

# Former en prévention du suicide

## Michel Walter,

chef de service, professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH) de psychiatrie, service hospitalo-universitaire de psychiatrie générale et de réhabilitation psychosociale 29G01 et 29G02, hôpital de Bohars, centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Brest, (Bohars), EA CAPHI CARE 7463, université de Bretagne occidentale,

## Cécile Omnès,

chefe de pôle, pôle 78G16, centre hospitalier de Plaisir (Plaisir).

En dehors des essais cliniques portant sur des médicaments et de l'évaluation des psychothérapies, 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 renouvelée

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 Sentinelles<sup>1</sup> 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 Évaluation<sup>2</sup>, 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 Intervention<sup>3</sup> [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 psychotraumatique) 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 renouvelée**

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

## **L'ESSENTIEL**

■ **La prévention du suicide en France repose en particulier sur la formation de trois intervenants aux missions distinctes : la sentinelle, l'évaluateur du potentiel suicidaire et l'intervenant de crise. Cette stratégie prend en compte les plus récents travaux scientifiques internationaux. 30 formateurs nationaux ont été formés en 2018-2019 et eux-mêmes vont former les intervenants sur l'ensemble du territoire. En toile de fond, l'éthique de l'inquiétude qui implique d'aller au-devant de l'autre en lui témoignant son souci.**

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 perspectives

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 efficace, 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 Kirkpatrick<sup>4</sup> [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.daveneefoundation.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](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-redir=1>

[8] Seguin M., Chawky N. *Formation sur l'intervention de crise dans le milieu* 24/7. 2<sup>e</sup> édition 2017.

[9] Audouard-Marzin Y., Kopp-Bigault C., Scouranec 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](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., Wälinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatrica*

*Scandinavica*, 1989, vol. 80, n° 2 : p. 151-154. En ligne : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0447.1989.tb01318.x?sid=nlm%3Apubmed>

[16] Hegerl U., Alhaus D., Schmidtko A., Niklewski G. The alliance against depression: 2-years evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine*, 2006, vol. 36, n° 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/BE44AF0FC227D3FC6004945F5E5486D>

[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](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-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-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>