers un service d'urgence ;
- dans l'ensemble des autres situations, vers un dispositif ou un professionnel de santé dit « de première ligne ».

Proposition aux décideurs 2. Il est proposé que soient identifiés, au sein de chaque bassin de vie, des parcours clairs et lisibles d'évaluation, d'orientation et de prise en charge des enfants et des adolescents suicidants et suicidaires. Ces parcours devraient s'appuyer sur une coopération de l'ensemble des acteurs sanitaires, médico-sociaux et associatifs mobilisés, et être structurés en (AE) :

- **une première ligne, capable d'évaluer la crise suicidaire**, de mener une intervention circonscrite et, au besoin, d'assurer l'orientation de l'enfant ou de l'adolescent vers un dispositif de deuxième ligne. Relèvent par exemple de la première ligne le médecin généraliste, le pédiatre, le médecin scolaire et l'infirmière scolaire ;

- **une deuxième ligne spécialisée, capable d'assurer le soin et l'accompagnement** des enfants et des adolescents suicidants ou suicidaires. Relèvent par exemple de la deuxième ligne les services hospitaliers spécialisés. Il est à noter qu'en fonction des contextes territoriaux, peuvent relever à la fois de la première et de la deuxième ligne : certains professionnels, en particulier les psychologues, les pédopsychiatres et psychiatres libéraux spécialisés dans l'adolescence ; et certains dispositifs, notamment les centres médico-

psychologiques, les centres médico-psycho-pédagogiques ou les maisons des adolescents.

R27. Par ailleurs, le numéro national de prévention du suicide (31 14) constitue une ressource structurante pour guider l'orientation des enfants et des adolescents suicidaires et suicidants (AE).

6. Comment prendre en charge la crise suicidaire en aigu ?

6.1. Cadre professionnel et relationnel

R28. Il est rappelé que **la prise en charge des enfants et des adolescents suicidants et suicidaires dans les services d'urgence relève de la double responsabilité d'une part des urgentistes, et d'autre part des pédopsychiatres et des psychiatres**. Il est préconisé par conséquent (AE) :

- un travail partenarial étroit et continu entre les équipes des urgences et les équipes de psychiatrie à chaque étape du séjour des enfants et des adolescents suicidants et suicidaires dans le service d'urgence ;

- la formation de l'ensemble des professionnels des services d'urgence à l'accueil et à la prise en charge des enfants et des adolescents suicidants et suicidaires.

R29. Par ailleurs, dans la lignée de la conférence de consensus de l'Anaes de 1998, il est **recommandé que soit désigné, pour tout enfant ou adolescent suicidaire ou suicidant, un professionnel « référent »**, c'est-à-dire un interlocuteur facilement accessible, qui organise et coordonne les soins personnalisés et soit garant de leur cohérence (AE).

R30. Il est recommandé de porter une attention particulière à l'accueil, à l'information, à la confidentialité et à l'accompagnement des familles à chaque étape du séjour des enfants et des adolescents suicidants et suicidaires dans le service d'urgence (grade C).

6.2. Prise en charge ambulatoire ou hospitalière ?

R31. Dans le contexte des urgences, il est rappelé que la décision d'hospitalisation ou de soins ambulatoires d'une crise suicidaire de l'enfant ou de l'adolescent relève d'un médecin dûment formé. Celle-ci doit s'appuyer de façon intégrée sur différents critères (AE) :

- le niveau d'urgence et de vulnérabilité suicidaire ;
- l'âge de l'enfant ou de l'adolescent ;
- le souhait de l'enfant ou de l'adolescent et des titulaires de l'autorité parentale ;
- les objectifs en termes de protection, d'évaluation, de soin, d'accompagnement et de maintien de la cohérence des parcours de soins (notamment en cas de tentatives de suicide multiples) ;
- la qualité de l'environnement et sa capacité à protéger l'enfant ou l'adolescent ;
- les ressources ambulatoires disponibles, leur structuration et leur réactivité ;
- pour les enfants et les adolescents suicidants, l'existence d'un risque somatique.

Il est rappelé que, dans les situations où le risque vital est engagé, la décision médicale d'hospitalisation peut être prise quel que soit l'avis de l'enfant ou de l'adolescent mineur. Si au moins un parent s'y oppose malgré les efforts du médecin pour le convaincre, la situation peut relever de la protection de l'enfance et peut justifier de la rédaction d'un signalement judiciaire au procureur de la République en vue d'une ordonnance de placement provisoire à l'hôpital (article R. 1112-35 du Code de la santé publique – cf. Annexe 1).

R32. Si une hospitalisation est décidée, le service d'adressage dépend de l'âge du patient et d'un éventuel risque somatique (AE) :

- pour les enfants, l'hospitalisation en pédiatrie avec une intervention de la pédopsychiatrie de liaison ou l'hospitalisation en pédopsychiatrie doivent être privilégiées ;
- pour les adolescents, l'hospitalisation dans des unités dédiées (pédiatrie, médecine ou psychiatrie de l'adolescent) doit être privilégiée. L'hospitalisation dans les unités psychiatriques pour adultes doit être évitée au maximum. Si elle était malgré tout nécessaire, une prise en charge spécifique devrait y être aménagée ;
- en cas de risque somatique, l'hospitalisation devrait systématiquement se faire dans un service de pédiatrie ou de médecine avec une intervention de la pédopsychiatrie ou de la psychiatrie de liaison. R33. Si une prise en charge ambulatoire est décidée, il est préconisé (AE) :
 - de demander à l'entourage à ce que l'ensemble des moyens létaux soient retirés ou mis hors de portée ;
 - d'informer le patient et sa famille sur la conduite à tenir en cas d'aggravation de la crise suicidaire actuelle ou de nouvelle crise suicidaire ;
 - d'informer le patient et sa famille sur l'effet désinhibiteur de l'alcool et des autres substances ;
 - de veiller à ce qu'un RDV de suivi soit fixé dès avant la sortie des urgences ;
 - pour les enfants et les adolescents suicidants, de procéder à une inclusion dans un dispositif de veille et de recontact et de remettre les cartes ressources correspondantes.

7. Prise en charge hospitalière

R34. La prise en charge hospitalière des enfants et des adolescents suicidants ou suicidaires doit permettre (AE) :

- de sécuriser l'enfant ou l'adolescent en prévenant le passage à l'acte ;
- d'apaiser la symptomatologie et les idées suicidaires ;
- de compléter l'évaluation psychiatrique et, le cas échéant, de prendre en charge les pathologies sous-jacentes ;
- de compléter l'évaluation somatique et, le cas échéant, de prendre en charge les conséquences physiques de la tentative de suicide ;
- de compléter l'évaluation sociale et, le cas échéant, de mettre en place les mesures d'accompagnement et de protection nécessaires ;
- de prendre contact avec les partenaires ;
- de renouer les liens et de restaurer la communication entre l'adolescent et son entourage, notamment les parents, ainsi que de développer le réseau de soutien social ;
- de débiter un travail psychothérapeutique individuel et familial ;
- d'initier un traitement psychotrope si nécessaire ;
- de préparer la sortie d'hospitalisation.

R35. Pour prévenir les passages à l'acte au cours de l'hospitalisation, il est recommandé (AE) :

- d'assurer une surveillance dont la fréquence est proportionnée au niveau d'urgence suicidaire selon des protocoles préétablis ; il est rappelé que cette surveillance relève d'une démarche de soin et doit rester conforme au cadre éthique et de bienveillance qui préside à l'hospitalisation ;
- de prendre des précautions environnementales visant à restreindre l'accès aux moyens létaux (cf. Annexe 2) ;
- de prévoir des interventions spécifiques qui comprennent l'inventaire des chambres ou l'observation continue pour les patients dont l'urgence suicidaire est

particulièrement élevée. R36. Il est recommandé aux médecins de s'appuyer sur les critères suivants pour décider de la sortie d'hospitalisation d'un enfant ou d'un adolescent suicidaire ou suicidant (AE) :

- l'amendement des idées suicidaires ou la réduction du niveau d'urgence ;
- la stabilisation de l'éventuelle pathologie psychiatrique sous-jacente ;
- l'organisation de la prise en charge post-hospitalière ;
- la disponibilité de l'environnement familial et sa capacité à protéger l'enfant ; – le souhait de l'enfant ou de l'adolescent et des titulaires de l'autorité parentale.

R37. Une fois que la sortie est décidée, il est préconisé (AE) :

- de vérifier que l'ensemble des moyens létaux sont retirés ou mis hors de portée ;
- d'informer le patient et sa famille sur la conduite à tenir en cas d'aggravation de la crise suicidaire actuelle ou de nouvelle crise suicidaire ;
- pour les enfants et les adolescents suicidants, de procéder à une inclusion dans un dispositif de veille et de recontact et de remettre les cartes ressources correspondantes ;
- de prendre contact avec le médecin de l'enfant ou de l'adolescent et les professionnels impliqués, avec l'accord des parents et de l'adolescent.

8. Plan de sécurité

Le plan de sécurité formalise de manière structurée un ensemble de pratiques reconnues comme pertinentes pour la prévention des conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent :

- identification des signaux d'alarme associés à une aggravation de la crise suicidaire ;
- renforcement des stratégies de coping ;
- sécurisation de l'environnement en limitant l'accès aux moyens de suicide ;
- mobilisation du réseau social de proximité ;
- renforcement de l'adhésion au suivi et mise à disposition de ressources en cas d'urgence. Il s'agit d'une intervention souple (elle peut être mise en place par différents professionnels, dans différents cadres institutionnels et à différents temps de la crise suicidaire), de mise en œuvre relativement simple et dont l'efficacité est soutenue par des éléments de preuve congruents, en particulier chez l'adolescent suicidant.

R38. Par conséquent, il est **recommandé de recourir au plan de sécurité comme l'un des outils de prévention de la réitération suicidaire chez l'enfant ou l'adolescent** tout en rappelant que la construction d'un plan de sécurité nécessite une formation spécifique (grade C).

9. Accompagnement de moyen et long terme

R39. Il est **recommandé que soient mis en place, pour chaque enfant et adolescent suicidant ou suicidaire, un accompagnement et des soins précoces, structurés et coordonnés**. Cet accompagnement et ces soins doivent avoir pour objectifs :

- de prévenir la survenue ou la réitération de conduites suicidaires ;
- de prévenir ou de réduire les conséquences négatives des conduites suicidaires ;
- de réduire ou de prévenir d'autres comportements à risque ;
- de traiter la symptomatologie psychiatrique ;
- d'améliorer le fonctionnement social ou scolaire ;
- d'améliorer la communication et les interactions familiales ;
- d'améliorer la qualité de vie. R40. L'accompagnement peut prendre la forme d'un soutien professionnel psychothérapeutique ou psycho-éducatif ou d'une

psychothérapie formalisée relevant de la TCC, de la thérapie systémique ou de la thérapie psychodynamique (AE).

R41. Pour tout enfant ou adolescent suicidant ou suicidaire, il est recommandé un traitement systématique de tout trouble psychiatrique sous-jacent (grade C). Dans ce cadre, l'emploi des thérapeutiques médicamenteuses ou non médicamenteuses devra répondre aux recommandations de bonnes pratiques correspondantes.

R42. En particulier, s'agissant du trouble dépressif, il est rappelé que la HAS recommande de ne pas prescrire en première intention un traitement antidépresseur. Le traitement antidépresseur ne peut se justifier qu'en cas :

- de résistance ou d'aggravation après 4 à 8 semaines de psychothérapie ;
- de signe particulier de gravité empêchant tout travail relationnel, dans l'objectif d'obtenir une réduction symptomatique susceptible de permettre le travail psychothérapeutique et de réduire le risque de rechute/récidive.

La HAS recommande également d'associer au traitement antidépresseur une psychothérapie adaptée.

En cas de prescription d'un traitement antidépresseur par un médecin généraliste ou un pédiatre, seule la fluoxétine est recommandée dans l'épisode dépressif de l'adolescent.

R43. Par ailleurs, il convient d'encourager le développement des travaux de recherche portant sur l'efficacité spécifique des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses sur la réduction des idées suicidaires et la prévention des conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent.

R44. Pour améliorer l'adhésion à l'accompagnement et aux soins proposés, les mesures suivantes sont recommandées (AE) :

- proposer des rendez-vous précis, d'autant plus rapprochés que l'urgence et/ou la vulnérabilité suicidaires sont élevées ;
- faire preuve de souplesse dans l'organisation des rendez-vous en cas de crise ;
- au besoin, rappeler à la famille et au patient les rendez-vous à venir ;
- contacter le patient et si besoin ses parents lorsqu'un rendez-vous est manqué ;
- porter une attention particulière à l'information du patient et de la famille, notamment en ce qui concerne l'organisation de l'accompagnement et des soins, de leurs objectifs et de leurs modalités de mise en œuvre. Il est recommandé également de prendre en considération les attentes et les représentations du patient et de sa famille au sujet de l'accompagnement et des soins.

10. À la sortie d'un séjour hospitalier ou des urgences

R45. Pour chaque enfant ou adolescent sortant d'un séjour hospitalier ou des urgences après une tentative de suicide, il est préconisé :

- dans un souci de continuité des soins, dans le cadre règlementaire du secret médical partagé, et en concertation avec l'enfant/adolescent et son représentant légal, d'adresser un courrier de sortie aux professionnels partenaires qui assureront la suite de la prise en charge du patient (AE) ;
- l'inclusion dans un dispositif de veille et de recontact adapté aux enfants et aux adolescents suicidants (grade B).

R46. Par ailleurs, il convient d'encourager le développement de dispositifs de recherche-action visant à évaluer l'efficacité préventive de différentes solutions d'accompagnement post-hospitalier, depuis le suivi intensif jusqu'aux interventions de contact bref. L'objectif fixé est qu'à terme, les enfants et les adolescents suicidants puissent bénéficier d'une gamme d'accompagnement post-hospitalier

qu'il soit possible de moduler en intensité et en durée en fonction des besoins des jeunes et de leurs familles (AE).



Pour aller plus loin



[Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge. Acteurs de soins de première ligne. Synthèse](#)

HAS, 2021-09-09, 8 p.

Cette publication présente la synthèse des recommandations de la HAS à destination des acteurs de soins de première ligne dans le but d'améliorer le repérage, l'évaluation, la prise en charge et le suivi des enfants et adolescents ayant des idées ou des conduites suicidaires. Elle comporte notamment la version française de l'outil validé d'évaluation standardisée : Columbia suicide severity rating scale.

[Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge. Urgences. Synthèse](#)

HAS, 2021-09-09, 6 p.

Cette publication présente la synthèse des recommandations de la HAS à destination des acteurs des services d'urgence dans le but d'améliorer le repérage, l'évaluation, la prise en charge et le suivi des enfants et adolescents ayant des idées ou des conduites suicidaires.

[Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge. Prise en charge hospitalière et de 2ème ligne. Synthèse](#)

HAS, 2021-09-09, 4 p.

Cette publication présente la synthèse des recommandations de la HAS à destination des acteurs de soins hospitaliers et de seconde ligne dans le but d'améliorer le repérage, l'évaluation, la prise en charge et le suivi des enfants et adolescents ayant des idées ou des conduites suicidaires.

[Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge. Professionnel non clinicien. Synthèse](#)

HAS, 2021-09-09, 2 p.

Cette publication présente la synthèse des recommandations de la HAS à destination des professionnels non cliniciens dans le but d'améliorer le repérage, l'évaluation, la prise en charge et le suivi des enfants et adolescents ayant des idées ou des conduites suicidaires.

[Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge. Décideurs publics. Synthèse](#)

HAS, 2021-09-09, 3 p.

Cette publication présente la synthèse des recommandations de la HAS à destination des décideurs publics dans le but d'améliorer le repérage, l'évaluation, la prise en charge et le suivi des enfants et adolescents ayant des idées ou des conduites suicidaires.

[Repérer et orienter les élèves en situation de souffrance psychique. Vademecum](#)

Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse, 2019, 60 p.

Ce vademecum est destiné à l'ensemble des personnels de l'Éducation nationale. Il a pour objectif d'aider à mieux connaître et repérer les signes de souffrance psychique des élèves. Il décrit la mise en œuvre d'un cadre protecteur et aborde des situations spécifiques relevant notamment de la protection de l'enfance. Il propose ensuite un ensemble de fiches thématiques de repérage chez l'enfant et l'adolescent. Ce document est complété par une

liste de ressources utiles : textes officiels, numéros d'appel, sitographie.

Autres populations



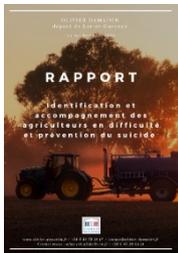
MORIN Stéphanie

Repérage de la crise suicidaire. Adultes - Personnes âgées. Dossier documentaire

CoDES du Vaucluse, 2018, 86 p.

Ce dossier documentaire, non exhaustif, a été élaboré dans le cadre des formations "Repérage de la crise suicidaire. Adultes - Personnes âgées" organisées par le Comité départemental d'éducation pour la santé (CoDES) de Vaucluse en 2017 pour permettre aux stagiaires de compléter les connaissances acquises durant la formation. Il est organisé en 5 parties : le suicide, concept et épidémiologie ;

aspects psycho-sociologiques ; exemples d'actions ; sélection bibliographique et liens utiles.



DEMAISIN Olivier

Rapport sur la prévention des suicides dans le monde agricole. 29 propositions pour améliorer les actions de sensibilisation et d'accompagnement

Assemblée nationale, 2020-12-01, 89 p.

L'objectif de ce rapport est double : mieux comprendre et connaître les causes de suicide en agriculture et aussi mieux prévenir, pour être en capacité d'éviter plus de drames. Cette mission vise ainsi à rendre le dispositif d'identification et d'accompagnement plus efficace et plus lisible, mais aussi à comprendre l'impact de

certaines controverses sociétales sur l'agriculture et le rôle que peut avoir le phénomène dit « agribashing » sur le mal-être des agriculteurs.

Les 29 propositions du rapport mettent en exergue l'importance du repérage, du maintien du lien avec les personnes en souffrance, le renforcement de l'information et de la coopération entre tous les acteurs institutionnels, professionnels, associatifs au service de l'agriculteur et des salariés agricoles en difficultés comme axes majeurs de prévention du suicide.

3114 : un guichet privilégié d'entrée de prévention du suicide en France

Numéro national de prévention du suicide (3114)

3114

Qui sommes-nous ?

Le 3114 est un guichet privilégié d'entrée dans les dispositifs de prévention du suicide partout en France. Confidentielle et gratuite, elle permet de répondre aux besoins immédiats des personnes en recherche d'aide : écoute, évaluation, intervention, urgence, orientation ou suivi de crise. Elle s'adresse également aux professionnels en contact avec des personnes en détresse ou en quête d'information sur le suicide et sa prévention.

Ouvert le 1er octobre 2021, ce dispositif vise à réduire la souffrance et le nombre de suicides en France en offrant aux citoyens une ligne téléphonique qui apporte une réponse professionnelle.

En Métropole et Outre-Mer, des professionnels hospitaliers (infirmier·e·s, psychologues, sous la supervision d'un médecin spécialiste) assurent la continuité de la réponse 24h/24, 7j/7 au sein de 12 centres répartis en région. A terme, 5 centres supplémentaires seront opérationnels.

NOS MISSIONS

- ❖ Soulager la détresse psychologique de la personne suicidaire, de son entourage et des personnes endeuillées à la suite d'un suicide,
- ❖ Aider les professionnels en contact avec des personnes en détresse,
- ❖ Sensibiliser la population à la problématique du suicide et à sa prévention,
- ❖ Promouvoir les efforts de prévention sur notre territoire,
- ❖ S'inscrire et participer à un écosystème local sanitaire, social et médico-social.

LES VALEURS QUI GUIDENT NOTRE ACTION

1. Être à l'écoute

L'appel au 3114 est une démarche parfois difficile qu'il faut reconnaître à sa juste valeur. Pour être à la hauteur de la confiance que les appelants nous accordent, les répondants de la ligne sont formés à l'écoute attentive et bienveillante. Tous s'engagent sur des valeurs fortes d'empathie et de non-jugement.

2. Prévenir

De nombreux suicides sont évitables car face à la souffrance, il existe d'autres options que le suicide. Nous voulons nous assurer que lorsque les personnes en

détresse demandent de l'aide, elles reçoivent un soutien approprié et qu'elles se voient proposer des ressources fiables.

3. Apprendre

Les personnes concernées ont une contribution unique à apporter à notre travail. Ainsi, nous avons mené des groupes de discussion avec elles afin d'élaborer les réponses des professionnels et les ressources diffusées sur le site web du 3114.

4. Mobiliser

Nous encourageons les communautés et les citoyens à s'engager dans des projets de prévention du suicide et soutenons des programmes de sensibilisation et de formation.

5. Déstigmatiser

Nous diffusons des campagnes visant à sensibiliser le plus grand nombre à la prévention du suicide, ainsi qu'à modifier le regard porté par la société sur la recherche d'aide, les conduites suicidaires, la santé mentale. Cela inclut de fournir des connaissances en matière de prévention du suicide issues des données actualisées de la recherche scientifique.

6. Contribuer

Afin de faire avancer la recherche scientifique en matière de prévention efficace du suicide, les données que nous recueillons enrichiront les sources officielles sur les conduites suicidaires en France.

GOUVERNANCE

Au niveau national, le projet est suivi par un comité de pilotage, composé de la Direction générale de la santé (DGS, secrétariat), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS), la Délégation ministérielle santé mentale et psychiatrie et Santé publique France, qui valident l'ensemble des orientations stratégiques du numéro national de prévention du suicide.

Le pôle national s'assure de l'articulation étroite du numéro national avec l'ensemble des composantes de la SGPS.

Au niveau régional, le déploiement du numéro national s'inscrit pleinement dans la stratégie de prévention du suicide qui est pilotée par la DGS. Elle est mise en œuvre par les Agences Régionales de Santé (ARS) qui intègrent et ajustent ces orientations nationales à leurs propres spécificités territoriales. À cette fin, il leur appartient de décider de l'opportunité de mettre en place une instance spécifique de suivi de la création du centre répondant, et d'inscrire ce suivi dans une instance globale de pilotage de la stratégie régionale.

Les actions de prévention de la contagion suicidaire

Suicide, comment en parler ? Le programme Papageno

GRANDGENEVRE Pierre, PAUWELS Nathalie, NOTREDAME Charles-Edouard, La Santé en action, n° 450, 2019-12, pp. 25-28

Se suicider. Des mots qui font peur, qu'il est difficile de prononcer, d'écrire, d'entendre. Le suicide est un sujet qui nous interpelle jusque dans l'intime et auquel chacun souhaiterait ne jamais être confronté. En conséquence, la thématique du suicide rencontre des difficultés pour trouver sa juste place dans nos sociétés et fonctionne comme un tabou. Et pourtant, chacun connaît ce mot et se représente le suicide selon son histoire, sa culture, sa religion... jusqu'à développer sa propre subjectivité du geste suicidaire.

Cachez ce mot que je ne saurais voir

Ne pas en parler ou nier son existence contribuerait à s'en protéger, à occulter la probabilité que cela nous touche, nous ou nos proches. On entend encore des phrases telles que : « Je sentais qu'elle n'allait pas bien, mais je n'ai pas osé lui demander. J'avais peur que ça lui donne des idées, que ça la pousse à se tuer... » En effet, certains courants de pensée, certaines autorités (politiques et religieuses) faisaient la promotion de l'interdit et de la censure, défendant l'idée que moins on parlait du suicide, moins il y en aurait. Donc, à l'échelon de l'individu, interroger quelqu'un sur ses idées suicidaires faisait craindre une incitation au passage à l'acte. À l'échelle collective ou institutionnelle, une autre raison pouvait être la peur de la contagion suicidaire. Ainsi, en cas de suicide dans un lycée, un hôpital ou une entreprise, on s'empressait d'éviter l'événement pour en circonscrire l'impact. Et même au niveau médiatique, la connaissance de l'effet de contagion suicidaire Werther [1] (voir l'encadré ci-contre) a pu effrayer les journalistes, compte tenu des mises en garde de l'Organisation mondiale de la santé [2] sur l'impact délétère des mots employés et des photos publiées.

Le silence entrave la prévention

Pendant longtemps, les préconisations allaient donc dans le sens de la mise sous silence. Pour éviter de prononcer le mot « suicide », on préférait même utiliser des subterfuges tels qu'« idées noires », pensant atténuer l'impact émotionnel des mots. Aujourd'hui, les spécialistes internationaux de la prévention sont formels : passer le suicide sous silence conduit à faire paradoxalement entrave à toute possibilité de prévention, à entretenir la culpabilité, la honte, les idées reçues et la stigmatisation qui isolent les personnes suicidaires et leurs proches. De plus, les mots justes pour évoquer le suicide ou la tentative de suicide existent. Y être attentif, c'est transmettre, de façon responsable, une information respectueuse de la souffrance de la personne. En réalité, l'information, lorsqu'elle répond à certaines caractéristiques, pourrait même contribuer à prévenir les conduites suicidaires. Cet effet protecteur est connu sous le nom de Papageno [3].

Le rôle des médias

À l'inverse, l'effet Werther (de contagion suicidaire) est étudié depuis plus de cinquante ans, ouvrant ainsi la voie à des façons de faire pour en limiter l'impact [1]. Selon les principales revues de la littérature scientifique, il apparaît que plus la quantité et la visibilité de l'information véhiculée sont importantes [3] (reprise multiple de l'information, histoires à fort impact médiatique), plus l'association avec des comportements d'imitation est forte. Des reportages « sensationnalistes » ou glamour sur les suicides [1] de personnes célèbres semblent être associés à la plus forte augmentation de contagion suicidaire. Aux États-Unis, un surplus de

1 841 suicides a été enregistré six mois après le suicide de Robin Williams. Cette augmentation est particulièrement importante chez les hommes de 30 à 44 ans qui, pour un tiers d'entre eux, ont utilisé le même moyen léthal que celui employé par l'acteur [2]. Le contenu joue également un rôle important : les articles qui véhiculent les mythes [2] sur le suicide ou qui décrivent de façon détaillée la méthode employée peuvent mener à une augmentation des comportements suicidaires par imitation. 87 % des personnes ayant fait une tentative de suicide déclarent avoir utilisé un moyen léthal particulier après l'avoir lu dans un article de presse [3]. L'étude, conduite par Etzersdorfer et son équipe [4], a mis en évidence

EFFET WERTHER

Dans la littérature scientifique, l'effet Werther désigne le fait que la couverture médiatique d'un fait suicidaire pourrait être responsable d'un phénomène de contagion chez des personnes déjà vulnérables. Il fait référence à l'œuvre de Goethe, *Les Souffrances du jeune Werther*, parue en 1774, ouvrage dans lequel le personnage principal se suicide, et qui a généré une vague de contagion suicidaire en Europe. Au sens plus large, l'exposition à une figure suicidaire *via* les médias, les réseaux sociaux, les faits fictionnels (cinéma, récit écrit...) ainsi que dans l'entourage a été associée à un effet de suggestion fragilisant. En s'identifiant à la figure en question, certaines personnes vulnérables peuvent en venir à imiter son geste.

EFFET PAPAGENO

Au deuxième acte de *La Flûte enchantée* de Mozart, l'oiseleur Papageno cède au désespoir de sa solitude et envisage de se suicider. Trois angelots l'en dissuadent en lui rappelant qu'il dispose de clochettes magiques qui peuvent faire revenir sa Papagena. Par analogie, l'effet Papageno nous rappelle que, face à l'adversité, si nous n'avons pas les ressources individuelles suffisantes, nous pouvons faire appel à des ressources extérieures.

que la réduction du caractère « sensationnaliste » du traitement médiatique des suicides dans le métro viennois, après la parution de recommandations à destination des journalistes, a permis une réduction de 75 % du taux de suicide dans le métro. Plus généralement, la diffusion à l'échelle nationale des recommandations a été suivie d'une tendance à la baisse du taux global de suicide en Autriche. Une autre étude menée par Niederkrotenthaler et son équipe [5] abonde dans le sens d'un impact préventif de certains reportages des médias. Les articles dont l'accent est mis sur les mécanismes d'adaptation positive en cas de crise suicidaire sont associés à une diminution des taux de suicide dans la zone géographique où cette couverture des médias à impact préventif atteint une grande partie de la population. Suite à cette première étude sur l'effet Papageno, d'autres ont identifié un effet protecteur des messages médiatiques, telle la capacité que peut avoir une personne à surmonter une situation de crise en ayant recours à de l'aide [8].

Les recommandations de l'OMS pour un traitement responsable de l'information [2]

« Indiquez où trouver de l'aide. Sensibilisez le public au suicide et à sa prévention, sans diffuser des mythes. Rapportez des témoignages sur la façon de gérer les facteurs de stress de la vie ou les pensées suicidaires, et comment obtenir de l'aide.

Faites preuve d'une attention particulière lorsque le suicide concerne une célébrité. Soyez prudent lorsque vous interviewez une famille ou des amis endeuillés. Reconnaissez que les professionnels des médias eux-mêmes sont susceptibles d'être affectés par les histoires de suicide.

- Évitez la mise en évidence et la répétition excessive des articles traitant du suicide.
- Évitez tout registre de langage susceptible de sensationnaliser ou dénormaliser le suicide, ou de le présenter comme une solution.
- Ne décrivez pas explicitement la méthode utilisée.
- Ne fournissez pas de détails quant au lieu du suicide ou de la tentative de suicide.
- N'employez pas de gros titres sensationnalistes.
- N'utilisez pas de photographies, de séquences vidéo ou de liens vers des médias sociaux. »

Bref, on peut parler du suicide, mais pas n'importe comment

Être exposé au suicide d'un proche ou d'une personne que l'on tient en estime nous ébranlerait au point que certaines personnes vulnérables pourraient reproduire le geste suicidaire par imitation [6]. L'exposition à un contenu informatif sur le suicide pourrait donc agir comme un facteur déclencheur du geste suicidaire. À l'inverse, elle pourrait ouvrir la voie à la prévention lorsque l'information s'étaye de ressources d'aide. Le traitement médiatique agirait donc comme une épée à double tranchant : favoriser des comportements délétères d'imitation ou à l'inverse entraîner des comportements protecteurs tels que l'accès aux soins.

La qualité du traitement médiatique du suicide mérite donc un intérêt particulier en matière de prévention. Les recommandations de l'OMS offrent des lignes directrices validées sur lesquelles se fonde l'équipe du programme Papageno afin de déployer son action de prévention de la contagion suicidaire.

Le programme Papageno : un dispositif de prévention de la contagion suicidaire

Le programme Papageno est un programme multimodal et national de prévention de la contagion suicidaire. Les acteurs de ce programme sont la fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (F2RSM Psy) Hauts-de-France et le Groupement d'études et de prévention du suicide (Geps). Il est placé sous l'égide de la Direction générale de la santé (DGS). Papageno a pour point de départ un constat simple : le traitement médiatique du suicide est rendu délicat par l'existence de l'effet Werther [1] et de l'effet Papageno [3] qui engagent nécessairement la responsabilité du journaliste. C'est dans cette perspective que s'inscrivent les 12 recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), publiées en 2008 et révisées en 2017 [2]. Pour autant, il ne faut pas voir là un obstacle incontournable, ni une incitation à se résoudre à entretenir le tabou du suicide. Et qu'en est-il du risque de contagion lorsqu'un suicide se déroule au sein d'une institution ou d'une communauté ?

La responsabilité du journaliste

La plupart des journalistes se disent, aujourd'hui encore, relativement démunis face au sujet du suicide et mal informés quant à l'existence des effets Werther et Papageno. De plus, l'accélération toujours plus importante de l'information et les contraintes économiques pesant sur les médias ne sont pas toujours compatibles avec un traitement journalistique approfondi. Faute d'une sensibilité particulière des journalistes à leur responsabilité au moment de traiter du suicide, les recommandations, auxquelles le recours devrait être systématique, risquent de rester lettre morte. Depuis 2015, le programme Papageno propose donc d'associer à la diffusion des recommandations de l'OMS des mesures susceptibles d'inciter et de motiver les journalistes à avoir recours à ces recommandations. Cela passe par un accompagnement présentiel et par le développement de réseaux qui feront le support des collaborations actuelles et futures dans la prévention du suicide. Le programme porte donc des actions synergiques visant à sensibiliser les journalistes et les futurs journalistes :

- parce que la sensibilisation n'est jamais aussi efficace que lorsqu'elle est précoce, le programme Papageno organise dans les écoles de journalisme de France des rencontres-formations d'une durée de 4 heures entre une promotion d'étudiants et un groupe d'internes en psychiatrie. Cette rencontre vise à sensibiliser les étudiants en journalisme à l'importance de leur responsabilité en ce qui concerne le traitement médiatique du suicide et les internes à leur responsabilité en termes d'ouverture et de lisibilité. Il s'agit, à terme, d'inciter les professionnels qu'ils deviendront à mobiliser les ressources disponibles, mises en valeur par le programme ;
- des interventions-flash d'une heure au sein des rédactions permettent d'étendre l'objectif de sensibilisation aux journalistes déjà détenteurs d'une carte de presse. Se fondant sur le même corpus scientifique, le format de ces interventions respecte les contraintes professionnelles particulières de cette profession. Lors de cet échange, les journalistes sont sensibilisés au concept de crise suicidaire, lequel fournit un éclairage scientifique sur les mécanismes de la contagion suicidaire et sur leurs responsabilités en la matière. L'objectif final est d'associer un modèle explicatif à la délivrance seule de recommandations. À la fin d'année 2019, 30 interventions ont eu lieu au sein des écoles de journalisme de France, soit 826 futurs professionnels des médias sensibilisés. Quant aux interventions au sein des médias, elles ont concerné les clubs de la presse et les rédactions de La Voix du Nord, du Télégramme, de M6... soit plus de 200 journalistes.

Figures 1 et 2. Distribution des scores Werther et Papageno sur l'année 2014.

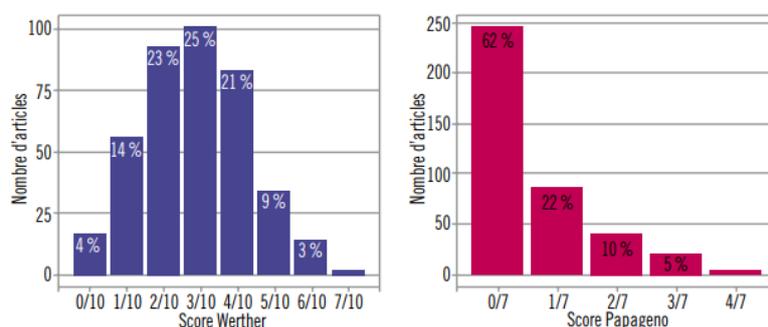


Figure 3. Proportion de satisfaction des critères Werther.

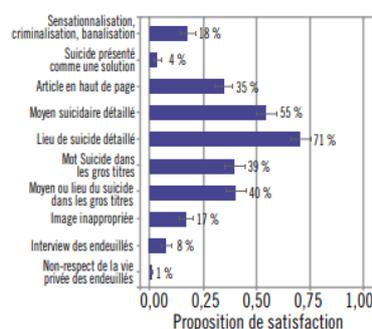
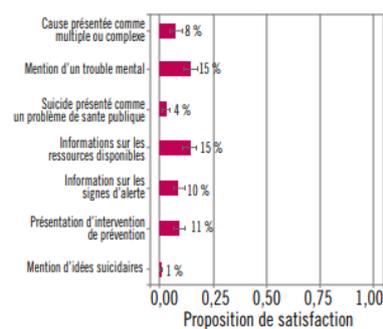


Figure 4. Proportion de satisfaction des critères Papageno.



L'équipe est également invitée à participer aux rassemblements ayant trait à la profession journalistique (Conférence nationale des métiers du journalisme, Assises du journalisme) et y apporte une réflexion éthique sur la question de la responsabilité journalistique. Papageno étant un programme de recherche-action, l'équipe d'évaluation a élaboré une grille d'évaluation.

La responsabilité du professionnel de la prévention du suicide

Nombreux sont les professionnels des médias qui évoquent être en peine lorsqu'il s'agit de trouver un expert de la santé mentale pour répondre adéquatement à leurs demandes. Et pour cause : lors d'une étude préliminaire [10] menée auprès d'une dizaine de psychiatres de toute la France, on a pu constater que ces derniers, malgré leur intérêt particulier pour le contenu médiatique, se montraient sensiblement défiants vis-à-vis de ce même contenu. Plus important encore, le niveau de confiance attribué aux journalistes de façon générale était faible. Pourtant, les professionnels de la prévention du suicide et notamment les psychiatres ont leur rôle à jouer. En s'appuyant sur leur savoir scientifique et leur expérience clinique, ils peuvent contribuer à lever les résistances des professionnels des médias en les aidant à prendre conscience de la réalité et de la gravité de la problématique suicidaire. Toujours dans la perspective de multiplier les ressources fiables, l'équipe propose donc un bref entraînement pratique à interagir avec les médias, permettant aux psychiatres et aux internes en psychiatrie de répondre avec plus d'assurance et de sérénité, sans manquer de redonner les conseils pour limiter l'effet Werther et promouvoir l'effet Papageno. Ces ateliers de média-training⁴ sont proposés lors de chaque congrès national de psychiatrie et ont d'ores et déjà concernés 539 professionnels.

Objectif « postvention⁵ »

Des recherches sont actuellement menées par l'équipe du programme Papageno afin de déterminer si ces recommandations à destination des journalistes sont pertinentes et transposables pour la rédaction des messages publics (campagnes d'affichage, prévention des hot-spots suicidaires⁶) ainsi que des messages utilisés en interne, notamment ceux proposés dans les plans de « postvention ». En effet, aborder le sujet du suicide au sein d'une institution (entreprise, lycée...) ou d'une communauté (Police nationale...) requiert également quelques précautions afin de prévenir l'effet de contagion suicidaire. Ces recommandations doivent cependant s'intégrer dans un plan global de prévention de la contagion suicidaire. La « postvention » correspond à l'ensemble des interventions qui se déploient dans le milieu où le suicide a eu lieu ou dans les milieux qui étaient fréquentés par la personne décédée. Elle a pour objectifs de :

- diminuer la souffrance individuelle ;
- renforcer la capacité des individus à faire face à l'adversité ;
- diminuer les risques de contagion ;
- favoriser un retour au fonctionnement habituel dans le secteur concerné (école, travail, etc.) [9].

Un groupe d'experts français travaille actuellement à la validation d'un plan de « postvention » qui, une fois testé dans plusieurs institutions, pourrait faire référence auprès des autorités.

Conclusion

Initialement pensé pour prévenir la contagion suicidaire induite par le traitement médiatique du suicide, le programme Papageno s'est engagé également dans la voie de la « postvention ». Telle une prolongation de son action qui se nourrit de l'evidence-based practice⁷, il s'agit aujourd'hui de circonscrire les risques de contagion au sein des milieux atteints par le suicide. Et demain ? Les réflexions sont entamées pour la mise en place d'une stratégie intégrée de prévention du suicide via le web et les réseaux sociaux. Un premier pas vers cet objectif a été franchi : l'équipe Papageno vient de s'engager à apporter son expertise à la plateforme de l'Équipe en ligne d'intervention et d'orientation pour les adolescents et jeunes adultes en souffrance (Élios⁸).

1. Reportages dans la presse écrite sur le taux de suicide (NDLR).

2. Schématiquement : nombre de critères pouvant favoriser la contagion.

3. Schématiquement : nombre de critères pouvant favoriser la prévention.

4. Formation-média (NDLR).

5. Stratégie d'intervention importante destinée à répondre aux besoins des personnes qui requièrent de l'aide à la suite d'un suicide (NDLR).

6. Sites connus pour leur létalité. (Ex.: Golden Gate Bridge. NDLR.)

7. Pratique fondée sur les preuves scientifiques.

8. <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Publications-actions-et-mecenat/Fondation-MA-CSF/Innovation/elios-plateforme-sante-mentale>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Phillips D. P. The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review*, 1974, vol. 39, n° 3 : p. 340-354.

En ligne : <https://www.jstor.org/stable/pdf/2094294.pdf?seq=1>

- [2] Organisation mondiale de la santé (OMS). Preventing suicide. A resource for media professionals. Update 2017. Genève : OMS, 2017 : 18 p.
En ligne : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258814/WHO-MSD-MER-17.5-eng.pdf;jsessionid=132B4151CDED090386CB8C546476F4F9?sequence=1>
- [3] Niederkrotenthaler T., Fu K. W., Yip P. S., Fong D. Y., Stack S., Cheng Q. et al. Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicides: a meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2012, no 66 : p. 1037-1042. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22523342>
- [4] Etzersdorfer E., Voracek M., Sonneck G. A dose-response relationship of imitational suicides with newspaper distribution. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 1er avril 2001, vol. 35, no 2 : p. 251. En ligne : https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1046/j.1440-1614.2001.0884d.x?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=anpa
- [5] Fink D. S., Santaella-Tenorio J., Keyes K. M. Increase in suicides the months after the death of Robin Williams in the US. *PLOS ONE*, 7 février 2018, vol. 13, no 2. En ligne : <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0191405>
- [6] Tsai C. W., Gunnell D., Chou Y. H., Kuo C. J., Lee M. B., Chen Y. Y. Why do people choose charcoal burning as a method of suicide? An interview based study of survivors in Taiwan. *Journal of Affective Disorders*, 2011, vol. 131, n°1-3 : p. 402-407. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21236495>
- [7] Etzersdorfer E., Sonneck G. Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The Viennese experience 1980-1996. *Archives of Suicide Research*, 1998, n°4 : p. 67-74. En ligne : <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1009691903261>
- [8] Niederkrotenthaler T., Voracek M., Herberth A., Till B., Strauss M., Etzersdorfer E. et al. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *British Journal of Psychiatry*, 2010, vol. 197, n°3 : p. 234-243. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20807970>
- [9] Nicolas C., Notredame C.-É., Séguin M. Déploiement d'actions ou de stratégies de postvention : une revue systématique de la littérature. [Rapport de recherche soumis à l'Association québécoise de prévention du suicide – AQPS], 2017
- [10] Verzaux S. Validation d'une grille d'évaluation qualitative d'articles de presse écrite sur le suicide, dans le cadre du projet Papageno. [Mémoire de DES de psychiatrie] Directeur de mémoire Pr G. Vaiva, faculté de médecine, université de Lille, soutenu le 28 septembre 2015 : 58 p. En ligne : <https://papageno-suicide.com/wp-content/uploads/2017/12/memoire-DES-VERZAUX.pdf>

« Suicidosmes » et « web-cliniciens »

Dossiers Cairn. Les jeunes et les réseaux sociaux, 2022/21

En France les 15-24 ans passent plus de 30 minutes par jour sur les réseaux sociaux (données 2018). Cette pratique modifie les modalités de l'accès à l'information mais aussi celles des relations à autrui, et notamment à leurs pairs. Or ces nouveaux modes de socialisation ont aussi « contribué à l'émergence de menaces inédites par leur nature ou leur ampleur pour la santé mentale des jeunes », écrit un collectif de spécialistes des jeunes suicidaires dans la revue *L'information psychiatrique*. On constate « la diffusion sur les réseaux d'annonces suicidaires et de gestes auto-agressifs mis en scène dans des iconographies ou vidéos à forte charge émotionnelle ». Et ces contenus peuvent « servir d'hameçons pour les jeunes les plus vulnérables ». Il y a également des cas de « malveillance plus explicite » pouvant conduire à des « incitations suicidaires par défi ». D'autant que le cyber-harcèlement, qui « concernerait 10 à 40 % des adolescents, multiplierait par deux le risque de tentative de suicide ». Cet ensemble de facteurs peut conduire à la constitution de « suicidosmes » dont « peut résulter un phénomène de co-rumination collective et d'identifications réciproques susceptibles de faire le lit de la contagion suicidaire ».

On sait par ailleurs que les tentatives de suicide et suicides chez les jeunes « sont quasi-systématiquement associés à un trouble psychiatrique ». Ils ont besoin d'avoir accès à un « avis spécialisé », mais cet accès se heurte à une attitude souvent marquée par une « négation du besoin d'aide », alimentée par un « biais d'autosuffisance » : ils ont tendance à « surestimer leurs capacités à faire face seuls à l'adversité ». De ce point de vue, les réseaux sociaux peuvent au contraire jouer un rôle positif. Pour tenter d'apaiser leur souffrance, de nombreux jeunes les exploitent pour partager leur expérience et trouver des informations pertinentes.

De fait, on observe en France une diminution sensible du nombre de cas de suicide depuis une dizaine d'années (-30 %). Mais le suicide « continue de représenter la deuxième cause de mortalité évitable chez les 15-25 ans ». Les dix spécialistes signataires de cet article, qui se présentent comme des « web-cliniciens » ont conçu un projet d'aide thérapeutique en ligne intitulé Elios (Equipe en ligne d'intervention et d'orientation pour la prévention du suicide). Ils détaillent leur projet, qui doit être opérationnel au début de l'année 2021. Si les résultats sont concluants, il pourrait être élargi aux moins de 15 ans et axé adultes de plus de 25 ans. Elios « sera le premier dispositif de prévention en santé mentale entièrement adapté aux modalités d'interactions des adolescents et jeunes adultes sur les espaces numériques ».

Le premier signataire, Charles-Edouard Notredame, est psychiatre au CHU de Lille. Quatre autres signataires sont aussi des Lillois, dont deux au CHU et un au Centre national de ressources et de résilience. Le dispositif Elios sera « niché au centre Vigilans du CHU de Lille ».

VigilanS : garder le contact avec les personnes ayant fait une tentative de suicide

Le souci de l'Autre pour la prévention du suicide.

Dans une posture de prévention, il est efficace de rester en lien avec les personnes ayant fait une tentative de suicide

ROBIEN Christophe, La Santé en action, n° 450, 2019-12, pp. 16-18

« Je vais aller sur le pont... » « ...mais si quelqu'un me sourit en chemin, je ne sauterai pas. » C'est en découvrant ces quelques lignes griffonnées à la hâte par l'un de ses patients suicidés que Jérôme Motto, psychiatre à San Francisco, a eu l'idée de créer en 1969 un dispositif pour recontacter systématiquement, à la sortie des services d'urgence, des personnes ayant effectué une tentative de suicide. Une expérience fondatrice à l'origine d'un courant de prévention se revendiquant de l'éthique de l'inquiétude. La sollicitude prévenante : ce courant puise ses racines dans un ensemble de notions philosophiques empruntées à Heidegger, Ricœur ou encore Levinas qui prônent la sollicitude comme un devoir envers autrui [1]. Michel Cornu, philosophe suisse, a ainsi formulé l'éthique de l'inquiétude dont se sont emparés les pionniers des dispositifs de veille pour définir leurs objectifs principaux : maintenir un lien personnalisé avec l'individu en souffrance sans envahir son existence, veiller avec bienveillance sans surveiller. Solliciter une personne en souffrance, que ce soit par téléphone, par SMS (Short Message Service¹) ou encore par voie épistolaire, pour faire preuve d'une sollicitude prévenante – manifester de l'intérêt – sans être accaparante – vis-à-vis d'autrui. De la philosophie à la recherche De nombreuses expériences de par le monde ont fait preuve de leur efficacité. Se démarquant des dispositifs d'intervention classique, elles proposent un « rester en contact », un dispositif qui n'envahit pas le quotidien du suicidant, qui s'inscrit en parallèle d'une éventuelle prise en charge quand elle est indiquée, et qui fournit des outils ou des recours fiables et efficaces en cas de crise suicidaire. Ces travaux de case management² ont inspiré au pionnier du sujet, Jérôme Motto, la notion de connectedness³ [2], c'est-à-dire le sentiment de rester en lien. Le maintien du contact avec le patient semble être d'autant plus efficace qu'il :

- est actif sans être laissé à la seule initiative du patient ;
- est régulier ;
- s'inscrit dans la durée ;
- est personnalisé [3].

Chacun de ces dispositifs de veille présente un intérêt plus net avec certaines catégories de suicidants, lorsque seuls des critères très simples sont considérés, comme le sexe et le nombre de tentatives antérieures. Ces dispositifs se démarquent également par un coût financier beaucoup moins lourd et donc une généralisation sur un territoire donné beaucoup plus aisée. Plusieurs moyens destinés à générer, renforcer ou soutenir ce sentiment de rester en lien ont ainsi été testés.

- L'envoi de courriers (« short letters⁴ », selon Motto). Le pionnier de ces dispositifs de case management est sans conteste Jérôme Motto, qui proposa une stratégie de « recontacts » postaux et suivit son dispositif pendant quinze ans [2]. Il s'agissait d'une lettre courte, personnalisée (reprenant par exemple une anecdote relative au séjour

ou au passage aux urgences), envoyée par une personne ayant rencontré le patient au cours d'un séjour hospitalier. Une enveloppe réponse non affranchie était fournie. Les envois se poursuivaient durant cinq ans pour un total de 24 lettres.

- La délivrance d'une « carte ressource prévention » (crisis card). Ce dispositif a été proposé par l'équipe anglaise de Bristol et s'est avéré plus particulièrement intéressant pour les sujets primosuicidants. L'intervention consistait à remettre à chaque suicidant, après mise en place du traitement habituel (qui pouvait être, selon l'évaluation initiale, un conseil, un rendez-vous de consultation ou une hospitalisation en psychiatrie), une carte ressource mentionnant un numéro d'appel d'un professionnel disponible 24 heures sur 24 dans les six mois suivant le geste.
- • L'envoi de cartes postales (« post- cards » selon Carter). Proche de l'idée de Motto, une recherche australienne de 2005 (Edge project 2005) a testé l'envoi systématique et programmé de cartes postales pendant l'année suivant le geste suicidaire [4]. Le message était identique à chaque envoi : « Nous nous sommes rencontrés il y a quelque temps... en espérant que les choses vont mieux pour vous... n'hésitez pas à nous donner de vos nouvelles à l'occasion... » Les envois intervenaient aux 1er, 2e, 3e, 4e, 6e, 8e, 10e et 12e mois.
- Le recontact téléphonique systématique des suicidants a été proposé par une équipe française et fut mené dans la région Nord – Pas-de-Calais par 13 des 16 services d'urgence de la région, dans le cadre d'un programme hospitalier de recherche clinique [5]. Les sujets étaient recontactés par téléphone, au nom du service des urgences où ils avaient été reçus après le geste suicidaire, par un psychologue ou par un psychiatre entraîné, un mois ou trois mois après la sortie du service des urgences. Il s'agissait d'un entretien de soutien, reprenant les éléments du compromis de sortie et jugeant avec la personne si ce compromis de sortie était toujours adapté à sa situation actuelle. Un entretien de crise pouvait être réalisé au téléphone, dans le but de définir ou d'ajuster les recours de soins nécessaires. Si une situation à risque de passage à l'acte était détectée, un entretien était organisé dans les 24 heures avec le psychiatre intervenant aux urgences qui avaient accueilli le patient initialement.
- Un recontact systématique par SMS, proposé par l'équipe du CHU de Brest [6]. Les résultats de cette étude sont attendus pour 2020. À la lumière des résultats de ces différentes études, certains auteurs ont évoqué la possibilité de construire un arbre décisionnel de suivi, une sorte d'algorithme de veille [7]. L'algorithme a pris le nom d'Algos et s'est décliné de la façon suivante :
- pour les primosuicidants, distribution d'une « carte ressource ». Si le centre ressource reçoit un appel et détecte une situation à risque suicidaire, une intervention proactive est menée ou une consultation aux urgences est organisée dans les 24 heures ;
- pour les non-primosuicidants, appel téléphonique entre le 10e et le 21e jour. Si une situation à risque suicidaire est détectée, une intervention proactive est menée ou une consultation aux urgences est organisée dans les 24 heures. Si le sujet est non joignable lors de l'appel ou s'il refuse des soins qui s'avèreraient souhaitables, des postcards lui sont

envoyées selon le modèle de Carter.

À l'entrée dans le dispositif ainsi qu'à chaque temps du recontact, un compte-rendu de l'entretien était adressé au médecin traitant et plus globalement aux ressources sanitaires identifiées par le patient. Le dispositif a été ainsi testé dans 23 centres de France métropolitaine et plus de 1 000 patients ont été inclus dans un essai clinique randomisé comparant les effets de l'algorithme à un groupe contrôle de suicidants traités de façon usuelle (c'est-à-dire orientés vers le médecin traitant). Les résultats préliminaires étaient très favorables à l'algorithme [8], ce qui a incité l'agence régionale de santé du Nord – Pas-de-Calais à accepter, en 2015, la transposition de ce protocole de recherche en pratique clinique... Algos est ainsi devenu Vigilans. Vigilans : comment ça marche ? Après une tentative de suicide, les services des centres hospitaliers, des centres de crise qui ont pris en charge la personne dans l'urgence signalent au dispositif Vigilans la sortie de cette dernière. En parallèle, ils remettent au patient une carte ressources prévention, sur laquelle figure un numéro d'appel d'urgence gratuit. Vigilans informe par courrier le médecin traitant et/ou le psychiatre référent du patient de la mise en place du dispositif de veille. Un numéro de recours pour les professionnels de santé – ligne dédiée – est transmis à cette occasion (voir le schéma ci-après). Les sujets vont ensuite être recontactés suivant différentes modalités, selon qu'il s'agit d'une récurrence ou non, par téléphone, par SMS, ou par cartes postales. À chaque contact, le médecin traitant est tenu au courant. Si un sujet contacté se trouve en difficulté, voire en danger, Vigilans organise les recours adaptés, en lien direct avec le centre hospitalier de référence et le médecin traitant. La veille s'effectue sur une période de six mois, qui peut être prolongée si nécessaire. Si une récurrence suicidaire survient, le patient est de nouveau inscrit dans le dispositif pour six mois. Et demain ? Les résultats obtenus par le dispositif au bout de trois ans (2015-2018) ont incité les pouvoirs publics à encourager le déploiement de ce dernier sur l'ensemble du territoire national à l'horizon de 2020. Cet engagement s'est concrétisé par l'attribution d'un budget permettant la création de cellules Vigilans dans toutes les régions. Une première étape particulièrement marquante parmi l'ensemble des mesures de prévention du suicide qui ne peuvent être que multimodales.

¹. Aussi appelé « texto » (NDLR). ². Gestion de cas. ³. Connexion (NDLR). ⁴. De courtes lettres (NDLR).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Walter M., Jousset D., Traisnel C., Berrouguet S., Lemey C. Les racines philosophiques du « rester en lien » : la clinique du souci. *L'Encéphale*, janvier 2019, vol. 45, n° S1 : p. 53-56. En ligne : <https://www.em-consulte.com/article/1268138/les-racines-philosophiques-du-%C2%A0rester-en-lien%C2%A0%C2%A0-la>
- [2] Motto J. A., Brostrom A. G. A randomized control-led trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services*, 2001, vol. 52, no 6 : p. 828-833.
- [3] Du Roscoat E., Clément J., Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation de substances illicites chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Santé publique*, 2013, HS1 (S1) : p. 47-56.
- [4] Carter G. L., Clover K., Whyte I. M., Dawson A. H., D'Este C. Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using post-cards to reduce repetition of hospital treated deliberate self-poisoning. *British Medical Journal*, 8 octobre 2005, vol. 331, n° 7520 : 5 p. En ligne :

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1246077/pdf/bmj33100805.pdf>
- [5] Vaiva G., Ducrocq F., Meyer P., Mathieu D., Philippe A., Libersa C. et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomized controlled study. *British Medical Journal*, 27 mai 2006, vol. 332, n° 7552 : p. 1241-1245. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1471935/>
- [6] Berrouiguet S., Alavi Z., Vaiva G., Courtet P., Baca-Garcia E., Vidailhet P. et al. SIAM (Suicide intervention assisted by messages): the development of a post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention. *BMC Psychiatry*, 2014, vol. 14, no 294 : 5 p. En ligne : <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-014-0294-8>
- [7] Vaiva G., Walter M., Al Arab A. S., Courtet P., Bellivier F., Demarty A.-L. et al. ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry*, 2011, vol. 11, n° 1 : 7 p. En ligne : <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-244X-11-1>
- [8] Vaiva G., Warembourg F., Ducrocq F., Jehel L., Duhem S. Suivi téléphonique post-urgence des suicidants. *Urgences 2013*. Paris : Flammarion, 2013



Ci-dessus : présentation simplifiée du dispositif Vigilans. En janvier 2015, dans la lignée de plusieurs décennies de travaux scientifiques basés sur le maintien du contact, « naissait un dispositif novateur en prévention du suicide : Vigilans. Pour assurer ce lien, le choix a été fait de constituer une équipe composée, à parts égales, d'infirmiers et de psychologues, installés au sein même de la régulation médicale » (voir ci-dessus la partie Vigilans, c'est NOUS). À présent, ces derniers sont désignés sous l'appellation de « VigilansSeur » : « une entité originale qui souligne l'émergence de ce nouveau métier situé au carrefour de plusieurs disciplines ». **Source** : « VigilansSeu.r.se » : un nouveau métier ? C. Debien, E. Cleva, M. Lalova, T. Astier, A. Germe, A. Lamotte, B. Blockelet. Dispositif Vigilans Nord-Pas-de-Calais, CHU de Lille, France, *L'Encéphale*, janvier 2019.

VigilanS : un dispositif pour éviter la rechute suicidaire

MARTIN Laure, Espace infirmier.fr, 2021-02-15

L'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (APHM) a lancé, début janvier, dans les Bouches-du-Rhône, le programme VigilanS. Au sein de ce dispositif, qui agit pour éviter la récurrence chez les personnes ayant commis une tentative de suicide, infirmière et psychologue jouent un rôle de premier plan.

Le dispositif VigilanS repose sur un ensemble de mesures et d'outils pour maintenir un lien avec les personnes ayant tenté de mettre fin à leurs jours, assurer un recours possible en cas de difficulté ou de crise et ce, même après la sortie de l'hôpital. « L'objectif est de prendre de leurs nouvelles pour ainsi éviter la récurrence », fait savoir Céline Nguyen-Lamouri, infirmière et "VigilanSeuse", formée à la prévention du suicide.

VigilanS est né dans le Nord-Pas-de-Calais en 2015 d'un projet de recherche du Pr Guillaume Vaiva, qui voulait répondre à une problématique : l'absence de contact et de suivi des personnes prises en charge aux urgences pour une tentative de suicide. À l'époque, l'agence régionale de santé (ARS) du Nord-Pas-de-Calais propose de déployer le dispositif sur son territoire. C'est en janvier 2020, lors du Congrès de l'Encéphale, qu'Agnès Buzyn, alors ministre de la Santé, annonce la généralisation et le financement du programme dans toutes les régions d'ici 2021.

Kit d'inclusion

À l'APHM, le dispositif est organisé autour d'une équipe constituée de deux "VigilanSeuses" – une infirmière et une psychologue –, d'un médecin coordonnateur et d'un médecin chef de service. « Dans le cadre de la mise en œuvre de VigilanS, nous nous déplaçons au sein des services d'urgences et des services d'urgences psychiatriques, pour leur présenter VigilanS et leur laisser un kit d'inclusion », explique Céline Nguyen-Lamouri. Il contient des formulaires avec les informations à recueillir sur le patient – qui doit donner son accord pour son inclusion – ainsi qu'une carte ressource, de la taille d'une carte bancaire, avec le numéro de téléphone de VigilanS, joignable du lundi au vendredi de 10 h à 18 h.

Appels téléphoniques et cartes postales

Lorsqu'une équipe d'un service d'urgences prend en charge un patient à la suite d'une tentative de suicide, elle peut l'inclure dans le dispositif en remplissant le formulaire puis en l'envoyant à l'équipe de VigilanS. La secrétaire ouvre alors un dossier patient, et le logiciel programme une série d'appels entre J10 et J20, puis à six mois. « J'essaie de joindre les personnes à des horaires différents, indique Céline Nguyen-Lamouri. Si le patient décroche, je prends de ses nouvelles en respectant un contenu clinique, c'est-à-dire que je l'interroge sur la façon dont il a vécu son passage aux urgences, son recul par rapport à son acte, son parcours de soins. » Si tout se passe bien, l'infirmière rappelle le patient six mois plus tard, puis il sort de la veille de VigilanS. Mais si lors de l'appel celui-ci ne va pas bien, manifeste de nouvelles idées suicidaires ou s'il a récidivé, « je peux appeler sa personne ressource ou son psychiatre traitant et m'assurer qu'il aille bien au rendez-vous, rapporte la "VigilanSeuse". Je peux aussi enclencher des mesures plus urgentes si je sens que c'est nécessaire ».

Lorsque l'infirmière ou la psychologue ne parviennent pas à joindre le patient, elles

enclenchent alors l'envoi de cartes postales personnalisées à raison d'une par mois pendant quatre mois, l'objectif étant de prendre des nouvelles, et de rappeler qu'il existe, en cas de besoin, des personnes vers qui se tourner.

Des formations actualisées au repérage, à l'évaluation et à l'intervention de crise suicidaire

Rénover les formations à la prévention du suicide : former en prévention du suicide

WALTER Michel, OMNES Cécile, La Santé en action, n° 450, 2019-12, pp. 9-11

En dehors des essais cliniques portant sur des médicaments et de l'évaluation des psycho- thérapies, les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide sont relativement rares. Plusieurs revues de la littérature [1 ; 2 ; 3 ; 4] mentionnent la formation des professionnels, la formation des acteurs de premier recours (dont les médecins généralistes) et celle des sentinelles comme des interventions efficaces – certaines sous conditions – au sens où elles entraînent une diminution des conduites suicidaires (idées, tentative ou décès). Par ailleurs, la formation – des sentinelles, des professionnels de santé primaire et de santé mentale – est citée comme l'une des 11 recommandations du dernier rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2014.

Former pour intervenir en cas de crise suicidaire

En France, les formations à l'intervention de crise suicidaire ont été largement déclinées sur le territoire national autour des professeurs Jean-Louis Terra et Monique Seguin à la suite de la conférence de consensus d'octobre 2000. Elles ont permis une indispensable acculturation des acteurs professionnels et non professionnels impliqués dans la prévention du suicide en alliant information, sensibilisation, repérage, évaluation du risque suicidaire et en favorisant la dynamique des réseaux territoriaux. Toutefois, l'évolution des connaissances depuis une vingtaine d'années et les conclusions de l'évaluation par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP [5]) du Plan national d'actions contre le suicide (2011-2014) ont recommandé entre autres de cibler les populations à risque élevé, de recourir à des interventions efficaces et que les réseaux de prise en charge et de soins bénéficient de cette formation. Ceci a conduit le Bureau de la santé mentale de la Direction générale de la santé (DGS) à rénover ces formations afin :

- d'en actualiser le contenu en fonction des dernières données de la science ;
- de développer une formation spécifique à l'intervention de crise, répondant en cela à la recommandation du HCSP ;
- de diffuser ces formations de façon homogène et graduée au niveau national ;
- d'intégrer la formation aux autres stratégies de prévention dans le cadre d'une stratégie globale multimodale [6]

Le Groupement d'études et de prévention du suicide (Geps), société savante francophone de suicidologie, s'est ainsi engagé conventionnellement depuis 2017 à concrétiser cette adaptation à partir des travaux récents de la professeure Monique Seguin au sein du Réseau québécois pour le suicide, les troubles de l'humeur et troubles associés (RQSHA) :

- le contenu de la formation a été adapté aux missions assurées par les acteurs français dans la crise suicidaire ; trois rôles ont été identifiés : sentinelle, évaluateur du potentiel suicidaire et intervenant de crise ;

- le déploiement de la formation des acteurs repose sur la formation de formateurs ;
- des engagements de qualité ont été pris (rédaction d'une charte nationale des formateurs, remise d'une attestation de compétences cliniques et pédagogiques, organisation d'une formation continue des formateurs).

Le contenu de la formation rénovée

En adéquation avec les trois rôles identifiés (sentinelle, évaluateur et intervenant) impliquant fonctions et responsabilités distinctes, trois formations ont été construites :

- une formation Sentinelles aux fonctions de repérage et d'orientation ;
- une formation Évaluation aux fonctions d'évaluation et d'orientation ;
- une formation Intervention de crise aux fonctions d'évaluation et d'intervention.

La formation Sentinelles¹ vise à renforcer les habiletés et les motivations de citoyens ou de professionnels non soignants repérés dans leur communauté de vie comme présentant une disposition spontanée au souci de l'autre [7]. D'une durée d'une journée, elle doit faciliter, à l'échelle d'un territoire, le repérage et l'accès aux soins des personnes suicidaires qui n'y auraient pas spontanément eu recours. Cette formation ne peut être dispensée qu'à la condition de la mise en place d'un dispositif qui permette, après avoir identifié les sentinelles potentielles :

- d'orienter systématiquement et rapidement chaque personne repérée vers des ressources sanitaires capables au minimum d'une fonction d'évaluation ;
- d'accompagner les sentinelles sur la durée et de leur offrir un interlocuteur de recours en cas d'urgence ;
- qu'elles soient intégrées dans un réseau opérationnel afin de pouvoir collaborer avec les autres intervenants.

La formation Évaluation², d'une durée de deux jours, vise à former des professionnels en contact de populations à risque suicidaire ou à renforcer leurs compétences pour évaluer le potentiel suicidaire (urgence, danger, risque-protection) et orienter les personnes repérées vers les ressources de soins adaptées. Elle s'adresse à des professionnels de la santé ou à des psychologues formés à l'entretien clinique et aussi, en fonction des ressources et des compétences du réseau, à des professionnels du secteur médico-social. La formation Évaluation s'articule avec les formations Sentinelles et Intervention de crise.

La formation Intervention³ [8] vise à outiller les intervenants de crise en partageant une conceptualisation de la crise en fonction d'une typologie clairement définie (crise psychiatrique, crise psychosociale, crise psychodramatique) afin d'acquérir une expertise à l'intervention de crise. Cette formation de deux jours s'adresse essentiellement à des professionnels de santé mentale réalisant régulièrement de l'intervention de crise (unité d'hospitalisation de crise, urgences psychiatriques, psychiatrie de liaison, cellules d'urgence médico-psychologique – CUMP, vigilanceurs, équipes mobiles, centre médico-psychologique – CMP).

Le déploiement de cette formation rénovée

Le déploiement dans les différentes régions se fera en cascade selon le modèle de la formation de formateurs, avec pour objectif in fine de créer un réseau de repérage, d'évaluation et d'intervention aux compétences à la fois spécifiques et articulées entre elles.

Trente formateurs nationaux, répartis de façon homogène sur le territoire, ont ainsi été formés en 2018-2019 aux trois formations et proposent en coordination avec les agences régionale de santé (ARS) des formations de formateurs régionaux en fonction des besoins spécifiques de chaque région. Ces formateurs nationaux sont des cliniciens en santé mentale, ayant une solide expérience professionnelle de l'intervention de crise ainsi que des compétences pédagogiques et d'animation de réseau.

Pour les formations Évaluation et Intervention de crise, les formateurs régionaux sont également des cliniciens en santé mentale expérimentés professionnellement (intervention de crise, clinique suicidologique) et pédagogiquement. La formation de formateurs est respectivement de deux jours et de quatre jours. Pour la formation Sentinelles, le formateur régional est une personne volontaire ayant des dispositions spontanées au souci de l'autre et repérée comme telle dans son milieu. Cette formation de formateurs dure deux jours. L'animation des formations se fera toujours en binôme avec au moins un clinicien.

Un déploiement est prévu, mentionné par la circulaire du 10 septembre 2019 [6], auprès de : certains milieux de vie – travail, transport, milieu carcéral, milieu scolaire, etc. ; certains publics – étudiants, agriculteurs, etc.

Dans ces milieux spécifiques, il nécessitera une adaptation du contenu à ces contextes particuliers en raison de la particularité des signes d'alerte et des ressources d'aide. Ceci concerne essentiellement la formation Sentinelles, car le modèle de la crise qui sous-tend les formations Intervention de crise et Évaluation est un modèle clinique transversal. La formation des médecins généralistes présente quant à elle un contenu et une organisation particuliers.

La formation des médecins généralistes

Si les médecins généralistes constituent une communauté de professionnels particulièrement impliquée dans la prévention des conduites suicidaires, force est de constater qu'il est difficile de les mobiliser lors d'actions de formation dédiées. Même si aucun consensus ne se dégage dans la littérature [9], une formation paraît recommandable, qui soit fondée sur le repérage, l'évaluation et le traitement de la dépression et du risque suicidaire en soins primaires.

En France, la prise en charge de la dépression se distingue, d'une part, par une proportion importante de patients souffrant de troubles dépressifs qui ne recourent pas aux soins (même si cette proportion diminue de 63 % en 2005 à 39 % en 2010 [10]), et d'autre part, par la place centrale des médecins généralistes qui représentent 78 % du recours ambulatoire [11]. Parallèlement, la proportion de patients ayant un traitement médicamenteux prescrit par un généraliste est parmi les plus élevées en Europe (63 %). La prise en charge se caractérise également par une faible proportion de traitements jugés adéquats (traitements trop brefs ne respectant pas toujours la durée minimale de six mois pour un traitement antidépresseur ou une psychothérapie [12]).

Par ailleurs, si le suicide est un phénomène rare dans la patientèle du médecin généraliste (une à six tentatives de suicide annuelles et un décès tous les 4 à 7 ans [13]), il faut rappeler que 60 % des suicidants ont consulté leur médecin généraliste dans le mois précédant leur acte et 36 % dans la semaine ; et que 45 % des personnes décédées par suicide ont consulté leur généraliste dans le mois avant leur décès [14].

La mortalité attribuable à la dépression et en particulier la mortalité par suicide est évitable, comme l'ont démontré plusieurs expériences pilotes dans le

monde (Rutz [15] en Suède, Hegerl [16] en Allemagne par exemple). Divers plans de santé publique ont été proposés pour améliorer son identification diagnostique et sa prise en charge. Tous insistent sur la nécessité d'une formation des médecins généralistes et sur l'utilisation d'instruments de dépistage [17]. Cette formation doit s'appuyer sur un modèle de soins étagés et collaboratifs [18 ; 10], qui implique différents niveaux de soins (primaires, spécialisés, ambulatoires et hospitaliers) en fonction de l'intensité des troubles avec, quel que soit le niveau, une attention toute particulière portée à l'évaluation du potentiel suicidaire [19] et des pratiques collaboratives entre différents professionnels : infirmiers, généralistes, psychiatres, psychologues.

Conclusions et perspective

L'actualisation de la formation en prévention du suicide fait appel à deux modèles théoriques : celui de la crise [20] et celui de l'éthique de l'inquiétude [21] qui implique d'aller au-devant de l'autre en lui témoignant son souci. Sa cohérence est à la fois pédagogique avec une articulation forte entre les différents types de formation et aussi du fait de son intégration à la stratégie multimodale (numéro de téléphone unique à venir, dispositif Vigilans, programme Papageno). Une expérimentation pilote de cette stratégie – le programme de Coopération Québec-France contre la dépression et l'isolement (CQFD-I) – sera déployée à partir de 2020 dans un territoire français et dans un territoire québécois. Toutefois, pour être pleinement efficient, un tel dispositif de formation nécessite une coordination et un accompagnement, avec en particulier la mise à disposition d'outils de déploiement dans les régions. Enfin, il devra être évalué selon les indicateurs pertinents de la pyramide de Kirkpatrick⁴ [9].

1. Formation développée par P. Grandgenèvre et C.-E. Notredame.
2. Formation développée par L. Bleton et C. Kopp- Bigault.
3. Formation développée au Québec par M. Seguin et N. Chawky en 2015.
4. Selon la pyramide de Kirkpatrick, une formation peut être évaluée suivant quatre niveaux d'indicateurs :
 - satisfaction des participants ;
 - acquisition de nouvelles connaissances et compétences ;
 - utilisation et application des apprentissages dans la pratique professionnelle ;
 - impact sur les organisations et sur la société.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Mann J. J., Apter A., Bertolote J., Beautrais A., Currier D., Haas A. et al. Suicide prevention strategies: A systematic review. *Jama*, 2005, vol. 294, n°16 : p. 2064-2074. En ligne : <http://www.davenee-foundation.org/wp-content/uploads/Suicide-Prevention-Strategies.pdf>
- [2] Du Roscoät E., Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, 2013, vol. 61, n°4 : p. 363–374.
- [3] Stone D. M., Crosby A. E. Suicide prevention: State of the art review. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 16 octobre 2014. En ligne : <http://ajl.sagepub.com/content/early/2014/10/15/1559827614551130>.
- [4] Zalsman G., Hawton K., Wasserman D., van Heeringen K., Arensman E., Sarchiapone M. et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic Review. *Lancet Psychiatry*, 8 juin 2016. En ligne :

- <https://www.gamian.eu/wp-content/uploads/2016/10/Suicide-prevention-strategies-revisited.pdf>
- [5] Haut Conseil de la santé publique (HCSP), Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. [Rapport] HCSP, mars 2016. En ligne : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=554>
- [6] Direction générale de la santé (DGS). Instruction n°DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide. En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2019/19-10/ste_20190010_0000_0124.pdf
- [7] Isaac M., Elias B., Katz L. Y., Belik S.L., Deane F. P., Enns M. W. et al. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 54, n°4 : p. 260-268. En ligne : <http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1240&context=hbspapers&sei-redirect=1>
- [8] Seguin M., Chawky N. Formation sur l'intervention de crise dans le milieu 24/7. 2e édition 2017. [9] Audouard-Marzin Y., Kopp-Bigault C., Scouarnec P., Walter M. General Practitioners training about suicide prevention and risk: a systematic review of literature. *La Presse médicale*, juillet 2019, vol. 48, n°7-8 : p. 767-779.
- [9] Audouard-Marzin Y., Kopp-Bigault C., Scouarnec P., Walter M. General Practitioners training about suicide prevention and risk: a systematic review of literature. *La Presse médicale*, juillet 2019, vol. 48, n°7-8 : p. 767-779
- [10] Nestringue C., Coldefy M., Mousquès J. Une hétérogénéité des hospitalisations pour dépression liée aux parcours de soins en amont. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Questions d'économie de la santé, 2017, n°228 : p. 1-8. En ligne : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/228-une-heterogeneite-des-hospitalisations-pour-depression-liee-aux-parcours-de-soins-en-amont.pdf>
- [11] Dumesnil H., Cortaredona S., Cavillon M., Mikol F., Aubry C., Sebbah R. et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). *Études et Résultats*, 2012, n°810 : p. 1-8. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er860.pdf>
- [12] Briffault X., Morvan Y., Rouillon F., Dardennes R., Lamboy B. Recours aux soins et adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France. *L'Encéphale*, juin 2010, 36S : p. 48-58. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/302903856_Recours_aux_soins_et_adequation_des_traitements_de_l'episode_depressif_majeur_en_France
- [13] Younes N., Melchior M., Turbelin C., Blanchon T., Hanslik T., Chee C. C. Attempted and completed suicide in primary care: not what we expected? *Journal of Affective Disorders*, 2015, vol. 170 : p. 150-154. En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032714005266?via%3Dihub>
- [14] Fédération française de psychiatrie (FFP). La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. Paris, 19-20 octobre 2000 : 31 p. En ligne : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>
- [15] Rutz W., Von Knorring L., Wålinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatrica*
- [16] Hegerl U., Alhaus D., Schmidtke A., Niklewski G. The alliance against depression: 2-years evaluation of a community-based intervention to reduce

- suicidality. *Psychological Medicine*, 2006, vol. 36, no 9 : p. 1225-1233. En ligne : <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/alliance-against-depression-2year-evaluation-of-a-communitybased-intervention-to-reduce-suicidality/BE44AF0FC2227D3FC6004945F5E5486D>
- [17] Coppens E., Van Audenhove C., Gusmão R., Purebl G., Székely A., Maxwell M. et al. Effectiveness of general practitioner training to improve suicide awareness and knowledge and skills towards depression. *Journal of Affective Disorders*, 2018, n°227 : p. 17-23. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29049931>
- [18] Fournier L., Roberge P., Brouillet H. Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne. Montréal : Centre de recherche du CHUM, projet Jalons, avril 2012 : 77 p. En ligne : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1509_FaireFaceDepressionQc_ProtoSoinsInterv1reLigne.pdf
- [19] Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York : Basic Books, 1964.
- [20] Haute Autorité de santé (HAS). Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Recommandations de bonne pratique. octobre 2017. En ligne : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterisede-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours
- [21] Walter M., Jousset D., Traisnel C., Berrouiguet S., Lemey C. Les racines philosophiques du « rester en lien » : la clinique du souci. *L'Encéphale*, 2019, vol. 45, no S1 : S3-S6. En ligne : <https://www.emconsulte.com/article/1268138/les-racines-philosophiques-du-%C2%A0rester-en-lien%C2%A0% C2%A0-la>



Pour aller plus loin

- 3114



NOTREDAME Charles-Edouard, WATHELET Marielle, MORGIEVE Margot, GRANDGENEVRE Pierre, DEBIEN Christophe, MANNONI Chantal (et al.)
The 3114: A new professional helpline to swing the French suicide prevention in a new paradigm
European Psychiatry, 2022-10-07, pp. 1-11
Présentation du 3114.

- Les actions de prévention de la contagion suicidaire



PAUWELS Nathalie
De l'importance du traitement médiatique du suicide en période de crise

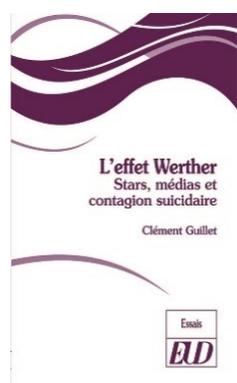
L'information psychiatrique, vol. 97, 2021-01, pp. 9-10

Récapitulatif de quelques conseils en vue d'impulser une réponse appropriée face aux angoisses de certains journalistes (révélatrice des angoisses en population générale) en période de confinement Covid-19. Ces recommandations sont issues de l'association internationale de prévention du suicide.



NOTREDAME Charles-Edouard, PAUWELS Nathalie, VAIVAI G. (et al.)
Peut-on faire du journaliste un acteur de la prévention du suicide ?
L'Encéphale, vol. 42 n°5, 2016-10, pp. 448-452

Cet article vise à étudier la mesure dans laquelle il est possible de faire reposer une action de prévention sur les professionnels des médias. En s'appuyant sur une synthèse critique des connaissances actuelles, il montre les enjeux, les opportunités, les limites et les contraintes de ce qui ne peut s'envisager que comme un travail de collaboration entre ces professionnels et les acteurs de la prévention du suicide.



GUILLET Clément

L'effet Werther. Stars, médias et contagion suicidaire

Editions universitaires de Dijon, 2022, 164 p.

L'effet Werther est un phénomène selon lequel un suicide médiatisé peut être à l'origine d'un phénomène d'imitation et entraîner des épidémies de suicides. Le rôle des médias est essentiel : c'est la manière dont ils en parlent qui peut favoriser ou non la survenue de suicides. A l'inverse, les témoignages de stars expliquant comment elles ont surmonté leur crise suicidaire, contribuent à prévenir les conduites suicidaires. Ce livre décrit, explique ce phénomène reprend des témoignages de patients et propose des pistes pour mieux prévenir les passages à l'acte suicidaire.

- **VigilanS**



LEAUNE Edouard, VAIVA Guillaume, CHARAZAC-BRUNEL Marguerite (et al.)

Prévenir la réitération suicidaire. Dossier

Santé mentale, n° 256, 2021-03, pp. 21-93

La réitération suicidaire désigne la répétition d'un geste suicidaire dans les jours, semaines ou mois qui suivent une tentative de suicide. Dans ce contexte, comment évaluer la détermination d'une personne à passer à l'acte ? Construits sur une éthique de l'inquiétude, les dispositifs de prévention du suicide reposent avant tout sur le 'rester en lien' avec les personnes en crise, afin d'assurer un sentiment de (re)connexion. Partage d'expériences



NOTREDAME Charles-Édouard, MORGIEVE Margot, BRIFFAUT Xavier (et al.)

Prendre soin des jeunes suicidaires jusque sur les réseaux sociaux : le projet Elios

L'information psychiatrique, vol. 96 n° 5, 2022-05, pp. 340-347

Le projet d'Équipe en ligne d'intervention et d'orientation pour la prévention du suicide (Elios) vise à exploiter les potentialités du numérique pour favoriser l'accès aux soins chez les jeunes suicidaires. Il consiste en une équipe de web-cliniciens qui interviendront directement sur les réseaux sociaux, en utilisant des solutions technologiques innovantes et intégrées, pour apporter aux jeunes une première réponse, soutenir leur démarche de demande d'aide, les sécuriser lorsque nécessaire et les orienter vers des services de soins conventionnels. Actuellement mis en œuvre et évalué dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé, le dispositif pourrait être généralisé comme une offre de soins de droit commun.



DEBIEN Christophe, VIEUX Maxime

VigilanS, un dispositif de veille

Santé mentale, n° 256, 2021-03, pp. 42-46

Initié dans les Hauts-de-France, le dispositif de recontact VigilanS consiste à mettre en place une veille autour de la personne suicidante. Construit sur une éthique de l'inquiétude, il s'est déployé progressivement vers une intervention de crise. [Résumé auteur]



JARDON V., DEBIEN Christophe, DUHEM S. (et al.)

Un exemple de système de veille post-hospitalière des suicidants : VigilanS

L'Encéphale, vol. 45, Suppl.1, 2019, pp. S13-S21

Cette étude a été adaptée en soins courants en 2015 dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais sous le nom de VigilanS. L'algorithme a été légèrement modifié par la remise de la carte de crise à tous. L'équipe de recontact, formée à la gestion de crise, gère tous les appels sortants et entrants vers les patients, leurs proches et leurs soignants. Un jeu de 4 cartes postales peut être envoyé en cas d'appel téléphonique non concluant. S'appuyant sur une philosophie de veille, VigilanS a développé un véritable savoir-faire de gestion de crise, nécessitant une supervision médicale constante et de solides capacités de mise en réseau.



BROUSSOULOUX Sandrine

Analyse qualitative de l'implantation du dispositif de prévention de la récurrence suicidaire Vigilans dans 5 territoires pilotes (2016-2018) : Bretagne, Hauts-de-France, Jura, Normandie, Occitanie
Santé publique France, 2019, 36 p.

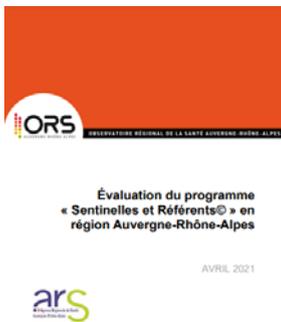
Ce rapport a été commandé par la DGS à Santé publique France. Il vise à décrire et à comprendre le fonctionnement du dispositif Vigilans tel qu'il a été implanté dans 5 territoires pilotes entre 2015 et 2018 afin d'identifier les freins et les leviers à sa mise en œuvre et de proposer des préconisations en vue de futures implantations du dispositif dans d'autres régions. Les éléments présentés sont issus de l'analyse de données qualitatives (analyses documentaires, entretiens, visites sur sites et focus group) recueillies entre septembre 2016 et décembre 2018 dans les 5 territoires pilotes.



Vidéo 3 Questions à 1 Expert
AP-HM, 2021-09-10

Le Dr Jean-Marc HENRY, psychiatre dans le service d'urgences psychiatriques des Hôpitaux Universitaires de Marseille Timone nous explique le dispositif national Vigilans qui vise à prendre en charge les personnes ayant tenté de mettre fin à leur jour afin de les accompagner au mieux et limiter ainsi les récurrences

- **Sentinelles**



MARTIN DE CHAMPS Carole, MEDINA Patricia

Évaluation du programme « Sentinelles et Référents© » en région Auvergne-Rhône-Alpes

ORS Auvergne-Rhône-Alpes, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, 2021-04, 49 p.

Cette publication présente les résultats de l'évaluation de processus et de résultats du programme « Sentinelles et Référents© », mis en œuvre dans les établissements d'enseignement (collèges et lycées) de la région Auvergne-Rhône-Alpes, visant à prévenir et sensibiliser les élèves et les adultes aux phénomènes de harcèlement en milieu scolaire. L'ARS a souhaité interroger les freins et leviers à la mise en place de l'action au sein des établissements mais aussi les facteurs facilitant leur pérennité, leur durabilité. De manière plus globale, les parties prenantes à cette action (Société d'entraide et d'action psychologique, Education Nationale et ARS) se sont aussi questionnées sur les effets du programme concernant l'amélioration du climat scolaire, un meilleur repérage des situations de harcèlement, l'aide apportée aux victimes de harcèlement. L'articulation de ce programme avec les autres dispositifs ou actions mis en place dans les établissements pour lutter contre le harcèlement a aussi été prise en compte.



ROBERGE Marie-Claude, BOUGUEZOUR Nora

Capacité d'agir des sentinelles en prévention du suicide au Québec. Etude descriptive

INSPQ-direction développement des individus et des communautés, 2018-09, 86 p.

L'établissement des réseaux de sentinelles en prévention du suicide est une mesure qui fait partie d'une stratégie globale de prévention du suicide. Au Québec, une sentinelle est une personne adulte, non intervenante, susceptible d'être en contact avec des personnes suicidaires dans son milieu et ayant suivi une formation spécifique de

7 heures. Une recension non exhaustive des évaluations de ce type de programmes de formation, suivie d'un sondage en ligne et d'entrevues auprès de personnes formées au Québec a permis de dégager des messages clés et des pistes d'actions décrites dans ce document. [Résumé d'après éditeur]



SEGUIN Monique
Intervention en situation de crise. 3^e édition
Chenelière Education, 2021, 268 p.

Cet ouvrage traite des différents types de crises, les techniques d'évaluation et le rôle des intervenants en contexte traumatique. Cette 3^e édition dresse un portrait de l'état d'avancement des connaissances sur la crise, le suicide et les différents types d'homicides. Enrichi d'une réflexion éthique, ce manuel s'adresse aux étudiants en psychologie, psychoéducation, soins infirmiers et en service social, mais aussi aux professionnels de santé, pour les former aux principaux enjeux de l'intervention en contexte de crise.

- **Formations**



WATHELET Marielle, COISNE Estelle
Intervention de crise et crise suicidaire. Organisation et évaluation d'un programme de formation de personnels hospitaliers dans les Hauts-de-France

Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé

Mentale Hauts-de-France (F2RSM PSY), 2020, 36 p.

Le programme de formation à l'intervention de crise suicidaire (FICS) a été déployé auprès de personnels hospitaliers des Hauts-de-France. Le but de cette étude était d'évaluer ce programme.



RAPPORT D'ÉVALUATION DU PROGRAMME DE FORMATION AU
REPERAGE DE LA CRISE SUICIDAIRE EN PACA
2014 - 2016

AMANDINE VALLERIAN
Octobre 2017

VALLERIAN Amandine
Rapport d'évaluation du programme de formation au repérage de la crise suicidaire en PACA. 2014-2016

CRES Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2017-10, 61 p.

En région Provence-Alpes-Côte d'Azur, chaque Comité départemental d'éducation pour la santé (CODES) organise des formations de formateurs au repérage de la crise suicidaire, grâce à un financement de l'Agence régionale de santé (ARS PACA). Le Comité régional d'éducation pour la santé (CRES PACA), quant à lui, assure la coordination régionale du programme et son évaluation. Le binôme de formateurs est dépendant de l'organisation propre à chaque CoDES et est constitué par des professionnels formés au protocole des formateurs du Pr Jean-Louis Terra. La démarche d'évaluation vise à produire de l'information sur l'influence du programme de formation au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire afin de vérifier s'il a un impact sur la pratique des professionnels participants. L'objectif est d'évaluer, au travers des entretiens téléphoniques réalisés 6 mois à 1 an après la formation, les évolutions ou changements dans la pratique des professionnels. [D'après auteur]

La postvention

Programme de postvention : être prêt à agir à la suite d'un suicide

SEGUIN Monique, ROY Françoise, BOILAR Tania, Association québécoise de prévention du suicide, 2020, pp. 2-4

La postvention correspond à l'ensemble des interventions qui se déploient après un suicide dans le milieu où le suicide a eu lieu ou dans les milieux qui étaient fréquentés par la personne décédée. Elle a pour objectifs de diminuer la souffrance individuelle, de renforcer la capacité des individus à faire face à l'adversité, de diminuer les risques d'effet d'entraînement (contagion), d'augmenter le sentiment de sécurité du milieu et de favoriser un retour au fonctionnement habituel pour le milieu touché (école, travail, milieu de vie, communauté, etc.).

Le Programme de postvention : stratégies d'intervention à la suite d'un suicide (Séguin et coll., 2004), initialement destiné aux établissements scolaires du secondaire et du collégial, a été publié en 2004- 2005. Depuis une quinzaine d'années, il est utilisé au Québec par les milieux touchés par un suicide et par les organisations offrant des services de postvention. À sa parution, ce programme représentait un changement de pratique important. Par le cadre d'analyse des situations qu'il proposait, il permettait de déterminer quelles interventions entreprendre, auprès de quelles personnes, à quel moment et pour quelle durée. Il offrait une diversification des approches d'intervention en fonction des réactions vécues par des sous -groupes de jeunes affectés par le suicide d'un pair (réactions de stress, de crise ou de deuil). En agissant sur ces trois types de réactions, le programme visait à en diminuer les impacts et à prévenir l'effet d'entraînement. Les auteurs du programme souhaitaient également favoriser la mise en place d'interventions auprès des personnes endeuillées, des témoins et des personnes vulnérables et s'assurer que ces interventions se poursuivent au-delà de la période de stupeur créée par l'événement.

Depuis 2004, ce programme a été largement utilisé en milieu scolaire lors de suicides. Il a été considéré comme étant utile et aidant pour gérer les impacts d'un suicide, notamment grâce aux nombreux outils proposés. Bien que destiné au milieu scolaire et ciblant la problématique du suicide, le programme a été utilisé dans différents contextes (milieux de travail et d'hébergement, communauté) et pour différents types d'événements (fusillade, décès accidentel d'une personne du milieu, etc.).

Au fil des ans, les utilisateurs du programme de 2004 ont eu à s'adapter à de nouvelles réalités, notamment concernant l'utilisation des médias sociaux. Ils ont dû également ajuster les interventions à privilégier en fonction de l'avancement des connaissances en matière de pratiques recommandées ou, au contraire, à proscrire (comme le débriefing).

En 2020, il a semblé important de réexaminer le programme de postvention diffusé en 2004 afin de mieux y intégrer certains éléments de connaissance expérientielle et scientifique. **Les orientations du nouveau programme s'appuient sur**

l'information suivante (les trois premiers documents mentionnés étant disponibles au aqps.info) :

- une revue rigoureuse de la littérature scientifique et de la littérature grise (documentation non publiée) sur la postvention et le phénomène de contagion (effet d'entraînement);
- un inventaire des actions de postvention et une stratégie de consensus d'experts (méthode Delphi), permettant de statuer sur la pertinence et le bien-fondé de chacune de ces actions;
- une analyse de besoins établie via des groupes de discussion avec des utilisateurs du programme de 2004 (intervenants internes ou externes des milieux touchés ou responsables d'implantation);
- une recension des services de postvention offerts par les centres de prévention du suicide au Québec et des outils ou programmes utilisés ou développés par ces derniers ou par le milieu scolaire.
- Le présent programme de postvention prend ancrage dans la capacité du milieu à répondre aux difficultés survenant à la suite d'un suicide, afin de transmettre un sentiment de sécurité et de compétence face à la situation. Pensé d'abord pour les milieux jeunesse, il ne leur est pas spécifique. Il peut s'adapter à différents milieux : scolaires (secondaire, collégial, universitaire), de travail ou de vie (centre jeunesse ou communauté).

Ce programme d'intervention est multimodal puisqu'il se caractérise par le déploiement de plusieurs actions simultanées. Il propose une planification séquentielle d'interventions permettant d'agir sur les impacts du suicide et ayant une répercussion à la fois sur les individus et sur le milieu. **Il comporte les quatre phases suivantes :**

- **Préparation avant l'événement** : tout ce que l'on doit prévoir pour pouvoir agir rapidement et efficacement s'il survient un suicide ;
- **Au moment de l'événement** : les interventions d'urgence si le suicide survient dans le milieu;
- **Après l'événement** : la mise en place rapide d'interventions ciblées qui visent à contenir la détresse individuelle, à transmettre un sentiment de sécurité dans le milieu et à offrir des actions précoces aux personnes directement touchées par le suicide (endeuillées ou témoins);
- **Suites à moyen et à long terme** : la mise en place d'interventions sélectives (visant à repérer le développement de complications chez les personnes qui cumulent plusieurs facteurs de risque) et universelles (visant à informer de l'existence des services d'aide et à en favoriser l'acceptabilité) ainsi que la réalisation d'activités permettant d'augmenter les connaissances en santé mentale (littératie). De telles actions renforceront le milieu et diminueront l'effet d'entraînement possible.
- **De plus, le programme** :
- propose des interventions à géométrie variable permettant, en fonction du repérage, d'agir sur les difficultés immédiates et sur celles qui pourraient se développer à plus long terme et de manière chronique;
- vise à accroître la capacité du milieu de repérer les difficultés courantes en santé mentale et sa compétence à y répondre;
- met l'accent sur le repérage et l'intervention en matière de difficultés courantes de santé mentale. C'est la mise en place de l'ensemble de ces mesures et actions qui permettra de diminuer les risques d'imitation associés à l'effet d'entraînement à court, moyen et long terme.

- Ce programme doit être intégré aux protocoles existants dans les milieux scolaires, de travail ou de vie susceptibles d'être touchés par un suicide. Le programme doit s'arrimer aux protocoles en situation d'urgence ainsi qu'aux protocoles d'entente avec la Sécurité publique ou avec les services de santé physique et de santé mentale existants.
- Aucun programme ne peut établir, avec exactitude, les interventions à réaliser. Aucun ne peut déterminer, à l'avance, les moments auxquels les interventions devront se réaliser. C'est pourquoi les responsables de la mise en œuvre d'un programme de postvention devront avoir une connaissance du développement, au fil du temps, des difficultés en santé mentale dans leur milieu. Cette connaissance leur permettra de comprendre quels groupes spécifiques d'individus risquent de développer des vulnérabilités et à quels moments. Ils pourront ainsi mettre en place des interventions appropriées à moyen et à long terme. Bien qu'il soit difficile de maintenir dans le temps une attention soutenue au repérage des personnes directement touchées ou vulnérables, ces actions seront bénéfiques pour le bien-être et la santé globale du milieu.

Les équipes responsables des activités doivent se coordonner afin que les ressources nécessaires soient disponibles et s'adaptent selon le moment. Tenir compte des sensibilités des milieux pourra être important : par exemple, il faudra réfléchir en amont, aux aspects associés aux communications avec les médias et à la commémoration avant de choisir les activités à mettre en place.

Il sera nécessaire d'évaluer les interventions constamment et de les ajuster aux besoins du milieu. Ainsi, il est essentiel de faire l'analyse de l'événement de façon continue avant de déterminer les actions à mettre en place. Régulièrement, les personnes responsables devront faire des bilans (retours) et en partager les résultats en vue de coordonner les activités et d'assurer une flexibilité dans les types et les lieux d'intervention.

LIMITES DU PROGRAMME

Utilisation pour d'autres types d'événements critiques

Bien que certains éléments et principes pourraient être utiles et applicables pour d'autres types d'événements critiques, il est important de se rappeler que ce programme est avant tout développé pour des interventions de postvention à la suite d'un décès par suicide. S'il est utilisé dans d'autres contextes, il serait souhaitable de nuancer et d'ajuster certains contenus, sur le plan tant des concepts (compréhension du problème) que des pistes d'intervention suggérées.

Tentative de suicide

Il n'est pas recommandé de faire de la postvention en situation de tentative de suicide. La tentative de suicide est un geste individuel qui demeure confidentiel. Ainsi, une divulgation publique ne respecterait pas les obligations de confidentialité des ordres professionnels. Si des membres du milieu sont touchés par la tentative de suicide d'un proche, il est recommandé d'identifier les personnes vulnérables et de leur offrir des interventions individuelles. Les actions suivantes peuvent toutefois être posées :

- aider la personne ayant fait une tentative à réintégrer son milieu et s'assurer qu'elle reçoit l'aide nécessaire;
- porter une attention aux personnes vulnérables ébranlées par la situation;
- aider l'entourage à développer des interactions positives avec la personne lors de son retour dans le milieu

Endeuillés par le Suicide d'un Proche : étude de faisabilité d'un Outil numérique d'Informations et Ressources pour la Résilience et le Soutien

CH Le Vinatier, 2021-09-08



Chaque année, près de 9000 personnes décèdent par suicide en France. Pour chaque suicide, ce sont en moyenne 135 personnes qui sont exposées, parmi lesquelles entre 6 et 14 personnes sont fortement impactées (Andriessen et al. 2017), soit un total d'environ 100 000 personnes chaque année.

Un constat préoccupant

Le deuil après suicide est reconnu comme étant particulièrement difficile (Lobb et al. 2010) et peut avoir un impact délétère sur la santé mentale avec apparition de conduites suicidaires, d'états de stress aigu, des deuils pathologiques, et de syndromes dépressifs (Pitman et al. 2014). Les personnes endeuillées par suicide attestent également d'un retard majeur aux modalités de soutien et de soins (Pitman et al. 2018) et décrivent des phénomènes d'exclusion sociale et d'auto-stigmatisation qui tendent à les isoler et à retarder leur recours aux aides nécessaires (Hanschmidt et al. 2016).

La majorité des personnes endeuillées utilisent des ressources numériques pour accompagner leur travail de deuil (van der Houwen et al. 2010) et il est démontré que ces ressources peuvent avoir un impact positif sur la santé mentale des leurs utilisateurs.

En France, les centres spécialisés proposant des consultations dédiées aux personnes endeuillées par suicide (consultations de postvention) sont rares, le réseau associatif est le principal support de soutien, téléphonique ou groupale.

Cependant, il n'existe en France aucune ressource numérique adaptée accessible permettant aux personnes concernées d'obtenir des informations et ressources sur le deuil après suicide, ses complications, les possibilités d'aides et d'orientation pour être accompagnées dans leur deuil et en prévenir les effets délétères sur la santé mentale ou sur le plan psychosocial.

L'étude ESPOIR2S et sa méthodologie

L'étude ESPOIR2S vise à évaluer la faisabilité et l'acceptabilité du développement et de d'implémentation de ressources numériques dédiées aux personnes endeuillées par un suicide.

L'objectif principal est de recueillir les besoins et attentes des personnes endeuillées par suicide, des membres des associations dédiées au deuil après suicide et des

professionnels du champ de la postvention quant à la forme, le contenu et les modalités de diffusion et d'utilisation de cet outil numérique.

L'étude ESPOIR2S s'appuie sur une méthode dite intégrative (mixed method study) qui consiste à collecter, fusionner et analyser des données qualitatives et quantitatives et a démontré son efficacité pour évaluer la faisabilité et l'implémentation de nouveaux programmes de prévention en santé mentale.

Phase 1 : évaluer les usages et l'efficacité des outils numériques existant au niveau international par une revue de littérature, puis de recenser les attentes et besoins en France au moyen d'un questionnaire en ligne.

Phase 2 : élaborer le cahier des charges de l'outil numérique. En partenariat avec les personnes endeuillées par suicide, des membres d'associations d'accompagnement du deuil après suicide et des spécialistes de la postvention.

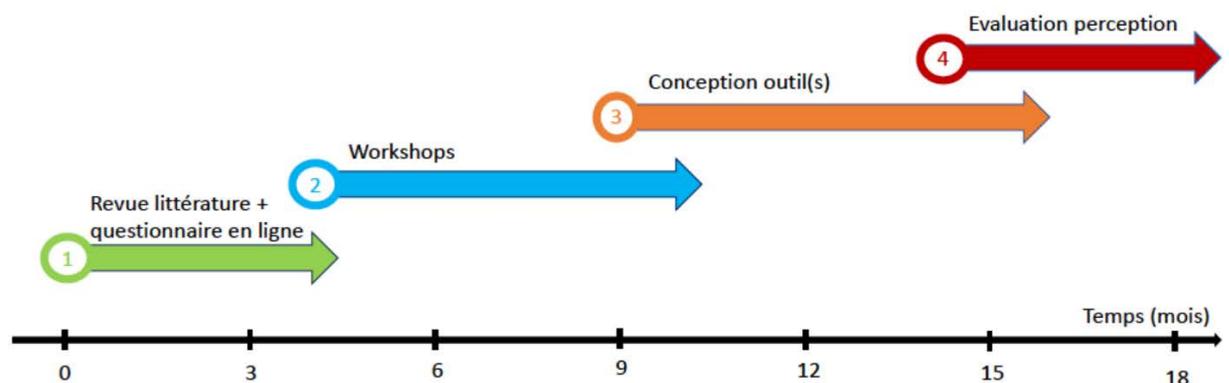
Phase 3 : développer l'outil numérique en partenariat avec des personnes endeuillées par suicide, des membres des associations et des professionnels de la postvention

Phase 4 : évaluation qualitative et quantitative par questionnaire de la satisfaction, l'acceptabilité et de l'intérêt perçu de l'outil conçu lors de la phase 3

La création d'un outil et une meilleure compréhension.

L'étude ESPOIR2S permettra la création d'un outil numérique adapté aux besoins et attentes des personnes endeuillées par suicide en France. Cet outil gratuit, de portée nationale, sera accessible à la fin de l'étude pour l'ensemble des personnes endeuillées par suicide en France et permettra d'améliorer l'accès aux informations et ressources sur le deuil après suicide et sa prise en charge pour les professionnels et personnes endeuillées par suicide. L'étude ESPOIR2S permettra également de mieux comprendre les besoins et attentes des personnes endeuillées par suicide à l'égard du soutien dans la période suivant le décès de leur proche.

Investigateur principal : **Dr. Edouard Leaune**





Pour aller plus loin



BADOC Rémy, BATT Agnès, BELLIVIER Frank (et al.)
Autopsie psychologique. Mise en oeuvre et démarches associées
Editions INSERM, 2008-05, 131 p.

L'objectif d'une autopsie psychologique est d'améliorer la prévention du suicide, en identifiant les facteurs de risque, les événements précipitants susceptibles d'être impliqués dans le geste suicidaire. Ce processus, développé aux Etats-Unis et au Canada, n'est pour l'instant pas appliqué en recherche en France car il n'existe pas de protocole standardisé. L'Inserm a réalisé cette expertise opérationnelle permettant de définir les grands principes et les pré-requis pour le développement de recherches utilisant l'autopsie psychologique. L'exemple d'une méthode d'autopsie psychologique utilisée au Nouveau-Brunswick complète le document.

- **Postvention**



International Journal of
***Environmental Research
and Public Health***

CREUZE Clémence, LESTIENNE Laurène, VIEUX Maxime, CHALANCON Benoit, POULET Emmanuel, LEAUNE Edouard

Lived Experiences of Suicide Bereavement within Families: A Qualitative Study"
International Journal of Environmental Research and Public Health, vol. 19 no. 20, 2022-10-11



HINTERMANN Mémona
Je n'ai pas su voir ni entendre. Comment faire face à la tentative de suicide d'un proche ?
Hugo Doc, 2021, 262 p.

Cet ouvrage est basé sur le témoignage de l'autrice, qui relate la tentative de suicide de son mari. Son récit mène aux causes de la dépression et des questions liées à la santé mentale. Son objectif est de sortir du tabou la question du suicide, pour aider à mieux repérer les tentatives et à les prévenir.



DURIF BRUCKERT Christine, CUVILLIER Bruno, ; LEAUNE Edouard
« Ca a été un choc, je me sentais coupable... »
Santé mentale, n°256, 2021-01-01, pp. 86-91

Si la confrontation au suicide d'un patient constitue un événement particulièrement déstabilisant au cours de l'internat en psychiatrie, il s'avère possible de le transformer en une expérience formatrice, à la condition d'un accompagnement institutionnel et pédagogique à la hauteur des effets qu'il induit chez ces jeunes praticiens.



MORGNY Cynthia, CHALMETON Pierre, LAMBERT Bérénice (et al.)
Derrière les masques la souffrance mentale des jeunes
FNORS, ORS Auvergne-Rhône-Alpes, ORS Bourgogne - Franche-Comté, ORS Centre-Val de Loire, Presses de l'EHESP, 2022, 151 p.

Dans le cadre d'un appel à projets de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) et trois Observatoires régionaux de la santé

(ORS) Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire) ont réalisé une enquête sociologique sur le parcours de jeunes suicidaires et suicidants en étudiant l'impact des actions et dispositifs de prévention du suicide. Cet ouvrage propose des pistes de réflexions sur l'adaptation des cadres et des dispositifs de suivi de la prise en charge de ces jeunes ; les origines et les différentes mécaniques du mal être jusqu'au passage à l'acte ; une réflexion sur les contextes et les mécanismes des adultes en oeuvre pour apporter de l'aide à ces jeunes ou au contraire pour les éviter ; les difficultés rencontrées par les professionnels du soin et de la relation ; le rôle des réseaux sociaux dans l'expression et l'écoute des idées suicidaires ; des ressources pour décoder les comportements et les paroles.



BAZINET Jeanne, GOHIER Chantal, PINSONNEAULT Danielle (et al.)
Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2021, 82 p.

Ce guide s'inscrit dans une dynamique de transfert de connaissance autour d'un projet visant à outiller ceux qui interviennent auprès d'enfants de 5 à 13 ans à risque suicidaire. Ce guide vise à outiller les intervenants qui accompagnent les enfants à risque suicidaire et leur entourage. Il fournit des balises pour soutenir le jugement clinique. Il se veut suffisamment général pour favoriser son utilisation dans une diversité de milieux de pratique et par une diversité de professionnels, mais également suffisamment concret pour soutenir les interventions. Il propose un processus clinique pour soutenir l'intervention auprès d'enfants à risque suicidaire et de leur entourage. Ce processus clinique se décline en trois dimensions transversales à l'intervention et en cinq étapes évolutives et flexibles qui doivent être adaptées au caractère unique de chaque situation. Il nécessite en tout temps une étroite collaboration avec l'enfant, son entourage et les autres professionnels de la santé et des services sociaux ou du milieu scolaire impliqués auprès d'eux.

Sitographie

INTERVENTIONS PROBANTES OU PROMETTEUSES EN PRÉVENTION DU SUICIDE

Dans le cadre du développement d'une prévention scientifiquement fondée s'inscrivant dans les préconisations de la Stratégie nationale de santé, la Direction générale de la Santé a confié à Santé publique France la mise en place d'un **registre français d'interventions validées ou prometteuses** en prévention et promotion de la santé. Ce registre est accessible sur https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/recherche/spf__internet_registre. Les interventions disponibles dans la première version de ce catalogue sont pour la plupart d'entre elles en cours d'étude ou d'évaluation. Nous présentons ci-après celles qui concernent la prévention du suicide :

- **OSTA : Organisation d'un suivi approprié après une tentative de suicide**

Centre hospitalier universitaire Bicêtre : Département de psychiatrie

En ligne : http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf__internet_registre/REG00000140

- **Projet Printemps, site Stop Blues**

Inserm UMR 1123

En ligne : http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf__internet_registre/REG00000243

- **SEYLE : Saving and Empowering Young Lives in Europe**

Karolinska Institute ; National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health (NASP) ; Department of Learning Informatics Management and Ethics (LIME)

En ligne : http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf__internet_registre/REG00000163

- **SIAM : Suicide Intervention Assisted by Messages**

CHRU de Brest

En ligne : http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf__internet_registre/REG00000225

- **VigilanS**

CHRU de Lille

En ligne : http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf__internet_registre/REG00000238

- **YAM : Youth Aware of Mental Health**

Centre Psychothérapique de Nancy (CPN)

En ligne : http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf__internet_registre/REG00000167

DU ROSCOAT Enguerrand, BROUSSOULOUX Sandrine, WALTER Michel (et al.)

[Prévenir le suicide. Connaissances et interventions. Dossier](#)

La Santé en action, n° 450, 2019-12, p. 35

Santé mentale OMS

https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health#tab=tab_1

Groupe McGill d'étude sur le suicide et Réseau québécois de recherche sur le suicide, la dépression et les troubles associés (Rqsdt)

<https://douglas.research.mcgill.ca/fr/groupe-mcgill-detudes-sur-le-suicide>

Intervenir en situation de crise suicidaire

<http://crisesuicidaire.ccdmd.qc.ca/>

Observatoire national du suicide

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/observatoire-national-du-suicide#toc-cr-ation-de-l-observatoire-national-du-suicide>

Groupement d'études et de prévention du suicide

<http://www.geps.asso.fr/>

Infosuicide

<http://www.infosuicide.org/>

Union pour la prévention du suicide

<https://www.unps.fr/>

ORSPERE SAMDARRA - Observatoire santé mentale, vulnérabilités et sociétés

<http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra.html>

Centre régional de prévention des conduites suicidaires - Institut régional Jean Bergeret

<https://www.institutbergeret.fr/conduites-suicidaires/>

Lignes d'écoute

<https://www.infosuicide.org/urgences-aide-ressources/lignes-decoute/>

Ressources et informations pour les personnes endeuillées après un suicide

<http://www.deuilapressuicide.fr/>

Association Christophe *La vie avant tout*

<https://www.christophe-lavieavanttout.com/>

Blog info suicide

<https://bloginfosuicide.blogspot.fr/>

Fondation Pierre Deniker pour la recherche et la prévention en santé mentale

<http://www.fondationpierredeniker.org/>

VigilanS

<http://dispositifvigilans.org/>

Papageno

<https://papageno-suicide.com/>

Pour aller plus loin,
consultez **Bib-Bop**, base de données en éducation et promotion de la santé, partagée et
alimentée par des centres de ressources en éducation et promotion de la santé des régions
Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bourgogne-Franche-Comté, Occitanie, Nouvelle-Aquitaine et
Normandie

Mais aussi :

SantéPsy est une base de données francophones spécialisée en psychiatrie et santé mentale.

<https://santepsy.ascodocpsy.org>

Cairn.info

Cairn.info est un portail web francophone de référence pour les publications de sciences humaines et
sociales.

<https://www.cairn.info/>



<http://www.bib-bop.org/>

CRES PACA
178, cours Lieutaud
13006 Marseille
04 91 36 56 95/98

cres-paca@cres-paca.org