

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

Prévenir le suicide : connaissances et interventions

La Santé en action : à lire désormais sur téléphones portables et tablettes.



Vous êtes habitué à lire vos revues sur votre Smartphone ou sur votre tablette ? Depuis le premier trimestre 2019, *La Santé en action* est disponible en format spécifiquement adapté à ces supports.

La Santé en action – la revue trimestrielle de Santé publique France – est consacrée exclusivement à la prévention, l'éducation et la promotion de la santé. Elle est destinée à l'ensemble des professionnels concernés (éducation, santé, social, etc.).

Il suffit de télécharger une application compatible avec la lecture de ce format (epub) pour bénéficier en particulier :

- ➔ d'un sommaire interactif qui permet d'accéder de manière sélective à l'article choisi ;
- ➔ d'une ergonomie adaptée au plus grand nombre ;
- ➔ de nombreux liens qui facilitent la navigation vers les ressources.

La Santé en Action :

- ➔ est disponible gratuitement en format numérique, en version pdf téléchargeable depuis le site de Santé publique France. Il est possible de consulter à tout moment l'ensemble des numéros et des **articles parus depuis 2000** ou le **dernier numéro paru** ;
- ➔ est accessible en abonnement. Il suffit de quelques clics sur la **page du site de Santé publique France** pour recevoir dans sa boîte mail la revue trimestrielle dès sa parution ;
- ➔ existe en version papier gratuite. Celle-ci reste cependant réservée aux professionnels exerçant dans des lieux collectifs (établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux, communes et collectivités, bibliothèques, etc.).

la Santé en action

est éditée par :

Santé publique France
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex – France
Tél. : 01 41 79 67 00
Fax : 01 41 79 67 67
www.santepubliquefrance.fr

Santé publique France est l'agence nationale de santé publique. Etablissement public administratif sous tutelle du ministère chargé de la Santé, l'agence a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et fait partie de la loi de modernisation du système de santé (loi n°2016-41 du 26 janvier 2016).

Directeur de la publication :
Jean-Claude Desenclos

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

PHOTOS :

Couverture : © Patrícia Cunha - « Umbrella Sky Project » - Lens 2017

DOSSIER :

Pages 4, 13, 14, 22 : © DR Vigilans Hauts de France

Pages 24 : © DR Vigilans Eure/Seine-maritime

Page 31 : © DR Vigilans Bretagne

Page 35 : © DR Vigilans Languedoc-Roussillon

RUBRIQUES :

Pages 39, 46 : © KMSP/Paris 2024

Page 42 : © SPL Deux Rives

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**

Réalisation graphique : **Jouve**

Impression : **Imprimeries La Galiote Prenant**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :

Marie-Josée Bouzidi (01 71 80 16 57)

sante-action-abo@santepubliquefrance.fr

N° ISSN : 2270-3624

Dépôt légal : 4^e trimestre 2019

Tirage : 7 000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont de la responsabilité de la rédaction

Dossier

PRÉVENIR LE SUICIDE : CONNAISSANCES ET INTERVENTIONS

Coordination :

Sandrine Broussouloux,
chargée d'expertise scientifique
en santé publique,

Enguerrand du Roscoät,
responsable de l'unité santé mentale,
Direction de la prévention
et de la promotion de la santé,
Santé Publique France,

Michel Walter,
professeur des universités,
praticien hospitalier, chef du Pôle
Psychiatrie, hôpital de Bohars, Centre
hospitalier universitaire de Brest,

Guillaume Vaiva,
professeur des universités,
praticien hospitalier, service de
Psychiatrie, hôpital Michel Fontan,
Centre hospitalier universitaire de Lille.

Introduction

4 _ Enguerrand du Roscoät,
Sandrine Broussouloux, Michel Walter,
Guillaume Vaiva

« Implanter sur le territoire des outils efficaces en prévention du suicide »

6 _ Entretien avec Franck Bellivier

Prévention du suicide : intérêt d'une approche multimodale

7 _ Vincent Jardon

Former en prévention du suicide

9 _ Michel Walter, Cécile Omnès

« Former pour mieux accompagner les personnes en souffrance psychique »

12 _ Entretien avec Pierre Vandel

Sentinelles : « Etre attentifs pour pouvoir identifier les facteurs de risque suicidaire »

14 _ Entretien avec Isabelle Haffner
et Karine Guignard

Le souci de l'Autre pour la prévention du suicide

16 _ Christophe Debien



© Patricia Cunha - « Umbrella Sky Project » - Lens 2017

« Être à l'écoute, adaptables, réactifs pour orienter aux mieux les patients à risque suicidaire »

19 _ Entretien avec Nathalie Haberkorn
et Nicolas Thiriet

« L'écoute sociale en prévention peut éviter une crise suicidaire »

21 _ Entretien avec Marc Fillatre

« Simplifier la prise en charge de l'urgence avec un guichet unique »

23 _ Entretien avec Pierre Thomas

Suicide, comment en parler ? Le programme Papageno

25 _ Pierre Grandgenèvre, Nathalie Pauwels,
Charles-Édouard Notredame

Service sanitaire des étudiants en santé : prévention en santé mentale chez les jeunes

29 _ Charles-Édouard Notredame, Pierre
Grandgenèvre, Frédérique Warembourg,
Amélie Porte, Nicolas Gaud, Marielle
Wathelet, Vincent Chouraki

« Démontrer qu'il existe des méthodes efficaces de prévention du suicide »

31 _ Entretien avec Jean-Pierre Kahn

Pour en savoir plus

33 _ Olivier Delmer, Lise Sainson

RECTIFICATIF

Contrairement à ce qui était indiqué dans le « Pour en savoir plus » du N° 449, en page 32, le dossier « Les compétences psychosociales des enfants et jeunes ados (3-15 ans) » a été réalisé non pas par l'agence régionale de santé d'Ile-de-France mais par l'association PromoSanté Ile-de-France. Avec toutes nos excuses.

Environnement, urbanisme, aménagement et santé des populations

38 _ Évaluation d'impact sur la santé des habitants : définition et modalités de mise en œuvre

Françoise Jabot

40 _ Évaluation d'impact sur la santé en Pays-de-la-Loire : quels enseignements pour les acteurs de la promotion de la santé ?

Françoise Jabot, Julie Romagon,
Guilhem Dardier

42 _ Strasbourg : des habitants collaborent à une évaluation d'impact sur la santé

Guilhem Dardier, Marion Oberlé

44 _ Morbihan : évaluation des impacts sur la santé du café associatif de Monteneuf

Entretien avec Hervé Strilka

45 _ Candidature de Paris 2024 aux Jeux : évaluation d'impact sur la santé

Céline Legout, Muriel Dubreuil

Prévention des violences

48 _ En Suisse, un programme de prévention des violences dans les relations amoureuses

Entretien avec Josefina De Pietro

Cinésanté

50 _ Santé et séries télévisées

Michel Condé

3

Sommaire
La Santé en action N° 450



Prévenir le suicide : connaissances et interventions

© DR Vigilius Hauts de France

Enguerrand du Roscoät, responsable de l'unité santé mentale, **Sandrine Broussouloux**, chargée d'expertise scientifique en santé publique, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, unité santé mentale, Santé publique France.

Michel Walter, professeur des universités, praticien hospitalier, chef du pôle psychiatrie, hôpital de Bohars, centre hospitalier universitaire de Brest,

Guillaume Vaiva, professeur des universités, praticien hospitalier, service de psychiatrie, hôpital Michel-Fontan, centre hospitalier universitaire de Lille,

Selon les dernières données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), 8 948 décès par suicide ont été enregistrés en 2015¹, positionnant la France à la 10^e place (sur 28) des pays de l'Union européenne² présentant les taux de suicide les plus élevés. En France, les conduites suicidaires représentent, tous âges confondus, la troisième cause de mortalité prématurée derrière les maladies cardiovasculaires et les tumeurs. En 2017, plus de 7 % de la population adulte métropolitaine déclaraient avoir tenté de se suicider au cours de leur vie et près de 5 % déclaraient y avoir pensé au cours de l'année [1].

Les travaux de recherche consacrés à l'étude des conduites suicidaires (voir les rapports de l'Observatoire national du suicide (ONS³) nous apprennent qu'au-delà des facteurs

individuels, les conduites suicidaires sont déterminées par des contextes socio-environnementaux (économie, emploi, milieu de vie, exposition aux violences, isolement, accès aux dispositifs de prévention et de prise en charge) qui influencent fortement le parcours de vie et la santé mentale des individus. Dans cette perspective, le suicide ne peut être réduit à un choix individuel et délibéré. À l'inverse, il est davantage l'expression d'un non-choix, d'une absence d'alternative perçue, visant à mettre un terme à une souffrance ou à une situation devenues intolérables. Ainsi, les actes suicidaires ne relèvent pas seulement de la responsabilité d'un individu, mais également d'une responsabilité collective et sociale, celle « du souci de l'autre [2] ».

L'ampleur du fardeau⁴ [3 ; 4 ; 5] associé aux conduites suicidaires, conjuguée au fait qu'il existe des interventions efficaces démontrées par la littérature scientifique [6] ont amené les acteurs du champ et les pouvoirs publics à s'inscrire résolument dans une démarche de prévention. L'ambition est d'obtenir une réduction des conduites suicidaires à court terme, plutôt qu'une lente décroissance des suicides telle qu'observée ces dix dernières années.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Léon C., Chan-Chee C., du Roscoät E., le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. Baromètre de Santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2019, n°s 3-4 : p. 38-47. En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_1.html

[2] 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, n° 45 : S3-S6. En ligne : <https://www.em-consulte.com/article/1268138/les-racines-philosophiques-du-%C2%A0rester-en-lien%C2%A0%C2%A0-la>

[3] Vaiva G., Genest P., Chastang F., Brousse G., Jardon V., Garré J. *et al.* Impact de la tentative de suicide sur les proches du suicidant : premiers résultats de l'étude Imtap. 42^e journée du Groupe de l'étude et de prévention du suicide, Versailles, 23-24 septembre 2010.

[4] Chan-Chee C. Les hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins de courte durée : évolution entre 2008 et 2017. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2019, n°s 3-4 : p. 48-54. En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_2.html

[5] Vinet M.-A., Le Jeanic A., Lefèvre T. *et al.* Le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France. *Revue épidémiologique de santé publique*, 2014, n° 62 : S62-S63.

[6] du Roscoät E., Beck F. Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature. *La Santé de l'homme*, Inpes, 2012, n° 422 : p. 41-42.

[7] Ministère des Solidarités et de la Santé. *Feuille de route. Santé mentale et Psychiatrie*. Jeudi 28 juin 2018. En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-jeudi-28-juin-2018>.

[8] Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. Paris : HCSP, 2016 : 74 p. En ligne : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=554>

[9] Ministère des Solidarités et de la Santé. Instruction N° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide. En ligne : https://www.apmnews.com/documents/201909171021140.Circulaire_prev-suicide-100919.pdf

À cette fin, des orientations ont été fixées par le ministère des Solidarités et de la Santé dans sa feuille de route « Santé mentale et Psychiatrie » du 28 juin 2018 [7]. Ces orientations, notamment fondées sur les travaux du Haut Conseil de la santé publique [8] et du Conseil national de la santé mentale (2016-2018), proposent d'associer deux objectifs complémentaires :

- un objectif de prévention générale autour de la promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles psychiques (du fait des liens étroits entre troubles psychiques et suicide). Il s'agit d'intervenir en amont, en renforçant les facteurs de protection individuels (développement des compétences psychologiques et sociales, soutien à la parentalité) avec des effets attendus à moyen et long terme, et en promouvant des milieux de vie et des environnements favorables à la santé mentale (famille, école, travail, accès aux soins et aux dispositifs d'accompagnement) ;

- un objectif de prévention ciblée (action n° 6 de la feuille de route), visant à intervenir à proximité du risque suicidaire, en développant un programme de prévention centré sur les personnes les plus à risque (personnes suicidaires, personnes avec antécédent de tentative de suicide, personnes dépressives). La stratégie, déclinée dans l'instruction du 19 juillet 2019 [9], est de proposer aux agences régionales de

santé de combiner à l'échelle de leurs territoires (approche multimodale) un ensemble d'actions identifiées dans la littérature scientifique comme étant efficaces. Il s'agit :

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

Ce sont ces actions, avec l'espoir qu'elles puissent réduire à court terme le nombre de décès et de tentatives de suicide, que le présent dossier se propose d'expliquer et d'illustrer. ■

1. Données CépiDc 2015. En ligne : <https://cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/interroger-les-donnees-de-mortalite>

2. Données Eurostat 2015. En ligne : <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00122/default/table?lang=fr>

3. Observatoire national du suicide (ONS). Trois rapports publiés et un quatrième à paraître en 2020. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons>

4. Fardeau humain (en moyenne, pour un suicide, 26 personnes sont directement ou indirectement endeuillées) [3], sanitaire (près de 90 000 hospitalisations en 2017, auxquelles s'ajoutent les passages aux urgences) [4] et économique (coûts directs et indirects estimés en 2009 à 10 milliards d'euros par an) [5].

UN DOSSIER CENTRAL ILLUSTRÉ AVEC LES « CARTES POSTALES » DU PROGRAMME VIGILANS

Ce dossier central « Prévention du suicide, connaissances et interventions » est illustré par les cartes postales qui permettent aux personnels de santé de maintenir un lien avec les personnes qui ont fait une tentative de suicide. Cet accompagnement et cette façon de prendre soin ont fait leurs preuves au niveau international. C'est la raison pour laquelle le programme Vigilans intègre ces cartes postales dans son dispositif de maintien du contact avec les personnes en situation de fragilité. Le Docteur Christophe Debien définit ainsi la place de ces cartes postales au cœur de ce programme : « On l'oublie souvent, le programme Vigilans conçu par le Pr Guillaume Vaiva comporte un pan épistolaire – ce sont ces cartes – tout aussi crucial que les appels téléphoniques pour maintenir le lien. Ces cartes postales étaient initialement utilisées lorsque le dispositif ne parvenait pas à rentrer en contact direct avec la personne, elles ont peu à peu pris une place à part entière dans le maintien du « lien ». En effet, très rapidement, les personnes ont pris le temps de nous répondre soit à l'occasion des vœux soit à chacun de nos envois... Nous avons ainsi perçu l'impact émotionnel que pouvaient véhiculer ces simples cartes et nous avons en retour mis en place une procédure de réponse ! Echanges à suivre... ». Et merci à l'ensemble des régions qui ont accepté de rassembler ces cartes pour qu'elles soient publiées dans La Santé en action.

La prévention du suicide est une priorité majeure de la politique de santé mentale mise en œuvre en France.

« Implanter sur le territoire des outils efficaces en prévention du suicide »

Entretien avec Frank Bellivier, délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie.

La Santé en action : Quel est le rôle de cette délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie que vous dirigez depuis 2019 ?

Franck Bellivier : Je reste chef du service de psychiatrie et de médecine addictologique de l'hôpital Lariboisière que j'ai rejoint en 2012 pour développer un nouveau projet hospitalier ; il s'agissait de rassembler des compétences pluridisciplinaires pour traiter les cas complexes de troubles de l'humeur et d'addictions. Je dirige une unité de recherche de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) sur l'optimisation thérapeutique des traitements psychotropes. Notre projet sur le développement de marqueurs biologiques pour prédire la réponse au lithium, en collaboration avec neuf pays, a été lauréat du programme européen Horizon 2020 *Research and Innovation*¹. La santé mentale est une priorité qui s'incarne dans la feuille de route de juin 2018. Pour crédibiliser la démarche, une équipe dédiée est chargée de la mettre en œuvre sous ma responsabilité. Elle est composée d'un secrétaire général qui apporte son expertise technique et administrative, et d'un cadre dédié à la veille sur les leviers et les méthodes de conduite du changement, notamment à l'étranger ; un second cadre aura vocation à accompagner les projets territoriaux de santé mentale, en appui aux agences régionales de santé, puisque la déclinaison de la feuille de route sur le terrain revient aux acteurs locaux.

S. A. : Quelles sont les points novateurs de la feuille de route « Santé mentale et Psychiatrie » dans le champ de l'action publique ?

F. B. : Ce document programmatique défend une approche holistique de la santé mentale, c'est son côté novateur. L'objectif est de

réorganiser le schéma classique de la prise en charge des patients, dont les actions principales – la prévention, l'offre de soin et la réinsertion – fonctionnaient jusqu'à présent en silo. Il s'agit de construire des parcours de soin en santé mentale qui mobilisent, en même temps et sur le long terme, ces trois ressources. Par exemple, ce n'est pas parce qu'une personne bénéficie d'un suivi psychiatrique qu'il faut arrêter l'accompagnement sur la prévention des addictions ; de même, les ressources visant à lutter contre la désinsertion (sociale, affective, professionnelle) doivent s'exercer dès le début du parcours de prise en charge. C'est à l'échelle préférentielle des départements que la mise en œuvre de cette nouvelle organisation sera pertinente, dans l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) qui visent à intégrer l'ensemble des ressources (prévention, sanitaires, médico-sociales et sociales) pour l'élaboration de ces parcours. Ces projets devront tenir compte d'une démographie médicale qui va rester difficile pendant encore une dizaine d'années. Leur conception doit impliquer les usagers, selon le principe « rien pour nous sans nous ». Ils doivent soutenir le développement de pratiques plus respectueuses des droits des malades, selon des recommandations en vigueur depuis déjà plusieurs années.

S. A. : Quelles sont les actions de prévention du suicide mises en place dans le cadre de la politique de santé mentale ?

F. B. : La prévention du suicide est une priorité depuis vingt ans et les chiffres des décès par suicide en France demeurent préoccupants. Il y a une volonté politique ainsi qu'une mobilisation de la communauté soignante pour implanter sur le territoire des outils efficaces en matière de prévention, tel le dispositif VigilanS en cours de déploiement, qui prévient la récurrence en organisant un maintien du contact et un suivi des personnes ayant commis une tentative de suicide ; la dynamique est bonne puisque celui-ci est réalisé à 50 %. Papageno est

L'ESSENTIEL

► **En 2018, la France s'est dotée d'une feuille de route « Santé mentale et Psychiatrie », au sein de laquelle la prévention du suicide occupe une place première. Les outils efficaces en matière de prévention ont été identifiés, l'enjeu est désormais leur mise en œuvre.**

un programme pédagogique auprès des médias pour les sensibiliser à une façon de communiquer sur le suicide permettant de lutter contre la contagion suicidaire. La formation de « sentinelles » est également une initiative essentielle pour – dans la vie quotidienne, dans le milieu professionnel ou autre – repérer et orienter les personnes en souffrance. S'y ajoute un programme supplémentaire, portant sur les premiers secours en santé mentale dans le milieu étudiant, fondé sur le même principe ; des volontaires sont formés pour repérer leurs camarades qui ne vont pas bien et jouer le rôle de médiateur vers les soins. Voilà un ensemble de mesures complémentaires au service d'un projet sociétal qui implique un changement de regard de tous sur le suicide et sur la maladie psychiatrique. ■

Propos recueillis par **Nathalie Quéruel,** journaliste.

1. Recherche et Innovation (NDLR).

Prévention du suicide : intérêt d'une approche multimodale

Dr Vincent Jardon,
responsable Hauts-de-France du dispositif
VigilanS, hôpital Fontan, centre
hospitalier universitaire (CHU) de Lille.

La prévention des conduites suicidaires est une priorité de santé publique, la mort par suicide représentant la troisième cause d'années de vie perdues pour la population française [1]. Le nombre total des décès dus à cette cause a diminué ces dernières années ; cependant, la France reste parmi les pays d'Europe qui enregistrent les taux les plus élevés [2]. Les modèles de prévention s'appuyant sur un découpage en prévention primaire – actions visant à réduire la fréquence d'une maladie –, secondaire – actions visant à la détection et au traitement précoce d'une maladie –, et tertiaire – actions visant à réduire la progression et les complications de la maladie –, issus de la fin des années 1950, ont semblé peu adaptés au contexte particulier de l'épidémiologie du suicide [3] et ont amené à plutôt s'appuyer sur le modèle proposé par Gordon [4] et repris par l'Institute of Medicine de Washington [3]. Ce modèle propose une approche par populations et se décline :

- en prévention universelle (à destination de la population générale) ;
 - en prévention sélective (centrée sur des groupes à risque identifiés) ;
 - en prévention ciblée ou indiquée (qui vise les personnes ayant déjà manifesté un ou des comportements associés à la problématique).
- Ces concepts se réfèrent ainsi aux groupes sur lesquels on peut agir plutôt que directement sur l'événement à prévenir.

Une des grandes difficultés dans la recherche sur le suicide est d'arriver à produire un résultat statistiquement significatif sur la baisse de la mortalité, au vu des effectifs qu'il serait nécessaire d'inclure dans ces recherches, l'événement « mort par suicide » étant relativement rare (on estime par exemple entre 1 et 2 % le nombre de patients qui vont décéder par suicide l'année qui suit une tentative de suicide [5]). Nombre de résultats sont à peine significatifs et seules des méta-analyses cumulant un nombre suffisant d'études arrivent

à faire ressortir un effet positif des dispositifs et des interventions sur la mortalité [6]. Ainsi, selon Elizabeth Ballard [7], dans le cadre de la prévention du suicide, un modèle de causalités multiples requiert une approche multimodale, que ce soit dans le domaine de la recherche ou dans le domaine des interventions à proposer.

L'intérêt des interventions à composantes multiples

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 2014, dans son rapport *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial* [8], fait état de l'intérêt de proposer des interventions « à composantes multiples » et rapporte que des études montrent que l'intégration d'interventions multiples produit des effets cumulés et synergiques. Qu'on appelle ces stratégies combinées multiniveaux, multimodales, multisectorielles ou à composantes multiples, l'approche qu'elles proposent gagne du terrain, montre un réel progrès dans l'effort actuel de prévention du suicide et s'intègre au mieux dans les stratégies nationales de prévention. Quelques expériences à l'étranger ont tenté de mettre en application ces principes.

Deux expériences ont à ce titre été marquantes :

- un programme de l'*US Air Force* de 1996, combinant 11 approches, dont la formation de sentinelles, l'amélioration du rôle de prévention des professionnels de santé mentale, la mise en place d'un système complet de services psychosociaux, avec une baisse des suicides de 33 % [9] ;
- à Nuremberg en 2000, avec un programme alliant formation des médecins généralistes au repérage, au traitement et à l'intervention de crise, une campagne d'information vers le grand public et les médias, sensibilisation des facilitateurs communautaires, soutien des groupes à risque (déprimés, suicidants et proches), qui obtient une baisse des tentatives de suicide de 26 % à deux ans [10].

Du Connecticut

Plus récemment, dans le Connecticut aux États-Unis, un programme appelé *Signs Of Suicide*¹ (SOS) [11] a été mis en place au sein d'établissements scolaires de type lycées

techniques depuis le début des années 2000, à destination des élèves de 15 ans. Il contient :

- un volet éducation à la santé formant ces élèves à mieux reconnaître et à mieux comprendre chez un proche les signes de dépression, de vulnérabilité suicidaire et à savoir quelle conduite adopter ; il s'agit donc d'un programme de formation de « pairs-sentinelles » ;

- un volet qui propose aux élèves une auto-évaluation de la dépression, des idées suicidaires et qui explique comment rechercher de l'aide dans ces situations (savoir à qui s'adresser, mieux connaître les conditions d'accès aux soins...).

- Une évaluation a été effectuée sur 650 élèves répartis dans 17 établissements durant les années 2007 à 2009, qui a permis de conclure à :

- une efficacité de ce programme avec une baisse importante du nombre de tentatives de suicide des élèves dans les trois mois qui ont suivi l'implantation de ce programme ;
- une meilleure connaissance sur le repérage ;
- leur capacité à intervenir auprès d'autres élèves.

Au Québec

En 2000, un programme québécois, Ensemble pour la vie, s'est lui centré sur la question de la prévention du suicide auprès des forces de police de la région de Montréal, en proposant de combiner quatre approches :

- une formation d'une demi-journée destinée à tout le personnel de police, sur la thématique du suicide, sa prévention et sur la façon d'aider un collègue en difficulté ;
- la création d'une ligne téléphonique pour les officiers de police en demande d'aide sur différents sujets – problème au travail, orientation sexuelle, exposition à une situation traumatique, problème de dépendance (alcool, jeu...), problème de couple ou relationnel – ;
- une formation d'un jour auprès des supérieurs par des psychologues pour mieux identifier les personnes à risque et mieux les aider ;
- une campagne de publicité pour informer les policiers sur le programme en cours (articles dans les journaux professionnels, affiches dans les commissariats, distribution d'une

brochure à chacun des membres de la police). Là encore, une évaluation [12] menée sur 4 178 policiers, couvrant douze années, a permis de montrer qu'ils avaient une bonne connaissance du programme – qu'ils trouvaient par ailleurs utile. Surtout, il a été constaté une baisse importante du nombre de suicides dans la population ciblée (- 79 %) en comparaison aux autres forces de police du Québec (+ 11 %).

Un article scientifique récent de Hofstra [5] a fait le point sur les différentes stratégies de prévention évaluées lors de ces dernières années. À nouveau, ces deux programmes (présentés ci-avant : Connecticut et Québec) qui combinent plusieurs approches ressortent particulièrement de cette analyse, puisque leur efficacité apparaît supérieure à celle des autres programmes. Il semble même que plus un programme fait le choix de combiner différents niveaux d'action, plus son niveau d'efficacité est important. En effet, l'efficacité totale du programme apparaît supérieure à la somme des effets imputables à chacune des parties du programme. Ainsi, un programme multimodal de prévention du suicide permet de retirer un bénéfice maximal de ses différentes composantes en permettant une synergie.

De plus, un article récent de Matsubayashi [13] montre que les pays qui ont fait l'effort de se

doter d'un programme national de prévention du suicide ont eu de meilleurs résultats sur la mortalité que les pays comparables sans plan national.

En France : Vigilans

En France, un programme de veille [14] auprès de patients ayant réalisé une tentative de suicide (Vigilans) a été implanté dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais depuis 2015. Ce type de prévention apparaît pleinement s'inscrire dans cette démarche en déclinant plusieurs actions au fur et à mesure de son implantation : en plus de la veille par appel téléphonique et/ou par carte postale s'est ajoutée une dimension de mise en réseau puisque les médecins traitants, les services d'urgences, les psychiatres ont aujourd'hui identifié ce dispositif sur lequel ils s'appuient plus volontiers. Ce réseau s'étend encore davantage aujourd'hui, en y incluant tous les dispositifs médico-sociaux et le milieu associatif. En parallèle a émergé le besoin de mieux se former à l'évaluation du risque suicidaire et à l'intervention en situation de crise auprès des différents intervenants de ce réseau nouvellement constitué. Ce programme est en cours d'extension à l'ensemble du territoire national (voir les autres articles sur *Vigilans* dans ce même dossier).

En complément, un programme multimodal de prévention du suicide en commun avec nos amis québécois est prévu pour 2020 sur les deux territoires (France et Québec). Coopération Québec-France sur la dépression et l'isolement (CQFDi) [15] combine les trois approches :

- universelle avec un site Internet visant à améliorer la « littératie² » sociale en population générale ;
- sélective avec la formation des médecins généralistes et des travailleurs sociaux au dépistage, à l'évaluation et à l'orientation des personnes présentant des facteurs de risque tels que la dépression et l'isolement ;
- ciblée avec le maintien d'un lien (suivi et recontact téléphonique) des suicidants et des personnes isolées.

En conclusion, il apparaît assez nettement que la complexité que nous propose la prévention des conduites suicidaires doit nous amener à prévoir une stratégie de prévention multimodale, combinée, couvrant l'ensemble de la population tout en s'adaptant à certaines spécificités, dans un cadre d'action de prévention national. ■

1. Signes de suicide (NDLR).

2. Aptitude à lire, à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie quotidienne (NDLR).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Mouquet M.-C., Bellamy V. Suicides et tentatives de suicide en France. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) *Études et Résultats*, mai 2006, n° 488. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er488.pdf>

[2] *Suicide rate estimates, age-standardized. Estimates by country*. Observatoire de la santé mondiale – Organisation mondiale de la santé (OMS). En ligne : <http://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEASDRREGV?lang=fr>

[3] Committee on Prevention of Mental Disorders Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders, Institute of Medicine Washington, Mrazek P. J., Haggerty R. J. (éds.) *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. 1994. En ligne : <https://www.nap.edu/catalog/2139/reducing-risks-for-mental-disorders-frontiers-for-preventive-intervention-research>

[4] Gordon R.S. *An operational classification of disease prevention*. Public Health Reports, 1983, vol. 98, n° 2 : p. 107-109. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424415/pdf/pubhealthrep00112-0005.pdf>

[5] Hofstra E., van Nieuwenhuizen C., Bakker M., Özgül D., Elfeddali I., de Jong S. J. *et al.* Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 8 mai 2019 pii: S0163-8343(18)30509-7. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31078311>

[6] Vuagnat A. Recurrence and mortality 1 year after hospital admission for non-fatal self-harm: a nationwide population-based study. *Epidemiology and Psychiatric Science*, février 2019, n° 18 : p. 1-10.

[7] Ballard E. D., Zarate C.A. Jr. Preventing suicide: A multicausal model requires multimodal research and intervention. *Bipolar Disorders*, septembre 2018, vol. 20, n° 6 : p. 558-559. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6175633/pdf/nihms960112.pdf>

[8] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Prévention du suicide. L'état d'urgence mondial*. OMS, 2014 : 89 p. En ligne : https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/

[9] Knox K. L., Litts D. A., Talcott G. W., Feig J. C., Caine E. D. Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *British Medical Journal*, 13 décembre 2003, vol. 327, n° 7428 : 1376. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC292986/>

[10] Hegerl U., Althaus D., Schmidtke A., Nikiewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce

suicidality. *Psychological Medicine*, septembre 2006, vol. 36, n° 9 : p. 1225-1233. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16707028>

[11] Schilling E. A., Aseltine R. H. Jr., James A. The SOS Suicide Prevention Program: Further Evidence of Efficacy and Effectiveness. *Prevention Sciences*, février 2016, vol. 17, n° 2 : p. 157-166. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26314868>

[12] Mishara B. L., Martin N. Effects of a comprehensive police suicide prevention program. *Crisis*, janvier 2012, vol. 33, n° 3 : p. 162-168. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3380405/>

[13] Matsubayashi T., Ueda M. The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social Science & Medicine*, novembre 2011, vol. 73, n° 9 : p. 1395-400. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21940085>

[14] Jardon V., Debien C., Duhem S., Morgiève M., Ducrocq F., Vaiva G. Un exemple de système de veille post-hospitalière des suicidants. *L'Encéphale*, 2019, n° 45, Suppl. 1 : S13-S21. En ligne : <https://www.em-consulte.com/es/article/1268135/un-exemple-de-systeme-de-veille-post-hospitaliere>

[15] Kopp-Bigault C., Walter M. Prévention du suicide des personnes âgées en France. Vers une stratégie multimodale de lutte contre la dépression et l'isolement : CQFDi. *L'Encéphale*, 2019, vol. 45, Suppl. 1 : S35-S37. En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700618302057>

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 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 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 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.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

[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^e 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

[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

[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

[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>

« Former pour mieux accompagner les personnes en souffrance psychique »

Entretien avec Pierre Vandel,

psychiatre au centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Besançon.

La Santé en action : Dans quels organismes exercez-vous des responsabilités ?

Pierre Vandel : Je suis professeur de psychiatrie à la faculté de médecine de Besançon, université de Franche-Comté et praticien hospitalier au centre hospitalier régional universitaire (CHRU), chef de service de la psychiatrie de l'adulte. Par ailleurs, j'exerce le rôle de coordonnateur de la fédération dédiée à la prise en charge psychiatrique du sujet âgé sur l'ensemble du territoire couvert par l'Association hospitalière de Bourgogne Franche-Comté.

Enfin, je suis formateur en prévention du suicide depuis 2001. Dans cette décennie, notre binôme de formateurs – psychiatre-psychologue – a formé des professionnels à l'évaluation de la crise suicidaire. L'objectif était de proposer des outils d'évaluation de la crise suicidaire et de sensibiliser un certain nombre de métiers de terrain, non seulement les professionnels de santé, mais aussi d'autres professionnels tels que les policiers, le personnel de l'Éducation nationale, les aides à domicile qui sont au contact des personnes âgées, etc.

S. A. : Comment a évolué ce dispositif de formation en prévention du suicide ?

P. V. : En 2018, la nouvelle stratégie de prévention a actualisé le modèle qui avait été déployé dans les années 2000. Elle s'articule désormais autour de trois

niveaux : la sentinelle, l'évaluateur, l'intervenant de crise. La sentinelle a une fonction de repérage et d'orientation. Il s'agit donc d'investir des personnes volontaires dans leurs fonctions et de les sensibiliser. Ces sentinelles – dans leur milieu professionnel, dans une association sportive ou un club du troisième âge par exemple – vont être attentives aux signes d'une crise suicidaire et vont pouvoir alerter.

Ensuite, l'évaluateur doit être en mesure d'évaluer le potentiel suicidaire et de proposer des recours ; les évaluateurs sont des professionnels de santé au sens large, spécifiquement formés à ce rôle.

Enfin, l'intervenant de crise précise le type de crise et propose les premiers gestes d'accompagnement. Il s'agit en général des professionnels en santé mentale.

Par ailleurs, en 2018, dans le cadre de notre binôme psychiatre-psychologue formateur en prévention du suicide, ma collègue et moi-même avons actualisé nos compétences ; nous intégrons cette nouvelle approche dans la formation des anciens formateurs régionaux et des nouveaux, ce qui est notre mission principale. En quatre jours, nous devons transmettre à ces binômes – psychologue-infirmier, médecin-clinicien – la méthodologie et les outils permettant de former les personnes-ressources des trois niveaux évoqués : sentinelle, évaluateur, intervenant de crise. Enfin, j'anime aussi des sessions de formation en prévention du suicide directement auprès de certains publics concernés, professionnels de santé dans les hôpitaux ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), ainsi qu'auprès des personnels de l'Éducation

L'ESSENTIEL

▣ **La formation des professionnels et des autres personnes-ressources à la prévention du suicide est l'un des cinq axes prioritaires du plan national mis en œuvre pour prévenir les conduites suicidaires. L'objectif est de former les intervenants – sentinelles, évaluateurs des situations, intervenants de crise – au plus près du terrain.**

nationale – enseignants, conseiller principal d'éducation (CPE), assistant d'éducation, etc. – dans le cadre d'un programme de déploiement de sentinelles, organisé par l'académie de Besançon.

S. A. : Comment s'organise la collaboration entre les formateurs en prévention du suicide, l'hôpital et l'agence régionale de santé ?

P. V. : Une charte a été signée entre le CHRU de Besançon et la Direction générale de la santé, permettant à un formateur de l'établissement de consacrer dix journées par an à la formation sur son temps de travail, et ce afin de déployer sur la région la nouvelle stratégie de prévention. Une fois le besoin identifié, nous nous tournons vers l'agence régionale de santé (ARS) qui doit mettre en place la logistique et débloquer un budget de financement. Cette organisation est complexe, car elle implique deux directions : la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) dont relève la formation des formateurs et la Direction générale de la santé, dont relève la formation des professionnels de santé. Par ailleurs, il faut identifier



© DR Vigilans Hauts de France

et retenir des priorités en fonction de l'épidémiologie du suicide sur notre territoire, afin de mettre en place les actions les plus adaptées aux facteurs de risques locaux. Ce sont des choix dont il faut discuter.

S. A. : Quelles difficultés rencontrez-vous sur le terrain ?

P. V. : Les demandes sont nombreuses et nous ne parvenons pas à y répondre dans le cadre du budget alloué. L'enjeu de former des formateurs est pourtant primordial afin d'essaimer au maximum. Par ailleurs, les formateurs, agents de la fonction publique, se heurtent à des difficultés pratiques pour dégager les temps de formation sur leur temps de travail.

S. A. : Les différentes formations dispensées ont-elles permis de structurer un réseau de prévention du suicide sur le territoire ?

P. V. : Nous avons déjà constitué, depuis 2001, un assez bon maillage territorial. Par exemple, deux personnes sont formées dans chaque établissement scolaire, y compris dans l'enseignement agricole et l'enseignement catholique privé. Nous avons aussi agi auprès des travailleurs sociaux qui mettent en place les aides au maintien à domicile des personnes âgées afin qu'ils puissent repérer auprès de ce public une crise suicidaire. Tout cela crée une dynamique, avec

de plus en plus d'intervenants qui sont au fait du sujet, parlent le même langage et peuvent fonctionner sur le même mode en s'emparant d'outils communs.

Bien sûr, ceci est encore largement perfectible, d'autant que le suicide reste tabou : il fait peur. Certains professionnels considèrent qu'il n'est pas de leur ressort de s'en préoccuper ; c'est le travail du professionnel de santé. Il en est de même pour les médecins traitants, qui sont pourtant en première ligne pour repérer des signaux ; ils jugent que c'est l'affaire des psychiatres. Il est vrai que nous avons quelques difficultés à proposer les formations aux médecins généralistes qui disposent de peu de temps. Intégrer ce module dans leur formation continue n'est pas aisé tant ils ont d'autres priorités. L'idée serait de proposer les formations en amont, quand ils sont internes, mais cette démarche est encore balbutiante et se fait sur la base du volontariat.

S. A. : Quel est l'enjeu de former ces professionnels et ces personnes-relais à la prévention du suicide ?

P. V. : L'objectif est clair : faire diminuer le nombre de décès par suicide ; parce que le repérage des personnes en souffrance et en crise sera mieux fait ; parce que le relais sera transmis à des structures en mesure de proposer un accompagnement adapté. Je crois aussi que la sensibilisation d'un large

public, au-delà des seuls professionnels concernés par le traitement de la souffrance, participe aussi à « déstigmatiser » la question du suicide – et la maladie mentale de façon générale.

S. A. : Comment s'intègre la formation des personnes-ressources dans le dispositif plus global de prévention du suicide ?

P. V. : La politique globale de prévention est une démarche multimodale qui se met en place progressivement. Dans ce cadre, la formation de personnes ressources est un axe de prévention parmi les cinq qui ont été reconnus efficaces. Il s'agit du maintien du contact avec la personne qui a fait une tentative de suicide ; de la formation actualisée au repérage de la crise suicidaire, à son évaluation et à l'intervention ; de la prévention de la contagion suicidaire en communiquant dans les médias ; de la mise en place d'un numéro national de prévention du suicide ; d'une meilleure information du public. L'une ne doit pas prendre le pas sur l'autre, car ces actions sont complémentaires. Cette approche globale permet d'affirmer que le suicide concerne tout le monde. Chacun peut se doter d'un « brevet de secourisme psychique », pas besoin d'être spécialiste pour faire des premiers gestes. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

Sentinelles : « Être attentifs pour pouvoir identifier les facteurs de risque suicidaire »

Entretien avec
Isabelle Haffner,
 assistante d'éducation (AED),
Karine Guignard,
 infirmière scolaire,
 lycée polyvalent Xavier-Marmier, Pontarlier.

La Santé en action : **Pourriez-vous décrire la mission d'une sentinelle ?**

Isabelle Haffner : C'est d'abord une personne qui dispose d'une qualité d'écoute et d'une volonté d'entraide. Dans son quotidien de travail, son rôle est de repérer les élèves en souffrance, de manifester sa préoccupation pour cet état de mal-être et de les orienter si besoin vers le personnel compétent qui pourra les accompagner. Le professionnel « sentinelle » doit être formé, soutenu et reconnu par sa communauté de travail. Il faut être attentif pour pouvoir identifier les facteurs de risque chez les élèves : tristesse, isolement, changement dans le comportement, manque d'appétit à la cantine, disputes, absentéisme, signes physiques (hématomes, scarifications...). Il est aussi nécessaire de savoir mettre l'élève en confiance, sans le juger, ni le culpabiliser pour qu'il se confie à vous. Il est également important de bien comprendre les limites de cette mission, c'est-à-dire ne pas chercher à résoudre le problème soi-même et être en mesure de passer le relais.

Karine Guignard : Ce que j'attends des assistants d'éducation (AED) « sentinelles » de notre établissement, c'est qu'ils soient en vigilance accrue, que le souci qu'ils ont des élèves leur permette d'identifier les facteurs de risque qui doivent alerter et qu'ils



© DR Vigilius Hauts de France

puissent ensuite en référer, sans perte de temps, aux personnes ressources : infirmière, conseiller principal d'éducation (CPE), proviseur.

S. A. : **Dans quel contexte jouez-vous ce rôle de veille ?**

I. H. : Je suis assistante d'éducation à mi-temps à l'internat des filles, qui accueille pendant la semaine environ 160 lycéennes, encadrées par six AED. L'internat, c'est un lieu de vie, rythmé par des temps – le repas, l'étude, le quartier libre –, où l'appel est fait trois fois avant le coucher à 21 h 45. Nous sommes au plus près des élèves. Le soir est un moment propice aux échanges et donc aux confidences. C'est peut-être aussi pendant ces instants que certains peuvent ressentir davantage la séparation avec leur famille.

K. G. : Pour les lycéens qui arrivent en seconde, l'internat est souvent une première expérience. Il

leur faut à la fois du « cocooning¹ » et de la fermeté. Les élèves accueillis ont des profils très divers. L'éloignement géographique ne permet pas à certains de rentrer chez eux. Pour d'autres, l'internat est une alternative pour s'éloigner d'un milieu familial difficile. Quelle que soit la situation, il faut être attentif. Les assistants d'éducation « sentinelles » de jour sont confrontés à d'autres problématiques, mais ils s'avèrent tout aussi importants dans le repérage des signes de mal-être.

S. A. : **Comment intervenez-vous concrètement ?**

I. H. : Lorsque certains signes me laissent à penser qu'une ou un élève ne va pas bien ou se trouve en difficulté, j'essaie d'engager la discussion tout en respectant son intimité. Je l'invite à boire une tisane dans le petit salon afin de créer un climat

L'ESSENTIEL

▣ **Le lycée polyvalent Xavier-Marmier, à Pontarlier (Doubs), accueille près de 1 500 élèves, dont 280 en internat. Une assistante d'éducation et une infirmière ont suivi la formation « Prévention du risque suicidaire », la première pour devenir « sentinelle », la seconde pour mieux repérer la crise suicidaire. Témoignages croisés.**

d'empathie et d'échanger sans être dérangé.e.s. J'essaie de comprendre ce qui se passe en posant des questions, sans être intrusive. En formation, on apprend des techniques pour mener ce type d'entretien. Il n'y a pas vraiment de protocole sur la protection de la parole de l'élève. Je m'engage à respecter la confidentialité, tant que la situation ne me semble pas préoccupante. Dans le cas contraire, je m'efforce de convaincre l'élève de consulter l'infirmière en lui expliquant qu'il ou elle n'est pas seul.e et que des solutions existent. En fonction de la gravité de la situation, je l'informe que je dois en référer à d'autres personnes (infirmière, CPE, proviseur).

K. G. : Lorsque je réalise une consultation dans ce cadre, les informations que peut apporter le professionnel « sentinelle » sont indispensables, car ce que l'élève va confier pendant l'entretien n'est pas toujours suffisant. De plus, cela évite à l'élève de répéter ce qu'il a déjà confié, surtout lorsque les sujets évoqués sont complexes ou douloureux à exprimer. En fonction de ce que je connais déjà de la situation de l'élève : médicale (ex : troubles psycho-pathologiques, conduites addictives...), familiale, et de ce que je sais de son parcours scolaire (victime de harcèlement, en décrochage scolaire, absentéisme...), je mets en lien les données et j'évalue la situation lors d'un entretien (technique d'entretien permettant l'évaluation du potentiel suicidaire en s'appuyant sur un outil appelé Urgence, Dangerosité, Risques (UDR)). J'assure des astreintes

à l'internat trois nuits par semaine et ce moment est l'occasion d'échanger avec Isabelle et les autres AED.

I. H. : Nous pouvons aussi rédiger des rapports écrits plus détaillés à l'infirmière et au CPE. Dans les cas urgents, lorsque l'infirmière n'est pas là, nous avons la possibilité de contacter le CPE, le cadre de garde et, en dernier recours, d'appeler le 15.

S. A. : Quelles difficultés éventuelles rencontrez-vous ?

I. H. : Avec une trentaine d'adolescentes sous ma responsabilité, je suis prise par le temps et il n'est pas aisé de dégager des moments pour avoir une conversation un peu approfondie. Les élèves nous confient parfois des choses difficiles et c'est frustrant de ne pas avoir de réponse immédiate à leur apporter. Et puis, on rentre chez soi, avec ce vécu un peu pesant sur les épaules. Il n'y a pas de supervision de notre travail de sentinelle ; mais nous avons un bon relationnel avec Karine. Elle est tenue au secret professionnel et ne peut pas nous donner tous les éléments, mais elle nous aide dans la prise en charge quotidienne des élèves. Si l'histoire personnelle d'une élève me touche trop, je sais que je peux en parler avec elle.

S. A. : Pouvez-vous nous relater une situation dans laquelle vous êtes intervenue ?

I. H. : À la rentrée, nous ne connaissons pas bien les élèves de seconde. J'ai remarqué une adolescente qui s'isolait, pleurait assez souvent. Elle avait eu une vive altercation avec un autre élève. Un soir, je lui ai demandé qui était cette belle femme sur la photo qu'elle avait exposée dans sa chambre. Cela a été un déclencheur. Elle m'a raconté que ses parents avaient divorcé et que sa mère ne vivait plus en France. Je suis restée vigilante et à son écoute et, comme son état ne s'améliorait pas, je l'ai persuadée d'aller consulter l'infirmière.

S. A. : Qu'est-ce qui vous a conduit personnellement à devenir sentinelle ?

I. H. : Cela fait trois ans que je suis assistante d'éducation. J'accorde une grande importance à la relation avec les élèves. J'ai pu parfois me sentir démunie devant leur désarroi ou leur

mal-être. Je cherchais des outils afin de pouvoir mieux y répondre. C'est pourquoi je me suis portée volontaire pour suivre la formation d'une journée « Prévention du risque suicidaire », animée par un psychiatre. Nous étions vingt AED, dont une dizaine étaient issus du lycée Xavier-Marmier. La formation s'est déroulée autour des représentations, puis sous forme de jeux de rôle, de simulations, d'études de cas concrets. C'était également intéressant d'échanger avec les AED d'autres lycées.

Cette formation apporte beaucoup. D'une part, je sais maintenant davantage de quoi je parle, s'agissant de la souffrance psychologique, et comment en parler. Cela conforte ce que l'on peut faire de façon un peu intuitive. Cela permet une meilleure prise en charge des élèves. Cela facilite aussi le travail en équipe et les échanges. Avec mes collègues qui ont suivi la même session, nous sommes sur la même longueur d'onde et si nous avons besoin de nous épauler, nous nous comprenons mieux. D'autre part, cette formation est également une forme de reconnaissance de ma pratique ; c'est une satisfaction personnelle, le sentiment de pouvoir bien faire son travail. Cela veut dire que, dans notre métier, nous sommes le premier maillon d'une chaîne de vigilance et que l'on reconnaît l'importance de notre rôle. Nous apportons notre pierre à l'édifice pour que les jeunes qui ne vont pas bien puissent accéder à une prise en charge psychologique si besoin. ■

Propos recueillis par **Nathalie Quérue**, journaliste.

1. Une douce attention particulière (NDLR).

Le souci de l'Autre pour la prévention du suicide

Dr Christophe Debien,
responsable Hauts-de-France du dispositif
VigilanS.

« Je vais aller sur le pont... »
« ...mais si quelqu'un me
sourit en chemin, je ne saurais 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 Service*¹) 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 management*² ont inspiré au pionnier du sujet, Jérôme Motto, la notion de *connectedness*³ [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 letters*⁴ », 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 (« *postcards* » 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 1^{er}, 2^e, 3^e, 4^e, 6^e, 8^e, 10^e et 12^e mois.

- Le recontact téléphonique systématique des suicidants a été proposé par une équipe française et fut mené dans la région Nord – Pas-de-Calais

L'ESSENTIEL

► Ému par les derniers écrits de personnes qui se sont suicidées, le psychiatre Jérôme Motto a eu l'idée de recontacter toutes les personnes ayant fait une tentative de suicide. Cette « sollicitude prévenante » qui caractérise ce qui est désormais appelé la « postvention » s'est développée depuis dans de nombreux pays dont la France avec notamment le programme VigilanS.

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 10^e et le 21^e 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, page 18*).

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] Walter M., Jousset D., Traisnel C., Berrouiguet 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 controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services*, 2001, vol. 52, n° 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: randomized controlled trial of an intervention using postcards 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: randomised 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, n° 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.

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

Pour qui ? et quand ? Pour tout suicidant ! À la sortie de votre service.
C'est à cet instant que la veille commence.

VigilanS, c'est VOUS



Carte-ressource

Une simple carte ? Non, c'est l'engagement que VigilanS sera là, au bout du fil, au cas où...



Formulaire d'info

Un mini-mode d'emploi destiné à vos patients afin qu'ils comprennent ce que la veille signifie.



Fax

C'est par lui que la veille peut démarrer : dès que vous l'envoyez, VigilanS s'active.

VigilanS, c'est NOUS



Contact du partenaire de santé

Un courrier est envoyé aux équipes de soin à l'entrée et à chaque contact de la personne avec VigilanS.

Entre J10 et J21

Les non-primosuicidants seront rappelés par VigilanS et un compte-rendu vous sera envoyé.

1 fois/mois pendant 4 mois

Envoi d'une carte postale.

03 20 44 48 48

Un numéro dédié aux professionnels en cas de besoin.



**VOUS + NOUS
=
LÀ POUR EUX !**

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'urgence de ce nouveau métier situé au carrefour de plusieurs disciplines ». **Source :** « VigilansSeur.rse » : 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.

« Être à l'écoute, adaptables, réactifs pour orienter aux mieux les patients à risque suicidaire »

Entretien avec

Nathalie Haberkorn,

cadre de santé du dispositif Vigilans Jura au centre hospitalier spécialisé (CHS)

Saint-Yllie Jura,

Nicolas Thiriet,

infirmier et « vigilaniseur ».

La Santé en action : **Quelle est la composition de l'équipe du dispositif Vigilans Jura ?**

Nathalie Haberkorn : L'équipe Vigilans est composée d'un médecin psychiatre responsable une demi-journée par semaine ; d'un médecin psychiatre coordonnateur ; d'un cadre de santé un jour et demi par semaine ; de quatre « vigilaniseurs », deux psychologues à mi-temps et deux infirmiers à mi-temps ; d'une secrétaire à mi-temps ; d'une psychologue, à raison d'une demi-journée par mois pour de la supervision. L'équipe travaille du lundi au vendredi de 9 heures à 17 heures, sauf le mardi de 10 heures à 18 heures. En dehors de ces créneaux, un répondeur indique aux personnes le numéro des urgences, joignables 24 heures sur 24. Dans l'idéal, les « vigilaniseurs » travaillent en binôme composé d'un infirmier et d'un psychologue.

S. A. : **Comment ce dispositif fonctionne-t-il ?**

N. H. : Le dispositif Vigilans est proposé à toutes les personnes ayant fait une tentative de suicide. Elles ont le choix d'accepter ou de refuser. Nous notons que la très large majorité accepte. Une carte-ressource avec un Numéro Vert : 0800 39 39 39, ainsi

qu'une note explicative du fonctionnement du dispositif Vigilans leur sont données. Un fax d'adhésion au dispositif avec des renseignements valides (numéro de téléphone, adresse...) nous est envoyé, afin de pouvoir débiter le protocole. Un premier appel est passé 10 jours après la tentative de suicide ; c'est en général la fin de l'hospitalisation, un moment identifié comme à fort risque. Son objet est d'évaluer où en est le patient dans la crise suicidaire. Le but est de maintenir un lien avec la personne, en attendant la mise en place d'un suivi. Un deuxième appel a lieu à J + 20. Puis un troisième est effectué trois mois après – auparavant, cet appel avait lieu six mois après la tentative de suicide. Cette durée nous paraît plus pertinente après avoir posé un double constat : nous avons du mal à joindre les gens, et lorsque nous y parvenons, beaucoup n'avaient plus envie d'évoquer cette période de vie difficile. De plus, si les patients inclus dans le dispositif ne répondent pas aux deux premières sollicitations, une carte postale rédigée par les « vigilaniseurs » leur est envoyée chaque mois pendant trois mois. Nous avons la possibilité d'effectuer des appels supplémentaires lorsque les personnes doivent affronter des événements difficiles, qui peuvent engendrer un passage à l'acte, par exemple la date d'un jugement pour la garde d'enfants, la date anniversaire du décès d'un proche. Si les personnes vont bien à J + 90, elles sortent de la veille ; si une récive suicidaire a été réalisée pendant la veille, la personne est réintégré dans le dispositif.

S. A. : **Comment est accueilli ce dispositif notamment par les professionnels de santé ?**

N. H. : Vigilans est bien perçu, en particulier par les médecins généralistes qui se sentaient parfois seuls face à ce problème. Ils se disent satisfaits de l'existence d'une équipe spécialisée dans la prévention de la récive, qui apporte une prise en charge complémentaire. Les « vigilaniseurs » sont des ressources en matière de conseils et d'orientation vers les soins. Ils peuvent intervenir auprès d'un praticien pour avancer un rendez-vous ; la pénurie de psychiatres fait que les délais d'attente atteignent plusieurs mois.

S. A. : **Quelles évolutions avez-vous constatées depuis le début de l'expérimentation en avril 2016 ?**

N. H. : Nous observons avant tout une augmentation du nombre de patients dans la file active, grâce au développement du réseau. Nous accompagnons environ 250 personnes de plus chaque année, soit près de 800 depuis trois ans. Le dispositif est maintenant connu et reconnu, ce qui a un impact sur les appels reçus, de plus en plus fréquents : de la part des patients qui, auparavant, se tournaient vers les urgences psychiatriques dans un moment de crise, et aussi de la part des professionnels. Par exemple, les infirmières qui travaillent au contact d'adolescents dans les structures éducatives n'hésitent pas à faire appel aux compétences de Vigilans. Je vois aussi évoluer le métier des « vigilaniseurs ». Ils ont gagné en expérience et en confiance dans leur pratique, grâce en particulier à des formations reçues,

des échanges avec d'autres collègues lors du colloque annuel du Groupe-ment d'études et de prévention du suicide (Geps). Le travail en binôme infirmier-psychologue porte ses fruits. Ce sont des profils complémentaires qui s'enrichissent mutuellement : le psychologue a davantage de connaissances cliniques, tandis que l'infirmier a une meilleure connaissance des traitements médicaux et du réseau de soins. Dans les situations les plus complexes, cette complémentarité est un atout précieux. Les résultats sont bons ; les récidives ont baissé de plus de 10 % dans le Jura. Le dispositif expérimental est pérennisé. Un projet de déploiement sur l'ex-région Franche-Comté est en réflexion.

S. A. : Comment définiriez-vous ce métier nouveau de vigilan- seur ?

Nicolas Thiriet : Il couvre des tâches multiples et variées, c'est ce qui en fait notamment son intérêt. Le cœur du métier, ce sont les appels téléphoniques au quotidien pour s'enquérir de l'état des personnes ayant fait une tenta-

tative de suicide et qui sont entrées dans le dispositif. Il y a, d'une part, les appels que nous passons à 10 jours, à 20 jours, à trois mois ; il y a également les appels que les patients passent spontanément au Numéro Vert qui leur est donné sur une petite carte. Et aussi ceux des professionnels de santé qui sont en face d'une situation préoccupante et qui cherchent des solutions. Les échanges avec les patients sont d'une durée variable, en moyenne trois quarts d'heure au premier appel, mais cela peut

durer jusqu'à une heure et demie. Et il peut arriver, dans des cas extrêmes, de devoir appeler les secours et rester

en ligne jusqu'à ce que ces derniers aient pris en charge la personne. Il faut ensuite rédiger des comptes-rendus détaillés qui sont envoyés au médecin traitant et/ou au psychiatre du patient.

L'autre partie intéressante du métier, ce sont les séances d'information que nous dispensons auprès d'un large public : des professionnels de santé du département au personnel des structures médico-sociales, des prisons, de l'Éducation nationale, etc. Nous nous déplaçons avec Nathalie en binôme sur l'ensemble du territoire. En outre, je dispense la formation « Évaluation et prise en charge de la crise suicidaire » auprès des soignants du centre hospitalier spécialisé (CHS), qui ont désormais l'obligation, dans leurs tâches, de repérer le risque suicidaire des patients hospitalisés.

S. A. : Quelles sont les qualités nécessaires pour devenir « vigilan- seur » ?

N. T. : À 51 ans, j'avais envie de diversifier mon expérience professionnelle d'infirmier au sein d'une unité avec des patients et d'apprendre une nouvelle pratique. Il faut avoir une assez longue expérience clinique et de bons acquis théoriques en santé mentale, ainsi qu'une maîtrise de l'informatique afin de bien utiliser les logiciels nécessaires à notre activité. J'ai suivi la formation « Évaluation et prise en charge de la crise suicidaire » afin de me préparer à cette nouvelle fonction que j'occupe à mi-temps depuis les débuts de Vigilans en 2016 ; pour le reste, je suis infirmier à l'hôpital de jour.

La fonction de « vigilan- seur » requiert plusieurs qualités, car elle est très diversifiée : il faut bien sûr un grand sens de l'écoute, être adaptable et réactif, avoir une bonne connaissance du réseau local de soins afin d'orienter les patients au mieux. Il faut aussi savoir travailler en équipe et en partenariat, être curieux intellectuellement, parce qu'on découvre beaucoup, et être bien motivé, parce que ce n'est pas toujours facile. Il est nécessaire d'avoir une clinique du souci¹ : la particularité de notre métier, c'est que les personnes en souffrance ne sont pas en face de nous ; nous gérons tout par téléphone. Cela demande une approche particulière, assez sensible.

S. A. : À quelles difficultés vous heurtez-vous principalement ?

N. T. : La charge mentale est assez forte. Lorsque nous raccrochons, même si nous nous sommes assurés que le patient va aussi bien que possible, le contact est rompu. Or ce sont des personnes qui ont fait une tentative de suicide dix jours auparavant ; leurs difficultés n'ont pas disparu. C'est une bonne chose que les « vigilan- seurs » ne le soient qu'à mi-temps afin que cette responsabilité et ce souci ne pèsent pas trop. Le principal problème tient à la difficulté de tenir le planning prévisionnel des appels, puisque la durée de ceux qui sont prévus est variable et qu'il faut répondre à ceux, spontanés, des patients. Ces appels entrants sont imprévisibles : il peut y en avoir trois dans la journée ou aucun pendant toute une semaine. Nous donnons donc la priorité aux appels imprévus, tout en tenant le cap sur cet impératif d'appeler les patients à J + 10.

S. A. : Quel regard portez-vous sur cette expérience après trois ans de pratique ?

N. T. : C'est une expérience valorisante, notamment grâce au retour positif des personnes que nous accompagnons, qui nous remercient au téléphone ou même par courrier de l'aide que nous leur apportons. Lorsque nous les appelons la première fois, elles sont persuadées qu'elles ne vont pas s'en sortir ; au bout de six mois, elles ont pris conscience que la crise suicidaire a un début et une fin. Par ailleurs, les éléments statistiques sont encourageants, puisque le nombre de récidives a diminué dans le Jura. Cela veut dire que nous faisons une mission utile. Et j'ai envie de la poursuivre.. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. « [...] on appelle la clinique du souci, cette posture psychique qui relève d'une éthique de l'inquiétude : se faire du souci pour l'autre, témoigner de ce souci envers la personne qui est en difficulté. » Source : Intervention du Pr Michel Walter, 4^{es} Rencontres nationales des Conseils locaux de santé mentale. Colloque organisé par l'association Élus, santé publique et territoires (ESPT), Bordeaux, janvier 2017 : p. 109. En ligne : <https://espt.asso.fr/wp-content/uploads/2019/03/Actes-18e-JNE-4e-Rencontre-CLSM-Talence.pdf>

L'ESSENTIEL

► **Le dispositif Vigilans est proposé à toute personne ayant fait une tentative de suicide. Il s'agit de maintenir un lien – téléphone, courrier – et de mettre en place le suivi le plus adapté si nécessaire. L'écoute téléphonique prend une grande part dans cet appui. Une équipe spécialisée dans la prévention de la récurrence veille et assure un relais auprès des médecins généralistes et des autres professionnels impliqués. Au fil du temps, de plus en plus de professionnels en difficulté face à des patients en risque suicidaire s'adressent à Vigilans. Témoignage de professionnels du dispositif dans le Jura.**

« L'écoute sociale en prévention peut éviter une crise suicidaire »

Entretien avec Marc Fillatre,

psychiatre au centre hospitalier universitaire de Tours (Indre-et-Loire), président de l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS).

La Santé en action : **Quelles fonctions occupez-vous et quelles sont les missions de l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS) ?**

Marc Fillatre : Je suis praticien hospitalier au centre hospitalier universitaire (CHU) de Tours, responsable de l'unité d'hospitalisation pour adolescents et responsable de l'activité de thérapie familiale à la clinique psychiatrique universitaire. Je suis également engagé dans un réseau départemental de prévention du suicide, Vivre et intervenir ensemble face au suicide (Vies 37). Je suis devenu le président de l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS) fin 2018, après avoir en été vice-président pendant plusieurs années, et je suis le référent pour la région Centre – Val de Loire du Groupe d'études et de prévention du suicide (Geps).

L'UNPS a été créée en 1999 et regroupe une quarantaine de structures qui œuvrent à la prévention du suicide et du mal-être. Sa mission est de lutter contre les tabous à la fois auprès du grand public par des campagnes de communication et de sensibilisation, et auprès des institutions – et en particulier des financeurs – pour favoriser des prises de positions en faveur de la prévention. Nous sommes représentés au sein de l'Observatoire national du suicide.

Nous participons au développement de l'état des connaissances du problème et aux actions de prévention. Depuis 2000, l'UNPS dispense des formations sur le repérage de la crise suicidaire et édite des livres, par exemple un guide méthodologique à destination des chefs d'entreprise confrontés à des suicides inopinés. Nous répondons aux demandes des acteurs pour les accompagner, à l'instar de ce que nous faisons à la SNCF avec laquelle une convention-cadre a été signée pour mener des actions en commun auprès de leur personnel et du public. L'UNPS organise tous les ans un colloque à Paris lors de la Journée nationale pour la prévention du suicide (5 février). Elle est aussi à l'initiative de villages associatifs dans l'espace public (places, gares) pour promouvoir la prévention du suicide et du mal-être et faire connaître ses structures adhérentes lors de la Journée mondiale pour la prévention du suicide (10 septembre).

S. A. : **Pouvez-vous nous présenter les associations adhérent à l'UNPS qui proposent des dispositifs d'aide à distance pour les personnes en souffrance ?**

M. F. : Près d'une dizaine d'associations ont un service d'aide à distance (téléphone et/ou Internet) dans leurs attributions, comme S.O.S Amitié, Suicide Écoute, S.O.S. Solitude, SOS Suicide Phénix, SIS Association, Ligne Azur... Cette activité d'écoute est assurée par des équipes de bénévoles, encadrés par des professionnels, et par des salariés qui bénéficient d'une formation initiale et continue, dont le travail est supervisé. Ces permanences d'écoute téléphonique, aujourd'hui de plus en

L'ESSENTIEL

▣ **L'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS) souligne l'importance du travail d'écoute téléphonique réalisé par les associations dans l'actuel dispositif d'écoute et de prévention des conduites suicidaires.**

plus complétées par des services de « tchat¹ », sont en général ouvertes sept jours sur sept, et certaines 24 heures sur 24. Elles sont anonymes et gratuites.

S. A. : **Quelle est la position de l'UNPS face à la proposition du ministère des Solidarités et de la Santé d'étudier les conditions de mise en œuvre d'un « numéro national de recours pour les personnes en détresse psychique extrême » ?**

M. F. : À l'époque où nous avons rendu un avis sur le projet de numéro national, sa dénomination était moins précise, plus large. Il s'agissait de mettre en place un numéro d'accueil unique. L'idée était de centraliser les appels, afin d'éviter aux personnes cherchant du soutien de se perdre dans le dédale des dispositifs existants et de rendre leur accès plus aisé, ce qui paraît souhaitable et nécessaire. Dans les grandes lignes, nous sommes favorables à cette initiative ; notamment parce qu'elle répond à un problème : la diversité des demandes, avec d'un côté des personnes découragées parce qu'elles sont confrontées à des difficultés dans leur vie et de l'autre, des



© DR. Vigilans/Hands de France

personnes qui sont littéralement sur le bord de la fenêtre. Il est évident que les deux ne peuvent être traitées de la même façon : d'un côté, l'écoute anonyme bienveillante peut apporter un réconfort et participer au retissage du lien social ; de l'autre, il s'agit d'envoyer les secours de toute urgence. Nous sommes favorables à ce numéro national si plusieurs conditions sont réunies : pour mettre en œuvre une prévention téléphonique efficace, il faut un système capable de parfaitement analyser la demande. Et donc, il faut au bout du fil des compétences, une organisation et un budget pour appuyer le tout. Enfin, il ne faut pas oublier l'utilisation par le public des territoires numériques (tchat, mail...); tout le monde n'utilise pas son téléphone pour appeler.

S. A. : Quels sont les enjeux de la mise en place d'un tel numéro pour les structures adhérentes à l'UNPS, qui proposent un service d'écoute téléphonique ?

M. F. : Les associations peuvent redouter un fonctionnement fondé sur la demande d'identité ou permettant d'identifier le numéro de l'appelant. Elles tiennent à ce que l'anonymat soit préservé ; il est un gage de confiance pour les échanges. Par ailleurs, qui recevra les appels au numéro national ? Quelles seront les compétences et les qualités des répondants ? L'analyse fine de la demande est indispensable pour ne pas médicaliser des personnes qui ne sont pas prêtes à passer à l'acte et ne pas perdre celles qui vont très mal. Sur quels relais vont s'appuyer

les répondants nationaux ? Le risque est d'avoir un numéro qui centralise à l'excès et qui ne donne pas accès aux structures de prise en charge dans les territoires, au plus près de la personne. Pour que ces répondants aient une bonne connaissance du terrain, il leur faut une cartographie complète des ressources disponibles ; cela veut dire qu'au préalable, il faut que des chargés de mission dressent l'inventaire de ce qui existe et de ce qui fonctionne (ou non) dans les régions et qu'ils le maintiennent à jour. Et que celui-ci soit plus détaillé que ce que l'on peut déjà trouver sur Internet.

S. A. : Comment ce numéro national pourra-t-il venir s'articuler avec les dispositifs d'aide à distance gérés par les associations faisant partie de l'UNPS ?

M. F. : Il est trop tôt pour décrire clairement une articulation entre les deux, le cahier des charges du numéro unique étant encore assez flou. Si ce numéro est efficace, le plus simple est que les appels aux associations soient transférés au numéro national, quand la situation paraît préoccupante aux yeux des bénévoles. Certains sont formés au repérage de la crise suicidaire. Cependant, il peut y avoir des problèmes de sur-diagnostic ou de sous-diagnostic, car les écoutants ne sont pas face à la personne. Pour ma part, je pense qu'il sera important de garder un *continuum* entre le nouveau système et les associations proposant de l'écoute téléphonique. Celles-ci travaillent sur le lien et l'intégration sociale ; elles peuvent également apporter une aide

différente aux patients suivis en psychiatrie, qui sont certes pris en charge médicalement, mais qui ne le sont pas forcément sur le plan de leurs autres besoins. Il me paraît tout à fait essentiel de permettre à ces structures de continuer à fonctionner. D'autre part, il ne faudrait pas que le repérage de la crise suicidaire devienne pour elles une obligation, prenant le pas sur le reste du travail d'écoute. On rendrait alors difficile le rôle des bénévoles. Or, l'écoute sociale qu'ils pratiquent au quotidien est une forme de prévention qui souvent évite, en amont, l'aggravation d'états dépressifs. Ces évolutions favorables – et souvent invisibles – ne sont malheureusement pas prises en compte dans l'analyse de l'évolution des situations. En restreignant l'écoute sociale, on mettrait alors en danger les personnes qui en ont besoin. La complémentarité entre les deux approches est indispensable et il est donc nécessaire de garder une fluidité dans la prise en charge. Nous pouvons craindre que la répartition des financements soit inadaptée à la complémentarité des interventions. Lors de l'écoute bienveillante réalisée dans le cadre des dispositifs d'aide à distance proposés par les associations, nous recueillons les besoins des appelants en termes d'écoute et d'aide. Nous devons être vigilants et argumenter auprès des pouvoirs publics afin que la réponse à ces besoins continue d'être financée. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Messagerie instantanée.

« Simplifier la prise en charge de l'urgence avec un guichet unique »

Entretien avec Pierre Thomas,

psychiatre au centre hospitalier universitaire de Lille.

La Santé en action : Quelle est votre action dans le champ de la prévention du suicide ?

Pierre Thomas : Je suis professeur des universités et praticien hospitalier de psychiatrie au centre hospitalier universitaire (CHU) de Lille, chef du pôle de psychiatrie, médecine légale et médecine pénitentiaire. Grâce à l'impulsion du Pr Guillaume Vaiva, après quinze ans de travaux sur le sujet, la région a développé une culture de la prévention du suicide. C'est là qu'ont incubé les initiatives Vigilans – programme post-urgence qui recontacte des personnes ayant commis une tentative de suicide – et Papageno – programme visant à prévenir la contagion suicidaire en améliorant le traitement médiatique des suicides et la communication autour de leur prévention. En lien avec la Direction générale de la santé (DGS), j'ai copiloté le groupe de travail dédié à la prévention du suicide au sein du Comité national de la santé mentale (CNSM), installé en 2016. Notre but était de faire des propositions très concrètes, s'appuyant sur des données probantes ou des expérimentations ayant fait leurs preuves, avec l'idée que ces outils, complémentaires et mutualisés, puissent être diffusés par les agences régionales de santé (ARS), avec une adaptation au contexte local. C'est cette réflexion qui a conduit à la stratégie nationale multimodale de prévention du suicide qui s'appuie sur les actions suivantes : recontacter les suicidants, prévenir la

L'ESSENTIEL

■ **Les autorités françaises vont créer un numéro d'appel téléphonique national afin d'améliorer le dispositif de prévention du suicide, se conformant ainsi aux recommandations des experts. Ce numéro unique pour les cas d'urgence a fait ses preuves aux États-Unis, au Canada, en Belgique et surtout aux Pays-Bas, selon les études scientifiques disponibles. Sans se substituer aux autres dispositifs d'écoute, ce numéro complètera le dispositif existant.**

contagion suicidaire, sensibiliser les personnes en première ligne auprès des populations vulnérables, accéder aux ressources de proximité. L'action n° 6 de la feuille de route « Santé mentale et Psychiatrie » de juin 2018 reprend ces orientations ; l'instruction de septembre 2019 donne le cadre de leur mise en œuvre et acte la création d'une ligne nationale de prévention du suicide, un outil innovant qui est aujourd'hui à coconstruire.

S. A. : Quel regard portez-vous sur l'utilisation des numéros d'appel déjà existants pour les personnes suicidaires ?

P. T. : Il y a effectivement des lignes d'écoute, portées par des associations, qui répondent aux personnes suicidaires et peuvent leur apporter un soutien. Ces lignes fonctionnent dans le principe de l'anonymat. Nombre d'entre elles sont regroupées au sein de l'Union nationale de prévention du suicide (UNPS). Nous avons auditionné ces associations lors des travaux préparatoires. Les écoutants, bénévoles ou salariés, peuvent parfois

se sentir démunis face à l'urgence de la crise suicidaire. Comment aider une personne qui vient de prendre des médicaments si l'on ne connaît pas précisément les ressources locales ? Comment envoyer le Samu si l'appel n'est pas géolocalisé et que la personne n'est pas en mesure de donner ses coordonnées ? Ce sont là des limites de l'action de ces écoutants qui font un formidable travail de prévention du mal-être et rendent un grand service, mais qui peuvent aussi parfois se trouver dans de grandes difficultés face aux cas les plus graves.

S. A. : À quelles problématiques tente de répondre ce numéro national de prévention du suicide ?

P. T. : Cette proposition s'est imposée pour combler les difficultés à trouver les ressources de soins pour les personnes les plus à risque, c'est-à-dire celles qui vont passer à l'acte. Au moment de la crise suicidaire, il est impératif d'accéder aux soins. La solution, actuellement, est d'appeler le 15. La ligne dédiée vise deux choses : d'une part, prendre en charge l'urgence, comme le fait le 15, et proposer un accompagnement spécifique ; d'autre part, proposer une réponse graduée, grâce à des répondants formés à l'évaluation de la crise suicidaire et ayant une bonne connaissance des ressources disponibles sur le territoire de proximité de la personne qui appelle ou de son entourage.

S. A. : Certaines expériences similaires à l'étranger ont-elles été sources d'inspiration ?

P. T. : Les États-Unis ont été pionniers en la matière, au début des années 2000, grâce à un psychiatre de San Francisco, Jerome A. Motto, qui



avait pris conscience que la mortalité par suicide est évitable. Les autopsies psychologiques des suicidés du *Golden Gate Bridge* – de sans-domicile-fixe notamment –, leurs lettres d'adieu montraient que les personnes décidées à mettre fin à leurs jours auraient été susceptibles de changer d'avis si elles avaient rencontré en chemin quelqu'un pouvant les aider. Ainsi, l'idée qu'on puisse modifier le scénario suicidaire est née, donnant lieu à la mise en place d'encarts avec un numéro de téléphone-ressource aux abords du pont. Cette initiative a eu un impact : le nombre de suicides du *Golden Gate* a diminué de façon significative. Quelle leçon en tirer ? Proposer des ressources permet de détourner de son plan une personne en crise suicidaire. Plus récemment, au Canada, aux Pays-Bas, en Belgique et en Suisse ont été créés des dispositifs d'écoute et d'intervention spécifiques pour le suicide. L'exemple le plus abouti à nos yeux est peut-être celui des Pays-Bas ; c'est en tout cas celui vers lequel nous pouvons essayer de tendre. Le 113, numéro centralisé, est une ligne dédiée qui propose une évaluation pour la personne qui appelle et, si nécessaire, une prise en charge immédiate de l'urgence. La géolocalisation permet une intervention rapide

en cas de crise majeure. Ce numéro est complété par un site Internet qui offre la possibilité à ceux qui ne souhaitent pas appeler d'échanger par « tchat¹ ».

S. A. : *Quels sont les enjeux d'un tel numéro en France ?*

P. T. : L'enjeu est clair : il s'agit de déployer un outil complémentaire à d'autres dispositifs ; ensemble, ils devraient entraîner une diminution significative de la mortalité par suicide. Avec environ 8 000 personnes qui se donnent la mort chaque année, la France fait partie des pays européens qui connaissent le plus de décès par suicide. En 2014, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) fixait un objectif de baisse de 20 %. C'est un chiffre-seuil qui permet de visualiser une inflexion nette de la courbe et donc de montrer qu'une politique publique, articulée avec les autres actions mises en place, est efficace.

S. A. : *Comment voyez-vous le fonctionnement de ce numéro national et son articulation avec les lignes d'appel proposées par les structures adhérentes à l'UNPS ?*

P. T. : Je pense que le futur dispositif doit être le plus clair possible. Il ne s'agit pas de créer un numéro en plus qui ne serait pas utilisé parce

qu'il ne serait pas connu des personnes concernées, celles en état de crise et aussi leurs proches. Ce qui est ici envisagé, c'est une simplification de la prise en charge de l'urgence avec un guichet unique. Cela veut dire que les appels pourraient être rebasculés par les régulateurs du Samu ou d'une plateforme d'accès aux soins vers cette ligne dédiée, où répondraient des écoutants formés et connaissant les ressources disponibles proches de la personne suicidaire. Même principe pour les appels au secours reçus par les associations qui pourraient les rediriger vers cette ligne dédiée. Ce transfert d'appels ne présente pas en soi de problèmes techniques insurmontables. Ce dispositif réactif et accessible à tous devrait contribuer à éviter de nombreux décès par suicide. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Messagerie instantanée.

Suicide, comment en parler ?

Le programme Papageno

L'équipe du programme Papageno, Dr Pierre Grandgenèvre,

psychiatre, centre hospitalier universitaire (CHU) de Lille,

Nathalie Pauwels,

responsable communication, fédération régionale de recherche en psychiatrie

et santé mentale (F2RSM Psy)

Hauts-de-France, Lille,

Dr Charles-Édouard Notredame,

pédopsychiatre, centre hospitalier universitaire (CHU) de Lille.

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'éluder 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].

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.

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

L'ESSENTIEL

► **Passer le suicide sous silence conduit paradoxalement à faire entrave à toute possibilité de prévention. Les mots justes pour évoquer le suicide ou la tentative existent, sous forme d'une information respectueuse de la souffrance de la personne. Tout le contraire d'un traitement fortement médiatisé, « sensationnaliste », glamour du suicide, détaillant la méthode employée, lequel peut favoriser la contagion suicidaire. L'information, lorsqu'elle répond donc à certaines caractéristiques, pourrait même contribuer à prévenir les conduites suicidaires. Construit sur ce constat d'effet protecteur scientifiquement établi, le programme Papageno consiste à sensibiliser les professionnels des médias et de l'information aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).**

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 légal 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 légal particulier après l'avoir lu dans un article de presse [3].

L'étude, conduite par Etzersdorfer et son équipe [4], a mis en évidence 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 de normaliser 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. 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 – *Print media Reporting on Suicide*

*Scale*¹ (PRESS [7]) – afin de mesurer le degré de conformité des articles aux recommandations de l'OMS et d'estimer le risque d'effet Werther et le potentiel effet Papageno (voir figures 1 à 4 ci-dessous). 400 articles ont été échantillonnés de façon aléatoire sur l'année 2014. L'étude mettait en évidence un score Werther moyen² élevé et un score Papageno moyen³ bas. La conformité aux différents critères des recommandations de l'OMS était donc faible, justifiant la pertinence des actions menées par le programme. La réplication de cette étude sur les années à venir permettra de juger de l'efficacité du programme.

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

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

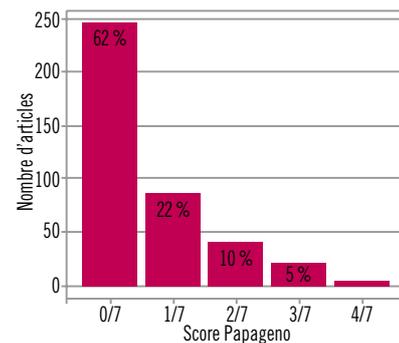
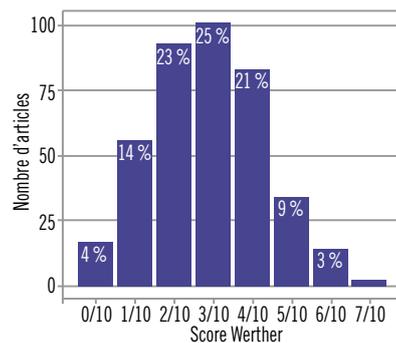


Figure 3. Proportion de satisfaction des critères Werther.

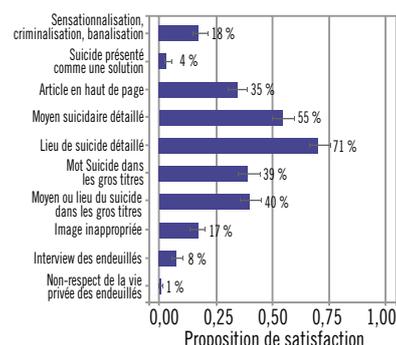
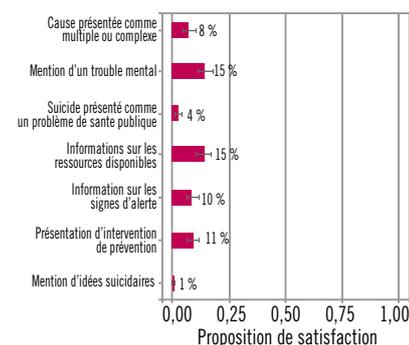


Figure 4. Proportion de satisfaction des critères Papageno.



particulier pour le contenu médiatique, se montraient sensiblement défectueux 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-training*⁴ 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 practice*⁷, 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-MACSF-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, n° 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*, 1^{er} avril 2001, vol. 35, n° 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, n° 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°s 1-3 : p. 402-407. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21236495>

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>

Service sanitaire des étudiants en santé : prévention en santé mentale chez les jeunes

Charles-Édouard Notredame,
service de psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent,
faculté de médecine Henri-Warembourg,
université de Lille,
Pierre Grandgenèvre,
service de psychiatrie d'adulte,
Frédérique Warembourg,
service de psychiatrie d'adulte,
Amélie Porte,
service de psychiatrie d'adulte,
Nicolas Gaud,
service de psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent,
Marielle Wathelet,
faculté de médecine Henri-Warembourg,
université de Lille, service épidémiologie,
santé publique, économie de santé
et prévention, centre hospitalier
universitaire (CHU) de Lille,
Vincent Chouraki,
faculté de médecine Henri-Warembourg,
université de Lille, service épidémiologie,
santé publique, économie de santé
et prévention, centre hospitalier
universitaire (CHU) de Lille.

Une politique vigilante de prévention en santé mentale ne saurait ignorer la vulnérabilité qui accompagne les mutations adolescentes. Tout en se gardant de considérer cette période sous le seul prisme de la pathologie, il faut pouvoir reconnaître que de 17 à 35 % des collégiens font part d'une plainte psychologique récurrente et durable [1], et que plus de la moitié des jeunes Français manifestent d'authentiques symptômes psychiatriques [2]. Pour ceux des adolescents qui le nécessitent, la possibilité d'accéder à un accompagnement adapté constitue un enjeu crucial de prévention. Il s'agit de réduire le risque de constitution de troubles psychiatriques caractérisés, de garantir le meilleur pronostic lorsque de tels troubles émergent (50 % des pathologies psychiatriques chroniques de l'adulte débutent avant 14 ans et 80 % avant 25 ans [3]), ou encore d'éviter les complications les plus graves, telles que les passages à l'acte suicidaire. Rappelons à ce titre que 9,5 % des lycéens déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie [4] et que plus d'un jeune de 17 ans sur dix déclarent avoir pensé au moins une fois au suicide au cours des douze derniers mois [5].

La population adolescente se singularise également par la prégnance des barrières qui l'empêchent de recourir à des soins adéquats. Barrières structurelles, d'abord, que constituent le manque de ressources, de lisibilité, de réactivité ou de spécificité des dispositifs sanitaires susceptibles d'accueillir les jeunes. Barrières personnelles, ensuite, procédant des difficultés développementales des adolescents à identifier leurs propres souffrances ou à se fier aux adultes, de leur sensibilité aux *a priori* stigmatisants ou de leurs appréhensions vis-à-vis des professionnels-ressources.

Promouvoir l'accès aux soins chez les jeunes

C'est à partir du constat d'un fossé paradoxal entre besoins en santé mentale et défaut d'accompagnement adapté [6] que plusieurs programmes internationaux ont vu le jour pour promouvoir l'accès aux soins chez les jeunes. L'une des démonstrations les plus probantes de l'efficacité d'une telle stratégie a été apportée par l'étude *Saving and Empowering Young Lives in Europe*¹ (Seyle [7]). Portant sur 11 100 élèves à travers l'Europe, elle a mis en évidence qu'un programme interactif d'informations et d'échanges mené au sein des classes du secondaire permettait de réduire significativement les taux de tentative de suicide, d'idées suicidaires, de dépression et d'anxiété.

En France, un service sanitaire pour les étudiants en santé (Sess) est déployé depuis l'année 2018-2019 sur l'ensemble du territoire français. L'objectif est double : d'une part, former les futurs soignants aux principes et aux enjeux de la prévention et de la promotion de la santé, et d'autre part, lutter contre les inégalités territoriales en mobilisant les étudiants dans des actions concrètes auprès des publics les plus vulnérables [8]. En faisant coïncider, à l'aune de l'étude *Seyle*, les besoins de prévention chez les jeunes des Hauts-de-France et l'opportunité que représentait le Sess, le pôle de psychiatrie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Lille a pris l'initiative de proposer aux étudiants des filières santé (médecine, pharmacie, chirurgie dentaire, maïeutique et masso-kinésithérapie) une thématique « Santé mentale et prévention du

suicide » (SMPS). Instituée et promue grâce au soutien de la faculté de médecine de Lille, cette thématique s'articulait autour de deux points de vigilance. D'une part, une revue de la littérature démontre que l'efficacité des interventions scolaires en santé mentale a pour contrepartie un risque non nul de fragilisation de certains élèves, en cas de discours trop peu maîtrisés. D'autre part, il fallait impérativement prendre en compte le fait qu'une partie de ceux qui allaient délivrer un message de prévention présentaient aussi une vulnérabilité spécifique ; en effet, plusieurs enquêtes récentes ont mis en exergue qu'un nombre considérable d'étudiants en médecine (60 %) souffraient d'anxiété, de symptômes dépressifs (30 %), et d'idées suicidaires (24 %) [9]. Forte de ces constats, cette thématique Santé mentale et prévention du suicide a intégré deux exigences supplémentaires : celle de ne mettre en difficulté ni les étudiants, ni les élèves concernés, et celle de disposer d'un effet préventif dédié aux étudiants eux-mêmes.

Réagir face à un pair en difficulté

Afin de s'assurer de la qualité et de la sécurité du message délivré, la thématique Santé mentale et prévention du suicide a été organisée autour d'un module de prévention baptisé « L'aider ». Il s'agit d'éveiller la vigilance et la sollicitude des adolescents les uns pour les autres, de valoriser leurs habiletés empathiques et relationnelles et de lever les principales barrières à la recherche d'aide. Y sont déclinés quatre messages d'entraide simples permettant aux jeunes de réagir face à un pair en difficulté, quelle que soit la situation d'adversité rencontrée :

- remarquer sa souffrance ;
- faire le premier pas vers lui ou vers elle ;
- ouvrir le dialogue ;
- l'accompagner vers une ressource d'aide adulte.

Afin d'en favoriser l'assimilation, ces messages sont déclinés *via* deux sessions pédagogiques. La première consiste en des discussions ouvertes médiatisées autour de supports vidéo relatifs aux thématiques du harcèlement, du consentement sexuel, de l'isolement ou de la souffrance psychique. Elle permet de travail-

ler les représentations des élèves, la pertinence et l'opérationnalité des messages-clés. La seconde session consiste en des mises en situation par lesquelles les étudiants, mettant en pratique les messages-clés, peuvent en éprouver les effets personnels et relationnels. Conformément aux directives gouvernementales, le premier temps du service sanitaire pour les étudiants en santé consiste à fournir aux étudiants une assise théorique et une préparation pratique à la mise en place de leur action dans les établissements scolaires. Deux jours sont consacrés à l'enseignement des principes généraux de la santé publique, de l'animation d'une classe et de la méthodologie de projet en promotion de la santé. Puis, ceux qui ont choisi la thématique SMPS sont formés (deux jours) au module de prévention « L'aider ». Ils bénéficient ensuite d'une immersion en centre médico-psychologique ou en maison des adolescents (un jour), et reçoivent une formation pour être sentinelles en prévention du suicide² (deux jours). La formation à administrer le module de prévention est organisée selon le principe de la cascade (ou « formation de formateurs ») : des psychiatres seniors enseignent à des internes en psychiatrie – pour qui le Sess constitue un séminaire validant – la démarche pédagogique qui leur permettra, à leur tour, d'apprendre aux étudiants en santé comment dispenser le module « L'aider ». Un temps est aménagé au cours de la semaine préparatoire pour s'assurer, lors d'entretiens individuels, que chacun des étudiants se sent à l'aise avec la thématique et est prêt à administrer le module. Ce temps offre l'opportunité de proposer aux étudiants révélant des signes de souffrance psychique un accompagnement professionnel adapté.

À la suite de leur formation, les étudiants sont répartis par groupes interdisciplinaires de cinq dans des collèges et des lycées des départements du Nord et du Pas-de-Calais ayant accepté d'accueillir la thématique. Sous la tutelle d'un.e référent.e dit.e « de proximité » (infirmier.mière scolaire, conseiller.principal.e d'orientation ou enseignant.e, etc.), ces derniers sont d'abord amenés à préparer le déploiement de leur action. En concertation avec l'équipe pédagogique, ils travaillent :

- aux adaptations du module en fonction des particularités locales ;
- à l'articulation avec les programmes déjà en place ;
- à l'anticipation des situations problématiques.

Le reste des séances – réparties sur 14 vendredis – est consacré au déploiement de l'action à proprement parler.

Afin d'assurer une chaîne de contenance et de sécurité, les étudiants sont accompagnés tout au long de leurs démarches selon le même principe de la cascade que celui employé pour la formation. Chaque fois qu'ils traversent une difficulté d'ordre pédagogique, clinique ou relative à la protection des mineurs, il leur est proposé de contacter un interne tuteur, lequel est étroitement supervisé par un psychiatre senior. Cette chaîne de référence a également une visée de prévention pour les étudiants eux-mêmes : ils sont aussi encouragés à l'activer pour des difficultés d'ordre personnel.

Cinquante étudiants intervenants formés

Sur l'année universitaire 2018-2019, 50 étudiants ont été formés à cette thématique Santé mentale et prévention du suicide et sont intervenus ensuite dans un établissement. Lors des retours d'expérience, la plupart ont témoigné d'un plaisir et d'un sentiment d'utilité à être intervenus auprès des adolescents, tout en pointant certaines tensions inhérentes aux activités de prévention en santé mentale (résistances, frustrations de ne pas percevoir le fruit immédiat de leur action par exemple). Plusieurs collégiens et lycéens en souffrance ont pu être repérés par les étudiants ou par leurs pairs, et guidés vers un accompagnement spécialisé. Enfin, selon une étude déployée par le service de santé publique du CHU de Lille, la thématique Santé mentale et prévention du suicide du service sanitaire pour les étudiants en santé a significativement accru le sentiment de compétence professionnelle des étudiants à venir en aide à autrui. Ainsi, près de 70 % d'entre eux ont rapporté avoir repéré et être venus en aide à une personne en difficulté au cours de l'année, et 12,5 % ont dit avoir consulté eux-mêmes un professionnel de santé mentale.

Fort de ces résultats positifs, la faculté de médecine de Lille et le pôle de psychiatrie du CHU de Lille ont reconduit à la rentrée 2019-2020 cette thématique Santé mentale et prévention du suicide du service sanitaire pour les étudiants en santé, avec un effectif d'étudiants doublé. Une extension à d'autres territoires est envisagée. À l'heure où la psychiatrie connaît une crise de vocations, l'expérience de ce service sanitaire pourrait contribuer, à travers sa valeur préventive et au-delà, à ce que les étudiants en santé renouent avec l'engagement en santé mentale. ■

1. « Sauver et renforcer efficacement la vie des jeunes en Europe ».

2. Formation selon des modalités définies par le Groupement d'études et de prévention du suicide (Geps).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Robert M., du Roscoât E., Godeau E. *La Santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Santé mentale et bien-être*. Santé publique France, 2014 : 6 p. En ligne : https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=23655

[2] Dusseaux V. *La Santé mentale des jeunes*. Ipsos – Fondation Deniker, 2016 :30 p. En ligne : <https://www.fondationpierreddeniker.org/sondage>

[3] Kessler R. C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K.R., Walters E.E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 2005, vol. 62, n° 6 : p. 593. En ligne : http://www.ph.ucla.edu/epi/faculty/detels/PH150/Kessler_DSMIV_AGP2009.pdf

[4] *Tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les jeunes Français. Résultats des enquêtes Escapad 2014 et Espad 2015*. [3^e rapport], Observatoire national du suicide, 2018, Fiche 3 : p. 172-180. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche3-10.pdf>

[5] Janssen E., Stanislas S., du Roscoât E. Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2019, n°s 3-4 : p. 74-82. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3_4_6.html

[6] MacDonald K., Fainman-Adelman N., Anderson K. K., Iyer S. N. Pathways to mental health services for young people: a systematic review. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 2018, vol. 53, n° 10 : p. 1005-1038. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6182505/>

[7] Wasserman D., Hoven C. W., Wasserman C., Wall M., Eisenberg R., Hadlaczky G., et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 2015, vol. 385, n° 9977 : p. 1536-1544. En ligne : <http://zivziv.si/wp-content/uploads/2015/schoolbasedsuicide.pdf>

[8] Priorité prévention : le service sanitaire pour les étudiants en santé dès la rentrée 2018. Ministère des Solidarités et de la Santé, 15 juin 2018. En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/priorite-prevention-le-service-sanitaire-pour-les-etudiants-en-sante-des-la>

[9] ISNAR IMG, ISNI, ANEMF, ISNCCA. *Enquête santé mentale jeunes et futurs médecins (#ESMJM)*. 2017 : 12 p. En ligne : http://www.sccahp.org/urfile/Communication/267/r_sultats_enquete_sant mentale.pdf

« Démontrer qu'il existe des méthodes efficaces de prévention du suicide »

Entretien avec Jean-Pierre Kahn,
professeur de psychiatrie à l'université de Lorraine.

La Santé en action : Quelles est votre implication dans le secteur de la santé mentale et de la prévention du suicide ?

Jean-Pierre Kahn : Je suis professeur de psychiatrie à la faculté de médecine de l'université de Lorraine et j'ai dirigé pendant plus de vingt ans le service de psychiatrie et de psychologie clinique du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Nancy. J'ai récemment quitté mes fonctions pour prendre, à la demande de la Fondation Santé des Étudiants de France, le poste de médecin coordinateur de l'établissement soins-études qu'elle a créé à Vitry-le-François (Marne). J'ai également participé au développement du réseau des Centres experts, devenu ensuite la Fondation FondaMental, et je me suis impliqué de longue date dans des programmes nationaux et régionaux de prévention du suicide. Lors d'un congrès, j'ai rencontré Danuta Wasserman, professeure de psychiatrie à l'Institut Karolinska de Stockholm et fondatrice du Centre national de recherche sur le suicide et la prévention des troubles mentaux en Suède. Alors qu'en Europe, le suicide représente la deuxième cause de mortalité chez les 15-25 ans, il n'y a pas de politique de prévention européenne durable. Or pour convaincre les autorités d'investir dans la prévention, il faut démontrer qu'il existe des méthodes efficaces. C'est ce qui a conduit en 2010 au programme de



© DR Vigliani Bretagne

recherche *Saving and Empowering Young Lives in Europe (Seyle)* « Sauver et renforcer efficacement la vie des jeunes en Europe ». Sous la coordination de l'Institut Karolinska, l'étude a été déployée dans onze pays, auprès de 11 100 élèves de 14 à 16 ans, moment où l'identité se construit. Les études épidémiologiques montrent aussi que c'est la tranche d'âge où les comportements à risque augmentent. En France, l'étude s'est déroulée dans une vingtaine de lycées de Lorraine sous ma supervision.

S. A. : Quels sont les objectifs de l'étude Seyle, puis du dispositif Youth Aware of Mental health (YAM), « Jeunes conscients de leur santé mentale » ?

J.-P. K. : Il s'agissait d'abord de constituer une base de données sur le bien-être et la santé mentale des jeunes Européens à partir d'un questionnaire, puisqu'aucune enquête n'avait été réalisée en la matière. Le second objectif visait à prévenir les comportements suicidaires en mettant en avant des modèles

d'intervention ayant prouvé leur efficacité. C'est pourquoi l'étude s'est attachée à comparer trois types d'interventions menées auprès des jeunes en milieu scolaire : le *Professional Screening*¹ (*ProfScreen*) identifie par questionnaire des élèves à risque qui sont ensuite convoqués pour un entretien clinique avec un psychologue ou un psychiatre ; Le *Question, Persuade and Refer*² (*QPR*) s'appuie sur des personnes ressources de l'établissement (enseignants, conseiller principal d'éducation – CPE, personnel de restauration scolaire, etc.) qui sont formées au dépistage et à l'orientation des adolescents à risque ; enfin le programme *Awareness*³, qui est le programme initié avant *YAM* et dont découle ce dernier, repose sur une sensibilisation des jeunes aux problèmes de santé mentale, à leur prise de conscience et au développement de leurs capacités d'expression. L'intervention se déroule en trois phases : une présentation d'une heure en classe par un psychiatre ou un psychologue, suivie de deux séances d'1 h 30 de jeux de rôle et une heure finale de *debriefing*⁴. Le principal message pour les adolescents est : « Tu peux agir pour améliorer la façon dont tu te sens. »

S. A. : Quelle stratégie d'intervention est la plus probante au regard des résultats de cette première grande étude multinationale ?

J.-P. K. : Le programme *Awareness* a montré, et de loin, la plus grande efficacité. Cette méthode est la mieux acceptée par les élèves qui la plébiscitent, parce qu'elle implique leur participation active et leur permet d'exprimer leurs sentiments et leurs émotions. C'est un dispositif moins lourd que *ProfScreen* et moins aléatoire que *QPR*, lequel dépend beaucoup de la capacité des personnes-ressources à aider les élèves, celle-ci étant soumise à plusieurs variables comme le climat scolaire de l'établissement ou leur propre bien-être. Les résultats statistiques sont également significatifs : comparé au groupe contrôle, *Awareness* est plus efficace que les autres méthodes de prévention pour faire baisser les tentatives de suicide et les

L'ESSENTIEL

■ **Plusieurs programmes internationaux – dont Youth Aware of Mental Health (YAM), « Jeunes conscients de leur santé mentale » – ont permis de mettre en évidence un levier efficace en prévention du suicide et des idées suicidaires : la sensibilisation des jeunes aux problèmes de santé mentale, à leur prise de conscience et au développement de leurs capacités d'expression.**

idées suicidaires sévères. C'est aussi l'intervention qui offre le meilleur rapport coût/bénéfice pour la prévention du suicide et qui augmente les années de vie en bonne santé. Elle permet, plus que les autres méthodes, de faire un travail de prévention précoce et elle contribue à réduire la stigmatisation des maladies mentales.

S. A. : Où en est le déploiement du dispositif Awareness-YAM ?

J.-P. K. : Suite à l'étude *Seyle*, le programme *Awareness* a été breveté en *YAM* par l'Institut Karolinska. Il y a une formation à l'animation des jeux de rôle auprès d'un jeune public et un livret méthodologique traduit en plusieurs langues. Les profils formés sont généralement des psychologues, des éducateurs, des infirmiers scolaires, etc. À ma connaissance, *YAM* s'est déployé principalement en Angleterre ; il existe aussi dans deux états américains, en Australie, dans la région du Tyrol en Autriche et à Stockholm seulement, pour la Suède. En France, son déploiement tarde à se mettre en place. Les résultats de *Seyle* ont été présentés au ministère des Solidarités et de la Santé. Suite au troisième rapport de l'Observatoire national du suicide, la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » de 2018 a préconisé l'implantation de *YAM*⁵ à titre expérimental dans trois régions françaises : l'Île-de-France, le Grand-Est et la Normandie. Malheureusement, nous nous heurtons à des problèmes de financement et de logistique.

S. A. : Qu'est-ce qui pourrait permettre de faciliter sa mise en œuvre ?

J.-P. K. : Il faut à la fois une volonté politique et des porteurs de projet convaincus. La récente création d'un poste de délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie permettra peut-être de changer la donne, je l'espère. Le problème qui affecte la psychiatrie, c'est qu'elle est isolée du reste de la médecine ; c'est un frein à la prévention. Les choses avancent tout de même grâce au dynamisme de certains acteurs. La Fondation Santé des Étudiants de France, à laquelle j'ai présenté ce dispositif, s'est déclarée intéressée ; elle envisage de l'expérimenter dans quelques-uns de ses établissements de soins-études, qui accueillent des jeunes de 13 à 21 ans connaissant des difficultés psychologiques et psychiatriques et chez qui le risque suicidaire est particulièrement important. C'est une population d'élèves particulière, mais cette expérience permettra peut-être de relancer le processus dans les établissements scolaires publics généraux, comme cela était initialement prévu. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Traduction littérale : filtrage professionnel. Il s'agit d'un programme conçu par des professionnels, qui filtre les réponses à un questionnaire de base pour déterminer les seuils préétablis des symptômes psychopathologiques et des comportements à risque (NDLR).

2. Questionner, persuader et alerter (NDLR).

3. Sensibilisation (NDLR).

4. Réunion d'analyse d'un événement *a posteriori* (NDLR).

5. « Déployer le programme *YAM* (Youth Aware of Mental Health) de promotion de la santé mentale et de prévention des conduites suicidaires pour les adolescents en lien notamment avec l'Éducation nationale ». Source : Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie. Ministère des Solidarités et de la Santé, 28 juin 2018 : p 8. En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf Il convient toutefois de préciser que le programme *YAM* est payant, ce qui est un frein conceptuel à son implantation en France.

Pour la première fois, *La Santé en action* aborde la prévention du suicide sous l'angle des interventions et des dispositifs de prévention mis en place en France. En complément des articles et interviews de ce dossier, vous trouverez ici une sélection bibliographique des données les plus récentes sur le suicide en France dont une rubrique dédiée aux principales populations à risque, suivie d'un panorama des programmes et dispositifs de prévention : description, analyse, stratégie, évaluation et formation des intervenants. Un focus sur les interventions probantes et prometteuses en prévention du suicide est présenté. Nous proposons ensuite des travaux qui interrogent la pratique des journalistes et des médias dans leur communication et représentation du suicide, et des pistes de prévention dans ce domaine. Pour compléter cette sélection, sont présentés les sites des organismes ressources, dispositifs et lignes d'écoute.

Olivier Delmer,
Lise Sainson,
documentalistes,
Direction scientifique et international,
Santé publique France.

Les ressources sont présentées par ordre chronologique en commençant par les plus récentes. Les liens Internet ont été consultés en novembre 2019.

SUICIDE : ÉTAT DES CONNAISSANCES

GÉNÉRALITÉS

- **Safon M.-O., Suhard V.** *La santé mentale en France et dans les pays de l'OCDE : Bibliographie thématique*. Paris : Irdes, 2019 : 298 p. *En ligne* : <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-mentale-en-france-et-dans-les-pays-de-l-ocde.pdf>
- **Michaud L., Bonsack C.** *Prévention du suicide. Rencontrer, évaluer, intervenir*. Chêne-Bourg : Médecine & Hygiène, 2017 : 375 p.
- **Carrière M., Ulrich V.** *Recueil numérique sur la thématique du suicide*. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Tome 1 : 2008 à 2014. Mise à jour 17/08/2017, 76 p. *En ligne* : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recueil_numerique_suicide_tome_1_mise_a_jour_web_du_17_aout_2017_monique_carriere.pdf
- **Tome 2** : 2015 à 2018. Mise à jour : 17/09/2018, 96 p. *En ligne* : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recueil_numerique_suicide_tome_2_mise_a_jour_du_17_09_2018-2.pdf
- **Observatoire national du suicide.** *Suicide. Connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives. 2^e rapport, février 2016*. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2016 : 481 p. *En ligne* : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-connaître-pour-prevenir-dimensions-nationales-locales-et-associatives>
- **Organisation mondiale de la Santé.** *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2014 : 89 p. *En ligne* : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131801>
- **Bernus D.** *Suicide : Plaidoyer pour une prévention active*. Paris : Conseil économique, social et environnemental, 2013 : 50 p. *En ligne* : http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2013/2013_08_suicide_plaidoyer.pdf

- **Courtet P. (dir.).** *Suicide et environnement social*. Paris : Dunod, coll. Psychothérapies, 2013 : 192 p. *Sommaire en ligne* : <https://www.cairn.info/suicide-et-environnement-social--9782100701544.htm>
- **du Roscoat E., Beck F.** *Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature*. *La Santé de l'homme*, 2012, n° 422 : p. 4-6. *En ligne* : http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/DOC00000374
- **Courtet P.** *Suicides et tentatives de suicide*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, coll. Psychiatrie, 2010 : 350 p.
- **Caillard V., Chastang F.** *Le geste suicidaire*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, coll. Les âges de la vie, 2010 : 376 p.
- **Moras L., Danet F., Walter M. (préf.).** *Comprendre et soigner la crise suicidaire*. Paris : Dunod, coll. Psychismes, 2008 : 304 p.
- **Chavagnat J.-J.** *Prévention du suicide*. Montrouge : John Libbey Eurotext, coll. Psychiatrie - Hors collection, 2005 : 216 p. *En ligne* : https://www.jle.com/fr/ouvrages/e-docs/prevention_du_suicide_267223/ouvrage.phtml

ÉPIDÉMIOLOGIE

- **Chan-Chee C., du Roscoat E., (coor.).** *Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes [numéro thématique]*. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2019, n° 3-4 : p. 35-86. *En ligne* : <http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/index.html>
- **En régions : Bulletins de Santé Publique (BSP).** Les BSP, publiés par les cellules régionales de Santé publique France, ont pour fonction de fournir une information référente à l'échelle d'une région, pour orienter la décision publique. La première cible des BSP sont les partenaires acteurs de santé publique de la région : l'ARS, les décideurs, les acteurs de santé publique. 10 BSP ont été publiés en 2019 sur le thème des conduites suicidaires. *En ligne* : <https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=Bulletin%20sant%C3%A9%20publique%20conduites%20suicidaires>

POPULATIONS À RISQUE

ADOLESCENTS

- **Janssen E., Spilka S., du Roscoat E.** *Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011*. *Bulletin épidémiologique*

hebdomadaire, 2019, n° 3-4 : p. 74-82. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_6.html

• **Direction générale de l'enseignement scolaire, Direction générale de la santé, Santé publique France, Association nationale des maisons des adolescents, Fondation Pierre Deniker, Collège de pédopsychiatrie de la FFP-CNPP. Vademecum. Repérer et orienter les élèves en situation de souffrance psychique.** Paris : ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse, 2019 : 56 p. En ligne : http://clsm-ccoms.org/wp-content/uploads/2019/05/Vademecum_repere-orienter-eleve-souffrance-psychique_WEB.pdf

• **Observatoire national du suicide. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. 3^e rapport / février 2018.** Paris : Observatoire national du suicide, 2018 : 221 p.

• **Observatoire national du suicide. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence [Dossier].** Paris : Observatoire national du suicide, 2018 : 71 p. Ces deux documents sont téléchargeables sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/suicide-enjeux-ethiques-prevention-singularites-suicide-adolescence>

• **Fouga C. Formation « Repérage de la crise suicidaire et prise en charge de la souffrance psychique chez les adolescents et les jeunes adultes » : Supports de diffusion et outils pédagogiques.** Codeps Bouches-du-Rhône, 2017 : 18 p. En ligne : http://www.codeps13.org/_depot_codeps13/articles/279/telecharger-le-dossier-sur-la-crise-suicidaire-des-jeunes_doc.pdf

• **Rouyer-Ligier F. Adolescence et tentative de suicide : devenir, soutien social, facteurs de risque et prévention de la récurrence suicidaire [Thèse de doctorat Sciences de la vie et de la santé].** Vandœuvre-lès-Nancy : Université de Lorraine, 2016 : 118 p. En ligne : <http://www.theses.fr/2016LORR0184/document>

• **Jousselle C., Cosquer M., Hassler C. Portraits d'adolescents. Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013.** Paris : Inserm, 2015 : 181 p. En ligne : <http://presse-inserm.fr/wp-content/uploads/2015/03/Portraits-dadolescents-mars-2015-1.pdf>

• **Pommereau X. L'adolescent suicidaire.** Paris : Dunod, 2013 : 288 p. Sommaire et aperçu : <https://www.cairn.info/adolescent-suicidaire--9782100598762.htm>

• **Collège national de pédopsychiatrie de la Fédération française de psychiatrie. Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent. Guide de repérage. À l'usage des infirmiers et assistants du service social de l'Éducation nationale.** Paris : ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2013 : 33 p. En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Souffrance_psy_Enfant_ado_2014.pdf

MINORITÉS SEXUELLES

• **Paget L.-M., Chan Chee C., Sauvage C., Saboni L., Beltzer N., Velter A. Facteurs associés aux tentatives de suicide chez les minorités sexuelles : résultats de l'enquête presse gays et lesbiennes 2011.** *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2016, vol. 64, n° 3 : p. 153-163. Résumé : http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV12946

• **Beck F., Firdion J.-M., Legleye S., Schiltz M.-A. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire.** Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2014 : 140 p. En ligne : http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/DOC00001367

• **Pugnière J.-M. L'orientation sexuelle, facteur de suicide et de conduites à risque chez les adolescents et les jeunes adultes ? : l'influence de l'homophobie et de la victimation homophobe en milieu scolaire [Thèse de doctorat en Psychologie].** Toulouse : Université de Toulouse 2 - Le Mirail, 2011 : 283 p. En ligne : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00674745>

PERSONNES ÂGÉES

• **Saïas T., Veron L., Lapierre V. Prévention du suicide de la personne âgée : la place des interventions communautaires. Pratiques Psychologiques**, 2013, vol. 19, n° 2 : p. 103-117. Résumé : http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/DOC00002278

• **Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNBD). Prévention du suicide chez les personnes âgées.** Paris : CNBD, 2013 : 74 p. En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNBD_Prevention_du_suicide_Propositions_081013.pdf

PERSONNES DÉTENUES

• **Eck M., Scoufflaire T., Debien C., Amad A., Sannier O., Chan Chee C., et al. Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention.** *La Presse Médicale*, 2019, vol. 48, n° 1 : p. 46-54.

• **Duthé G., Hazard A., Kensey A. Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque.** *Population*, 2014, n° 4 : p. 7-37. En ligne : https://www.ined.fr/fichier/rte/General/Publications/Population/articles/2014/population_2014_4_suicide_prison_france.pdf

• **Chemlal K., Echard-Bezault P., Deutsch P. Promotion de la santé en milieu pénitentiaire : Référentiel d'intervention.** Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2014 : 212 p. En ligne : http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/DOC00001294

POPULATION ACTIVE, AGRICULTEURS

• **Delézire P., Gigonzac V., Chérié-Challine L., Khireddine-Medouni I. Pensées suicidaires dans la population active occupée en France en 2017.** *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2019, n° 3-4 : p. 65-73. En ligne : http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/SPF00000638

• **Gigonzac V., Breuillard E., Bossard C., Guseva Canu I., Khireddine-Medouni I. Caractéristiques associées à la mortalité par suicide parmi les hommes agriculteurs exploitants entre 2007 et 2011.** Saint-Maurice : Santé publique France, 2017 : 10 p. En ligne : http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV13492

• **Maeght-Lenormand V., Berson N., Macquart C., Tourne M., de Vienne O. Plan national MSA de prévention du suicide 2016-2020.** Bagnole : Mutualité sociale agricole, 2016 : 23 p. En ligne : <https://ssa.msa.fr/wp-content/uploads/2018/12/Plan-National-MSA-de-Prevention-du-suicide-2016-2020.pdf>

PROGRAMMES ET DISPOSITIFS DE PRÉVENTION

POLITIQUE NATIONALE DE PRÉVENTION DU SUICIDE

- **Direction générale de la Santé. Instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide.** *Bulletin Officiel Santé - Protection sociale - Solidarité*, 2019, n° 2019/10 : p. 318-331. En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2019/19-10/ste_20190010_0000_0124.pdf
- **Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie. Feuille de route Santé mentale et psychiatrie.** Paris : ministère des Solidarités et de la Santé, 2018 : 31 p. En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-jeudi-28-juin-2018>
- **Haut Conseil de la santé publique. Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014.** Paris : Haut Conseil de la santé publique, coll. Évaluation, 2016 : 72 p. En ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapports domaine?clefr=554>
- **Ministère de la Justice et des Libertés, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative, ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche, de la Ruralité et de l'Aménagement du territoire, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ministère de la Solidarité et de la Cohésion sociale. Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014).** Paris : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011 : 95 p. En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_de_lutte_contre_le_suicide.pdf

DISPOSITIF VIGILANS

- **Vaiva G. (coor.). Prévention du suicide : le dispositif innovant Vigilans [numéro thématique].** *L'Encéphale*, 2019, vol. 45, n° Suppl. 1 : p. S1-S46. Sommaire : <https://www.em-consulte.com/revue/ENCEP/45/S1/table-des-matieres/>
- **Broussouloux S. 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.** Saint-Maurice : Santé publique France, 2019 : 36 p. En ligne : http://portail.documentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf_internet_recherche/SPF00001116
- **de Boisset de Torsiac J. Stratégies d'interventions brèves dans la prévention de la récurrence suicidaire. Le dispositif VIGILANS en Haute-Normandie [Thèse pour le doctorat de médecine].** Rouen : Université de Rouen, 2018 : 80 p. En ligne : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01919353>
- **Berrouguet S., Le Moal V., Guillolo É., Le Floch A., Lenca P., Billot R., et al. Prévention du suicide et santé connectée.** *Médecine/sciences*, 2018, vol. 34, n° 8-9 : p. 730-734. En ligne : <https://doi.org/10.1051/medsci/20183408021>
- **Vaiva G., Debien C. Rapport Évaluation Vigilans. Bilan d'étape.** Lille : Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, 2017 : 14 p. En ligne : <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/vigilans.pdf>

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

AIDE À DISTANCE

- **Yahia-Berrouguet S. Santé connectée et prévention du suicide : vers une aide à la décision [Thèse de doctorat].** Brest : École nationale supérieure Mines-Télécom Atlantique, 2018 : 141 p. En ligne : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02134184>
- **Bazinet J., Diaz L., Lortie P.-B. Stratégie numérique pour prévenir le suicide au Québec.** Québec : Association québécoise de prévention du suicide, 2018 : 129 p. En ligne : https://www.aqps.info/media/documents/VFINALEpourdiffusion_Portraitdespratiquesetsbesoins-2018-SNPSQ.pdf
- **Ligier F., Guillemin F., Kabuth B. Prévention de la récurrence suicidaire à l'adolescence par SMS ou autre media.** *Annales Médico-psychologiques*, 2017, vol. 175, n° 5 : p. 446-450. Résumé : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448717301154>

- **Reboul P., Comte-Sponville A. *Sortir du silence. L'écoute à S.O.S Amitié***. Lyon : Chronique sociale, 2016 : 207 p. *Présentation ouvrage* : <https://www.chroniquesociale.com/index.php?ID=1011992&detailObjID=3006825&detailResults=1012241&dataType=cata>
- **Union nationale pour la prévention du suicide. *Prévention du suicide : un monde connecté ? Vidéos de la Journée nationale pour la prévention du suicide du 5 février 2015 [Site Internet]***. En ligne : https://www.unps.fr/la-journee-nationale-5-fevrier-_r_22.html [N.B. : toutes les vidéos des Journées nationales pour la prévention du suicide depuis 2012 sont disponibles sur ce site]
- **Landreau A. Une ligne d'écoute pour les agriculteurs en détresse. *La Santé en action***, 2015, n° 433 : p. 47. En ligne : http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/DOC00002782
- **Notredame C. *Ébranler les paradigmes et Mieux communiquer [Diaporama]. La recherche en psychiatrie, à quoi ça sert ? 8^{ème} Journée scientifique de la F2RSM***, Lille, 2016. En ligne : <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/13031.pdf>
- **Notredame C.-É., Pauwels N., Walter M., Danel T., Vaiva G. Le traitement médiatique du suicide : du constat épidémiologique aux pistes de prévention. *La Presse Médicale***, 2015, vol. 44, n° 12, Partie 1 : p. 1243-1250. En ligne : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S075549821500370X>
- **Association des journalistes professionnels (Belgique). *Points de repère. Le traitement du suicide dans les médias***. Bruxelles : Association des journalistes professionnels, 2012 : 20 p. En ligne : <http://www.preventionsuicide.info/nosactions/guide.php>

SENTINELLES ET PRÉVENTEURS

- **Roberge M.-C., Bouguezour N., Maurice P. (coor.). *Capacité d'agir des sentinelles en prévention du suicide au Québec. Étude descriptive***. Québec : INSPQ, 2018 : 86 p. En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2469>
- **Comité régional d'orientation des conditions de travail de Bretagne. *Rôle et coordination des préventeurs en cas de suicide en lien avec le travail***. Rennes : CROCT Bretagne, 2018 : 28 p. En ligne : <http://bretagne.direccte.gouv.fr/Role-et-coordination-des-preventeurs-en-cas-de-suicide>
- **Direction générale de la Santé. *Synthèse des initiatives régionales contre le suicide 2011-2014. Annexe du bilan du Programme d'actions contre le suicide 2011-2014***. Paris : Direction générale de la Santé, 2015 : 40 p. En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_pnacs_2011-2014.pdf
- **Jobin L., Chavarria W., Bouzidi M. *Implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide dans quatre régions du Québec. Rapport d'évaluation***. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012 : 58 p. En ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000391>
- **Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide. Cadre de référence***. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006 : 70 p. En ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001173/>

TRAITEMENT MÉDIATIQUE DU SUICIDE

- **Organisation mondiale de la Santé. *Prévention du suicide : Guide à l'usage des réalisateurs et des autres personnes travaillant pour la scène ou l'écran***. Genève : OMS, 2019 : 27 p. En ligne : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329958>
- **Gauld C. *Construction et validation d'une grille d'évaluation quantitative sur le suicide représenté dans le cinéma [Thèse d'exercice pour l'obtention du titre de Docteur en Médecine]***. Grenoble : Université Grenoble Alpes, 2019 : 242 p. En ligne : <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-02265632>
- **Notredame C.-E., Pauwels N., Vaiva G., Danel T., Walter M. *Peut-on faire du journaliste un acteur de la prévention du suicide ? L'Encéphale***, 2016, vol. 42, n° 5 : p. 448-452. En ligne : <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.024>

ORGANISMES ET SITES RESSOURCE

- **Centre de ressources en suicidologie (CRES)**
Situé au Centre thérapeutique spécialisé Popincourt à Paris et géré par l'association Recherche et Rencontres, le CRES a notamment pour objectifs de permettre l'accès à une bibliothèque en suicidologie et à des nombreuses ressources, de soutenir l'existence et la progression de la suicidologie française et francophone, d'aider à la formation en prévention du suicide, d'informer sur la recherche et proposer des axes en fonction de l'actualité, d'entretenir une collaboration avec les associations de prévention de suicide et de suicidologie, ou encore de promouvoir la prévention du suicide et la connaissance en suicidologie.
En ligne : <https://cresuicidologie.fr>
Catalogue de la bibliothèque : <http://cresuicidologie.docressources.fr>
- **Filsantejeune.com**
Un site à destination des jeunes de 12 à 25 ans complété de forums, d'un espace où poser ses questions et d'un numéro d'aide anonyme et gratuit.
En ligne : <https://www.filsantejeunes.com/mal-etre/du-coup-de-blues-aux-idees-noires>
- **Groupe d'études et de prévention du suicide (GEPS)**
Le site du GEPS, association Loi 1901 créé en 1969 qui a pour vocation de regrouper des professionnels et des intervenants concernés par les problèmes du suicide. Le GEPS regroupe des professionnels et des intervenants qui ont dans leur champ d'actions la question de la prévention du suicide. En plus de la promotion et de l'organisation de Journées annuelles depuis plus de 40 ans, le GEPS s'implique dans le soutien d'actions de recherches, de formation, de prévention et d'actions utiles à la prévention du suicide.
En ligne : <https://www.geps.asso.fr/>
- **Infosuicide.org : Portail d'informations, espace d'échanges et de débats**
Ouvert en 1998 à l'initiative du Centre de Prévention du Suicide Paris, ce site a pour but de relayer l'actualité sur la question, d'ouvrir un espace d'échanges, de débats et de partage de savoirs sur la question du suicide et de sa prévention.
En ligne : <https://www.infosuicide.org>
- **Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)**
La rubrique « Suicide au travail » du site de l'INRS traite de la gestion dans l'entreprise de la situation de crise que constitue

un suicide ou une tentative de suicide sur le lieu du travail et inscrit sa prévention dans le cadre plus large de la prévention des risques psychosociaux.

En ligne : <http://www.inrs.fr/risques/suicide-travail/ce-qu-il-faut-retenir.html>

Observatoire du suicide (ONS)

L'Observatoire national du suicide, créé auprès du ministre chargé de la Santé par le décret n° 2013-809 du 9 septembre 2013 a pour mission de coordonner et d'améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide mais aussi de produire des recommandations, notamment en matière de prévention. Il est composé à la fois d'experts, de professionnels de santé, de parlementaires, de représentants d'administrations centrales et de représentants d'associations de familles et d'usagers. La Drees est chargée d'en assurer le secrétariat. Santé publique France contribue aux travaux de l'Observatoire. Trois rapports ont été publiés par l'Observatoire. Ils fournissent une vue d'ensemble et détaillée des connaissances et travaux de recherche français consacrés à la thématique du suicide. Un 4^e rapport est à paraître début 2020.

En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/>

Papageno

Le site du programme français *Papageno* ayant pour but de produire et diffuser des solutions innovantes pour tous ceux qui souhaitent s'engager dans la prévention de la contagion suicidaire, la promotion de l'entraide et l'accès aux soins.

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

Réseau Agri-Sentinelles

Le Réseau Agri-Sentinelles est un réseau multi-partenarial qui vise à sensibiliser, former, outiller les femmes et hommes volontaires qui travaillent au contact des agriculteurs pour s'impliquer dans la prévention du suicide, afin de mieux repérer les agriculteurs qui rencontrent de graves difficultés ou qui sont en détresse psychologique, orienter les agriculteurs pour faciliter leur accès à un dispositif d'accompagnement existant, développer des attitudes adaptées aux agriculteurs en situation de fragilité, partager ses expériences.

En ligne : <https://reseau-agri-sentinelles.fr/>

Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS)

Regroupement national d'une quarantaine d'acteurs de la prévention du suicide, l'UNPS accompagne le travail préparatoire des politiques dans la définition des lignes stratégiques relatives à la prévention du suicide. Elle a une action de plaidoyer auprès des institutions publiques et politiques pour influencer et modifier les comportements et prises de position. Elle met en place diverses actions et réalisations pour alerter, sensibiliser et informer l'opinion publique sur le suicide et sa prévention.

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

VigilanS

Le site du dispositif Vigilans, destiné à la prévention de la récurrence suicidaire. S'appuyant sur les structures de soins existantes dans la région Nord-Pas-de-Calais, Vigilans se propose d'en améliorer la coordination et d'aider à tisser un véritable réseau autour des personnes en crise suicidaire.

En ligne : <http://dispositifvigilans.org/>

EN RÉGION

• Institut régional Jean Bergeret

En région Auvergne-Rhône-Alpes, l'Institut régional Jean Bergeret a développé, depuis plusieurs années, une expertise en matière de prévention du risque suicidaire. Il propose avec le soutien de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, des activités d'appui aux acteurs,



© DR Vigilans Languedoc-Roussillon

professionnels et bénévoles sur ce champ : actions de communication et de plaidoyer, actions de formation, création et mise à disposition d'outils de prévention, mise en réseau, services documentaires, soutien méthodologique.

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

LIGNES D'ÉCOUTE

• Une **carte postale** de promotion des sites et lignes de prévention du mal-être et du suicide soutenus par Santé publique France est disponible à la commande sur le site de l'Agence :

En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=Pr%C3%A9vention%20du%20mal-%C3%A4tre%20et%20du%20suicide%20-%20Aide%20%C3%A0%20distance%20en%20sant%C3%A9>

• Agri'écoute

Service d'écoute mis en place par la Mutualité sociale agricole (MSA) pour accompagner les exploitants et salariés agricoles ainsi que leur famille en cas de situation de souffrance ou de détresse.

En ligne : <https://www.msa.fr/lfy/solidarite/prevention-suicide>

• Ligne Azur

Dispositif d'information contre l'homophobie et pour la prévention du suicide pour toute personne qui se pose des questions sur son orientation sexuelle et/ou son identité de genre, et/ou victime d'homophobie. Dispositif anonyme et confidentiel. S'adresse aussi aux proches et aux professionnels (éducateurs, médecins, etc.) qui seraient sollicités ou en lien avec une personne en difficulté.

En ligne : <https://www.ligneazur.org>

• Phare enfants-parents

Accueil et écoute des parents confrontés au mal-être et au suicide des jeunes.

En ligne : <https://phare.pads.fr>

• SOS Amitié France

Depuis 50 ans, service à l'écoute des personnes en situation de détresse. Anonymat et confidentialité.

En ligne : <https://www.sos-amitie.com>

• SOS Suicide Phénix

Accueil et écoute des personnes en souffrance ou confrontées au suicide.

En ligne : <https://sos-suicide-phenix.org>

• Suicide Écoute

Écoute des personnes en grande souffrance psychologique ou confrontées au suicide, et de leur entourage.

En ligne : <https://suicideecoute.pads.fr>

Évaluation d'impact sur la santé des habitants : définition et modalités de mise en œuvre

Françoise Jabot,
Enseignante-chercheuse, université
de Rennes, école des hautes études
en santé publique (EHESP),
Centre national de la recherche
scientifique (CNRS), Arènes – UMR 6051,
Rennes.

Dans l'évaluation d'impact sur la santé (EIS), il y a trois termes – évaluation, impact et santé – ayant chacun une signification bien précise. L'évaluation d'impact sur la santé est une opération d'évaluation, c'est-à-dire d'estimation, de caractérisation, de mesure de

l'importance et de la probabilité de survenue des impacts. Ceux-ci sont entendus comme des conséquences potentielles et non recherchées de politiques, programmes ou projets sur la santé des populations, avant même leur mise en œuvre. La notion de santé est abordée dans une acception large, prenant en considération tant la dimension négative (survenue de pathologies) que la dimension positive (bien-être et qualité de vie).

L'évaluation d'impact sur la santé s'intéresse aux impacts sur la santé de politiques publiques, de projets, de programmes, qui n'ont pas pour objectif principal d'agir sur la santé. Il peut s'agir par exemple :

- de politiques de transport (construction d'un aéroport, mise en place de péages à l'entrée des villes) ;
- de politiques énergétiques (installation d'éoliennes, projet d'exploitation pétrolière) ;
- d'un projet de réaménagement urbain ;
- d'un projet de mesures législatives (mise en place de taxes, sécurité au travail).

L'évaluation d'impact sur la santé consiste à examiner en détail ce qu'il est prévu de faire, ce que cela va entraîner, qui va être concerné (tout le monde ou certaines catégories de population) et comment cela va transformer les conditions de vie de ces personnes et donc leur santé. Ainsi, si l'on taxe le carburant, si l'on construit des pistes cyclables, si l'on améliore la disponibilité en transports en commun, il y aura moins de véhicules en circulation dans les villes, davantage de personnes utiliseront les transports en commun ou leur bicyclette. De ce fait, la qualité de l'air étant améliorée, le nombre de maladies respiratoires diminuera ; la pratique de l'activité physique augmentera – on connaît ses bienfaits en termes de prévention des maladies chroniques.

Le but de la démarche est de pouvoir intervenir avant la réalisation du projet ou de la politique, pour les faire évoluer afin de les rendre plus favorables à la santé, à savoir : proposer des mesures destinées à atténuer leurs impacts négatifs et renforcer leurs impacts positifs. L'EIS a pour vocation de sensibiliser les décideurs sur les conséquences de leur choix. Ainsi, elle poursuit une triple finalité : aider à la décision, instiller la dimension santé dans

Tableau 1. Les étapes de la démarche d'évaluation d'impact sur la santé (EIS). (Jabot et Roué Le Gall, 2019.)

Étape 1 – Analyse préalable (appelée aussi « Sélection »)
<p>Cette étape consiste à juger de la pertinence et de l'utilité de la mise en œuvre ou non d'une EIS en identifiant si le projet est susceptible d'affecter la santé et le bien-être d'un ou de plusieurs groupes de populations et s'il est possible de le faire évoluer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyser les enjeux du projet et de l'EIS. • Estimer sommairement les impacts possibles et les groupes de populations potentiellement affectés. • Apprécier la faisabilité (calendrier, ressources, temps, compétences, disponibilité et mobilisation des données) et la plus-value (marges de manœuvre existantes) de l'EIS.
Étape 2 – Cadrage
<p>Cette étape consiste à délimiter le cadre de l'EIS et à en planifier la mise en œuvre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clarifier les buts et les objectifs de l'EIS et anticiper les suites. • Expliciter les liens entre le projet et la santé en élaborant un modèle causal. • Faire une revue de la littérature sur les thématiques concernées. • Dresser le profil des personnes affectées par le projet. • Délimiter le périmètre géographique et le cadre temporel de l'EIS. • Recentrer l'EIS sur les impacts spécifiques à estimer. • Repérer les différents acteurs impliqués dans le projet. • Organiser la gouvernance de l'EIS (modalités de participation des acteurs, modalités de travail). • Mobiliser les ressources nécessaires à la réalisation de l'EIS. • Établir le calendrier.
Étape 3 – Estimation des impacts
<p>Cette étape consiste à estimer et à caractériser les impacts potentiels (positifs et négatifs) du projet et leur distribution au sein de la population identifiée lors de l'étape de cadrage.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Élaborer les outils permettant de classer et d'organiser les impacts potentiels. • Identifier et collecter les données nécessaires à l'estimation des impacts. • Estimer et caractériser les impacts en croisant les différents types de données. • Hiérarchiser les impacts positifs ou négatifs du projet sur la santé.
Étape 4 – Recommandations et communication des résultats
<p>Cette étape consiste à organiser les conclusions, formuler des recommandations et communiquer avec les décideurs et l'ensemble des parties prenantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Synthétiser les résultats et faire une analyse globale du projet, prenant en compte les interactions entre les impacts. • Faire des recommandations en vue d'atténuer les impacts négatifs et de renforcer les impacts positifs. • Restituer les résultats et les communiquer.
Étape 5 – Suivi de la mise en œuvre des recommandations
<p>Cette étape consiste à assurer le suivi de la mise en œuvre des recommandations.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Élaborer un tableau de bord de suivi et un calendrier d'exécution. • Mettre en œuvre un cadre permettant le suivi de ces recommandations.
Étape 6 – Évaluation de l'EIS
<p>Cette étape consiste à apprécier les retombées de l'EIS sur la décision, les représentations et les pratiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyser les conditions de réalisation de l'EIS (évaluation de processus). • Analyser le respect des standards de l'EIS (évaluation de la qualité). • Apprécier les effets de l'EIS (efficacité, plus-value).

Sources : École des hautes études en santé publique (EHESP), à partir de Bhatia *et al.*, 2014 ; Birley, 2011 ; Green *et al.*, 2018 ; Kemm, 2013.

L'ESSENTIEL

► **Processus innovant lancé sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'évaluation mesure les impacts – tant positifs que négatifs – que vont avoir des projets d'urbanisme ou autres programmes publics sur la santé des habitants. Bilan de mise en œuvre et focus sur plusieurs évaluations d'impact sur la santé (EIS) en région Pays-de-la-Loire, Bretagne et Île-de-France.**



© KMSF/Paris 2024

les autres secteurs, renforcer les capacités des citoyens à agir et influencer les politiques qui les concernent.

La démarche d'évaluation d'impact sur la santé est devenue une pratique reconnue à partir de 1999, à l'issue d'une rencontre internationale à Göteborg sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), au cours de laquelle des experts ont défini les fondamentaux de la démarche [1]. Elle est structurée en plusieurs étapes, selon des standards méthodologiques adoptés par la communauté internationale (voir

tableau 1, p. 38. Les étapes de la démarche d'évaluation d'impact sur la santé) et elle repose sur un ensemble de valeurs communes à celles de la promotion de la santé : équité, démocratie, approche globale de la santé, considération pour toutes les formes de connaissances et de savoirs [2]. ■

L'AUTEURE DÉCLARE N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] World Health Organization (WHO). *Health impact assessment: main concepts and suggested approach*. Gothenburg Consensus Paper, Bruxelles, déc. 1999 : 10 p. En ligne : http://www.impactsante.ch/pdf/HIA_Gothenburg_consensus_paper_1999
- [2] Kimm J. R. *Health impact assessment past achievement, current understanding, and future progress*. Oxford : Oxford University Press, 2013.

ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ : PREMIER BILAN POUR LA FRANCE

En France, les premiers travaux d'évaluation d'impact sur la santé (EIS) ont commencé au début des années 2010 et se sont multipliés très rapidement. Fin 2013, quatre EIS étaient achevées. Au cours des cinq années suivantes, le nombre de travaux engagés a été décuplé, mais seulement la moitié d'entre eux est aujourd'hui achevée. Les deux tiers des EIS portent sur des projets d'aménagement urbain, les autres étant réparties entre projets d'équipements, politiques, plans et programmes. Elles sont généralement confiées à un prestataire extérieur (établissement universitaire, observatoire régional de santé, bureau d'études) ; plus rarement, elles sont effectuées par l'institution responsable du projet concerné. Les évaluations d'impact sur la santé ont été expérimentées dans 10 des 13 régions métropolitaines et dans une

région ultramarine. Le nombre d'évaluations varie d'une région à l'autre (de 1 à 15), en fonction de l'engagement des agences régionales de santé – qui les financent – aux côtés des collectivités. Trois régions (Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Pays-de-la-Loire) ont souhaité apprécier la plus-value de la démarche et ont initié des travaux d'évaluation.

On relève une grande hétérogénéité parmi les travaux exécutés ; certains étant toujours au stade de projet, d'autres ayant évolué vers une autre activité ou n'empruntant que quelques éléments de la méthode. Pour ces raisons, il est bien difficile de fournir le nombre exact d'évaluations d'impact sur la santé réalisées, le qualificatif d'EIS n'étant pas applicable à tous les travaux répertoriés. L'évaluation d'impact sur la santé est une voie particulièrement inté-

ressante pour introduire la santé dans les projets d'aménagement urbain, mais il est nécessaire de garder à l'esprit que l'EIS est une activité d'évaluation pour laquelle la disponibilité de données est indispensable afin de réaliser l'estimation et la caractérisation des impacts. Il est plus adéquat – quand le projet n'est pas suffisamment avancé – d'accompagner les acteurs dans la construction de ce projet afin de les aider à mettre en œuvre les principes de l'urbanisme favorable à la santé.

La communauté naissante de praticiens en EIS se structure et dispose désormais d'une plateforme de partage de connaissances et d'expériences (<https://real.ehesp.fr/eis>).

Françoise Jabot

Évaluation d'impact sur la santé en Pays-de-la-Loire : quels enseignements pour les acteurs de la promotion de la santé ?

Françoise Jabot,

Enseignante-chercheuse, université de Rennes, École des hautes études en santé publique (EHESP), Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Arènes – UMR 6051, Rennes, Julie Romagon, Guilhem Dardier, ingénieurs d'études, École des hautes études en santé publique (EHESP), Rennes.

En France, l'évaluation d'impact sur la santé (EIS), aujourd'hui en plein essor, est expérimentée comme une voie nouvelle pour relever un double défi : améliorer l'état de santé de la population et contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé. En effet, les collectivités territoriales et les agences régionales de santé (ARS) se sont engagées ensemble dans la démarche, un engagement facilité par les partenariats construits au fil des années et consolidés par les réformes successives [1]. Dans la région des Pays-de-la-Loire, l'ARS a soutenu en 2016 l'expérimentation de trois évaluations d'impact sur la santé¹ et a souhaité prendre du recul avant de s'engager plus avant dans le déploiement de la démarche. Ainsi, une évaluation a été lancée afin d'apprécier l'influence de l'EIS sur les projets et de repérer les facteurs de réussite ou d'échec de ces EIS [2].

Des changements à plusieurs niveaux

Les travaux de recherche développés sur l'utilisation de la connaissance et de l'évaluation ont permis de montrer que ce n'est pas seulement à travers la prise en compte des recommandations que l'on peut juger de l'utilité d'une évaluation [3]. En effet, les changements peuvent être également appréciés au niveau des acteurs (évolution des représentations, des pratiques, des capacités), des institutions et des politiques, et ce à court, moyen ou

L'ESSENTIEL

■ **En Pays-de-la-Loire, deux programmes de renouvellement urbain à Nantes – Saint-Herblain et à Angers et le programme de prévention des inondations de l'île de Noirmoutier ont fait l'objet d'une évaluation d'impact sur la santé (EIS). Une équipe de chercheurs a analysé le processus de déploiement de la démarche EIS et ses effets. Si le recul n'est pas suffisant pour en apprécier tous les résultats à long terme, les EIS ont d'ores et déjà permis à la santé de s'inviter dans quelques-unes des politiques qui déterminent l'état de santé de la population : urbanisme, habitat, transports, services publics. Des premiers résultats encourageants.**

long terme. Si dans les évaluations d'impact sur la santé observées, les recommandations ont bien été discutées et adoptées, leur prise en compte effective ne pourra être vérifiée qu'à long terme, compte tenu du délai de réalisation des projets d'aménagements urbains. Pour autant, on a pu observer que l'EIS a parfois conduit :

- à l'adoption de mesures techniques – localisation d'équipements ;
- à l'adoption de mesures stratégiques – prise en compte dans le futur plan ;
- à la mise à l'agenda d'une problématique spécifique – réhabilitation d'équipements scolaires ;
- à transformer les représentations et les pratiques professionnelles.

En effet, l'évaluation d'impact sur la santé s'attache à expliciter les chemins possibles et plausibles entre le projet étudié et la

santé via les déterminants ainsi que les mécanismes par lesquels les impacts se produisent. Cette opération de déconstruction permet de questionner le fondement des stratégies sur lesquelles reposent les politiques ; elle rend compréhensibles aux acteurs des autres domaines la notion de déterminants de santé et, par extension, les causes des inégalités sociales de santé. Par ailleurs, elle leur donne l'occasion d'importer de nouveaux outils pour poser un regard différencié, plus global et collectif sur les politiques publiques. L'outil de catégorisation des résultats [4], qui fait partie de la panoplie des acteurs de la promotion de la santé, trouve ici un champ d'application. L'EIS incite également à renouveler les méthodes d'animation et/ou d'analyse (ateliers, cartographies, observation directe sur site). En faisant asseoir à la même table des acteurs venus d'institutions et de services différents, l'animation de la démarche génère des échanges entre des secteurs (logement, transport, urbanisme, santé...), entre techniciens, professionnels et élus ; elle montre également les complémentarités et les contributions respectives de chacun à l'amélioration de la santé, par le biais d'une action collective sur les déterminants.

Les trois expériences témoignent de l'intérêt porté à la démarche, dans la mesure où elle est un point de rencontre entre les préoccupations des institutions et celles des acteurs sur plusieurs points :

- élaborer des politiques plus favorables à la santé ;
- agir sur les racines des inégalités de santé ;
- inclure davantage les citoyens et les habitants dans la décision publique ;
- renforcer le maillage intersectoriel.

Les facteurs de réussite dépendent majoritairement :

- de l'engagement des acteurs (dont les destinataires des recommandations) ;
- de la temporalité de l'évaluation d'impact

sur la santé (ni trop tôt, afin de disposer de données consistantes sur le projet, ni trop tard afin de disposer d'une marge de manœuvre pour le faire évoluer) ;

- du soutien institutionnel et politique ;
- de l'accompagnement méthodologique de la démarche ;
- de la qualité pédagogique et d'animation du binôme évaluateur-référent de l'institution.

La place des citoyens dans la démarche

La participation des parties prenantes – personnes intéressées ou potentiellement affectées par le projet, notamment la population – est un principe majeur de l'évaluation d'impact sur la santé [5]. Faire participer les citoyens ne signifie pas qu'ils seront approchés pour recueillir leurs points de vue sur le projet, mais qu'ils contribueront activement à la réflexion. L'EIS s'inscrit dans une démarche de recherche interventionnelle et ne doit pas être confondue avec un diagnostic partagé porté sur un projet ou une enquête de consultation des habitants. En région des Pays-de-la-Loire, chacune des trois EIS a impliqué un large panel d'acteurs avec le souci d'accorder une place aux habitants à différentes étapes de la démarche. À côté des modes classiques de recueil de données, d'autres approches : balades urbaines, ateliers pluralistes, ont été tentées pour recueillir la parole des habitants – y compris celle des plus éloignés des dispositifs de concertation habituels (personnes vulnérables, enfants). Cette parole a ensuite été croisée avec le discours des professionnels afin de mieux connaître les mécanismes de survenue des impacts, puis des recommandations ont été formulées au regard des impacts estimés. Pour autant, l'inclusion des habitants dans les instances de gouvernance n'a pas toujours été de mise. La mise en œuvre de la participation citoyenne dans l'évaluation d'impact sur la santé rencontre trois écueils : la représentativité relative des citoyens présents, la réticence de certains responsables publics envers les échanges avec les citoyens, la méfiance des habitants quant au devenir de leur contribution. En effet, ces derniers sont régulièrement appelés à se prononcer sur les politiques urbaines, qu'il s'agisse de procédures de consultation formelles ou d'initiatives propres à une collectivité. L'invitation à participer à l'EIS constitue une sollicitation supplémentaire et ils doutent de la prise en compte réelle de leur apport :

« Il y a eu plein de concertations dans les années 2009-2010, c'est là qu'il y avait plein d'ateliers urbains et qu'on nous a fait rêver [...] les élections municipales, ça a fait des coupures aussi, bah évidemment, ils n'ont pas repris le même projet ».

Est également contestée l'utilité des recommandations issues de l'évaluation d'impact sur la santé au regard du décalage entre les problèmes vécus et les solutions apportées par le projet d'aménagement.

« Les problèmes des gens, je les voyais pas dans les préconisations [...] au cœur du quartier, c'est l'emploi, c'est la délinquance de tout genre, les incivilités bêtes et ridicules [...], le mal-être, le mal-vivre, le fait de ne pas avoir de boulot, que les gamins, ils ont jamais vu leurs parents travailler, qui bah, oui, gagnent de l'argent facile en faisant autre chose [...] c'est pas des bancs qui vont résoudre les problèmes. »

Pour les élus, la participation citoyenne dans l'évaluation d'impact sur la santé est vue tantôt comme une interférence dans leur communication sur le projet, ou à l'inverse, comme une approche efficace pour repositionner le citoyen au cœur des politiques.

« Cette étude d'impact santé a ce privilège de nous interroger sur un ensemble de paramètres divers et diversifiés (espaces verts, environnement, énergies renouvelables, stationnement, garde d'enfants) dont les citoyens peuvent se saisir, nous interroger et exiger de nous qu'on apporte des réponses, pertinentes ou pas, parce qu'on n'a pas répondu à l'ensemble des questions. »

Le rôle de vigie des acteurs de la promotion de la santé

Trait d'union entre connaissance théorique et observation empirique, l'évaluation d'impact sur la santé porte en elle les germes de changement en faveur de plus de santé dans les autres politiques. Les travaux conduits dans plusieurs pays soulignent le rôle majeur du secteur de la santé dans le plaidoyer en faveur des EIS et le développement de la pratique, qui dépend aussi de la place accordée à la promotion de la santé. Les acteurs de la promotion de la santé, au nom de leur savoir-faire et des valeurs qu'ils défendent, ont un rôle à jouer aux côtés des autres acteurs afin de veiller à la mise en application – au-delà de l'énonciation – des principes de démocratie, de justice sociale et de pouvoir d'agir des citoyens. ■

1. EIS portant sur l'intégration d'une maison de santé pluriprofessionnelle au sein du projet de renouvellement urbain du quartier de Bellevue à Nantes et Saint-Herblain; EIS du projet de renouvellement urbain du quartier Monplaisir à Angers; EIS du programme d'actions de prévention des inondations (Papi) de l'île de Noirmoutier.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Jabot F., Roué Le Gall A. Quelle plus-value de la démarche d'évaluation d'impact sur la santé pour les politiques urbaines ? *Lien social et Politiques*, 2017, n° 78 : p. 112-131. En ligne : <https://www.erudit.org/fr/revues/lsp/2017-n78-lsp03015/1039341ar.pdf>
- [2] Jabot F., Romagon J., Dardier G., Bué A.-F. *Évaluation du déploiement de la démarche d'évaluation d'impact sur la santé en Pays-de-la-Loire*. [Rapport final] Février 2018. En ligne : <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.27868.44160>
- [3] Blake S. C., Ottoson J. M. Knowledge utilization: Implications for evaluation. *New Directions for Evaluation*, 4 déc. 2009, n° 124 : p. 21-34.
- [4] Cloetta B., Spörri-Fahmi A., Spencer B., Ackermann G., Broesskamp-Stone U., Ruckstuhl B. *Promotion santé suisse. Guide pour la catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention*. Berne : Promotion santé suisse, 2005 : 27 p. En ligne : https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/wirkungsmanagement/ergebnismodell/Guide_Outil_de_categorisation_des_resultats_de_Promotion_Sante_Suisse.pdf
- [5] Mindell J., Ison E., Joffe M. A glossary for health impact assessment. *Journal of Epidemiology and Community Health*, sept. 2003, vol. 57, n° 9 : p. 647-651. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732576/pdf/v057p00647.pdf>

Strasbourg : Des habitants collaborent à une évaluation d'impact sur la santé

Guilhem Dardier,
chargé d'études et de recherche,
département Sciences humaines et sociales,
École des hautes études en santé publique
(EHESP), Rennes,
Marion Oberlé,
chargée de projets et responsable territoriale
Alsace, Instance régionale d'éducation et
de promotion de la santé (Ireps) Grand Est.

L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) répond à des principes de démocratie, de justice sociale et de prise en compte des savoirs de la population qui appellent ses praticiens à associer les citoyens à la démarche [1]. À Strasbourg, l'EIS, conduite de novembre 2016 à novembre 2017, portait sur le projet d'aménagement urbain du quartier du Port-du-Rhin. Ce projet, qui a un impact important sur la qualité de vie des habitants concernés, prévoit l'arrivée d'une ligne de tramway et de plusieurs commerces et services dans le quartier, la construction de plus de 2 000 logements ainsi que la réhabilitation de nombreux espaces publics, y compris en bordure du Rhin.

Afin de mettre en œuvre les principes de l'EIS et d'asseoir la légitimité et la crédibilité de ses résultats, la Ville et l'Eurométropole de Strasbourg ont mis en place une démarche collaborative avec les habitants. La réussite d'un tel travail s'accompagne, tant auprès des décideurs que des habitants, d'une clarification préalable des objectifs de la démarche : le rôle d'une évaluation d'impact sur la santé n'est ni d'organiser une procédure de concertation autour du projet étudié, ni d'informer les habitants des évolutions de leur quartier. L'EIS est une démarche participative qui a un double objet : recueillir ou produire des connaissances pour prendre une décision fondée sur une analyse scientifique et favoriser le partage du pouvoir de décision entre l'ensemble des acteurs du projet [2].

Dès lors, en tant qu'opérateur de l'EIS, comment travailler concrètement avec les habitants ? Et comment définir ce qui relève de la participation citoyenne ?



© SPL Deux Rives

L'ESSENTIEL

▣ Dans le quartier du Port-du-Rhin à Strasbourg, les habitants ont pris part à l'évaluation d'impact sur la santé d'un projet d'aménagement urbain affectant leur cadre et leur qualité de vie. Retour sur expérience.

L'intégration d'habitants aux instances de pilotage pour une participation citoyenne

Pour travailler avec les habitants dans le cadre d'une évaluation d'impact sur la santé, le premier levier consiste à leur permettre d'être parties prenantes actives dans ses instances de pilotage. À Strasbourg, deux représentantes des instances de démocratie locale¹ siégeaient au comité de pilotage et au comité technique de l'EIS. À ce titre, elles ont pu prendre part aux discussions relatives au périmètre de l'EIS, puis à l'élaboration des recommandations. Au regard des connaissances scientifiques (échelle de la participation d'Arstein²), de telles modalités de travail se situent entre la coopération symbolique et le partage effectif du pouvoir décisionnel [3]. Elles ont pour postulat de générer des effets tant sur le projet – le rendre plus pertinent au regard des modes de vie des habitants – que sur les individus

– développer leur capacité d'agir – et sur les institutions – modifier les manières de travailler entre habitants et décideurs [2].

Le recueil de données auprès des habitants : un travail de terrain au service de l'analyse scientifique

Le second levier pour travailler avec les habitants d'un quartier dans le cadre d'une évaluation d'impact sur la santé est de les associer à la production des connaissances, en recueillant des données de terrain avec eux et auprès d'eux [4 ; 5].

À Strasbourg, trois principes nous ont guidés : rencontrer un panel représentatif de la population du quartier avec des supports d'animation adaptés à tous les publics : micro-trottoir, atelier dessin, vidéo, groupe de discussion (*focus group*) ; veiller à la participation des populations vulnérables ; s'appuyer sur les structures locales pour leur connaissance du territoire et ses enjeux.

Une fois recueillies, les données ont été croisées, puis confrontées avec les enseignements de la littérature scientifique afin de nourrir le travail d'estimation des impacts et de formulation des recommandations. Par exemple, dans le cadre d'une matinée animée par l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la

santé (Ireps) à l'école primaire du Rhin, il fut dans un premier temps demandé aux élèves de dessiner leur quartier actuel, et dans un second temps, d'y ajouter, dans une couleur différente, des éléments correspondant à des manques ou à des envies. Les conclusions de ce travail ont servi l'analyse des impacts du projet sur le cadre de vie des enfants. Elles ont ainsi nourri les recommandations relatives à l'implantation des équipements sportifs dans le quartier et au rapport des habitants à leur environnement naturel (les dessins faisaient apparaître une surreprésentation des routes, des stades et des points d'eau, mais l'absence du fleuve Rhin [6]).

Travailler avec les habitants : un partenariat qui s'inscrit dans le temps long

Travailler avec les habitants est une démarche qui s'inscrit dans un temps long, nécessaire pour établir une relation de confiance. C'est en acceptant cette temporalité, et en la conciliant avec les différentes logiques des acteurs mobilisés (décideurs, techniciens, partenaires) que l'on facilite l'implication de tous dans l'évaluation d'impact sur la santé et que l'on peut, ainsi, essayer de construire collectivement des projets favorables à la santé.

Au Port-du-Rhin, ce travail a pris plus d'un an, mais ses débouchés sont multiples : deux ans après la fin de la démarche (fin 2017), et alors que le projet d'aménagement est toujours en cours de réalisation, toutes les recommandations issues de l'EIS ont été adoptées par la Ville et par l'Euro-métropole de Strasbourg ; elles sont en cours de mise en œuvre, certaines étant déjà

opérationnelles. Par ailleurs, l'évaluation d'impact sur la santé a remis à l'agenda des problématiques locales connues, mais peu traitées jusque-là (stationnement, accès aux soins, précarité énergétique) et elle a parfois accéléré la mise en place de solutions concrètes : création d'une maison de santé, installation d'une colocation solidaire. Enfin, en novembre 2019, il a été organisé un temps de restitution des résultats de l'EIS à l'intention des habitants. Ce temps s'est articulé autour de la présentation d'outils développés dans le cadre de l'évaluation d'impact sur la santé, grâce à l'intervention d'un artiste bénévole d'une association locale : des portraits et des témoignages d'habitants, captés en photo et en vidéo pendant l'EIS, y ont ainsi été valorisés. ■

Pour en savoir plus

- https://www.researchgate.net/publication/328042519_Evaluation_d%27impact_sur_la_sante_du_projet_d%27amenagement_du_quartier_de_Port-du-Rhin_a_Strasbourg?showFulltext=1&linkd=5bb476cf299bf13e605d1528

1. À savoir le conseil de quartier, instance créée par la loi de 27 février 2002 dans l'objectif de favoriser la participation citoyenne partout en France et obligatoire pour toutes les communes de plus de 80 000 habitants, et le conseil citoyen, instance créée par la loi du 21 février 2014 dans l'objectif d'associer les habitants des quartiers prioritaires à la conception et à la mise en œuvre des projets qui les concernent et dans les quartiers « Politique de la ville ».

2. Établie en 1969 par Sherry Arnstein, cette échelle identifie huit stades différents de participation, classés selon le rôle joué par les citoyens dans le processus décisionnel. Aux niveaux les plus bas, les citoyens sont « manipulés » et ne participent qu'à « titre décoratif », tandis qu'aux niveaux les plus élevés, le pouvoir leur est « délégué » et ils « contrôlent » tout le processus.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] World Health Organization. *Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach*. Gothenburg Consensus Paper, Bruxelles, déc. 1999 : 10 p. En ligne : http://www.impactsante.ch/pdf/HIA_Gothenburg_consensus_paper_1999
- [2] den Broeder L., Uiters E., ten Have W., Wagemaekers A., Jantine Schuit A. Community participation in Health Impact Assessment. A scoping review of the literature. *Environmental Impact Assessment Review*, sept. 2017, n° 66 : p. 33-42. En ligne : <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S019592551730015X?token=B64CFB77DAF520A8819D8CDB5FDAACBACA457DE5D3A9C4DE15311AFBB94D358F4844F3EC83361D17D417C6AD6FD994>
- [3] Epstein R., Donzelot J. Démocratie et participation : l'exemple de la rénovation urbaine. *Esprit*, juillet 2006 : p. 5-34. En ligne : <https://esprit.presse.fr/article/epstein-renaud-et-jacques-donzelot/democratie-et-participation-l-exemple-de-la-renovation-urbaine-13495>
- [4] Villeval M., Bidault E., Lang T. Évaluation d'impact sur la santé et évaluation d'impact sur l'équité en santé : éventail de pratiques et questions de recherche. *Global Health Promotion*, sept. 2016, vol. 23, n° 3 : p. 86-94.
- [5] Gauvin F.-P. *Développer une stratégie de participation citoyenne en évaluation d'impact sur la santé. Guide pratique*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2013 : 45 p. En ligne : https://www.ccnpps.ca/docs/EIS_ParticipationCitoyenne_GuideFR.pdf
- [6] Jabot F., Roué Le Gall A., Dardier G., Oberlé M., Lemaire N., Romagon J., et al. *Évaluation des impacts sur la santé du projet d'aménagement du quartier de Port-du-Rhin*. [Rapport] Rennes : École des hautes études en santé publique (EHESP), 2017 : 161 p.

LES AUTEURS DÉCLARENT N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ : 56 RECOMMANDATIONS

Au total, 56 recommandations qui répondent directement aux résultats de l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) ont été adressées aux acteurs impliqués dans la conception et dans la mise en œuvre du projet d'aménagement du Port-du-Rhin (élus locaux, aménageurs, bailleurs sociaux, etc.).

Parmi ces recommandations, 38 sont d'ordre opérationnel. Elles s'inscrivent dans quatre thèmes : qualité de l'air ; espaces publics et équipements ; activité physique ; parcours

et cheminements. Il était par exemple préconisé d'installer des barrières de sécurité en bordure de pistes cyclables au niveau des pas de portes, d'aménager un jardin partagé et un équipement sportif au nord du jardin des Deux-Rives ou encore d'éloigner au maximum des principales sources d'émissions de polluants (avenue du Rhin, rue du Péage) les futurs équipements sportifs, récréatifs et d'accueil des personnes sensibles.

Les 18 recommandations restantes sont d'ordre stratégique, c'est-à-dire qu'elles portent sur les orientations générales de la politique urbaine de la Ville et de l'Euro-métropole de Strasbourg. Il s'agissait notamment d'inviter les pouvoirs publics à adopter une politique globale en matière de nature en ville, de penser la mixité résidentielle à différentes échelles du territoire et d'associer les habitants à la programmation des espaces publics.

Morbihan : évaluation des impacts sur la santé du café associatif de Monteneuf

Entretien avec Hervé Strilka,
chargé de projets, Instance régionale
d'éducation et de promotion de la santé
(Ireps) Bretagne, antenne du Morbihan.

La Santé en action : Dans quel contexte ce café associatif a-t-il été ouvert ?

Hervé Strilka : Comme beaucoup de bourgs en milieu rural, celui de Monteneuf a vécu la fermeture de ses commerces et le ralentissement de sa vie économique et sociale. Pour y pallier, l'équipe municipale a soutenu, dès 2010, l'ouverture d'un café associatif en 2016, puis sa réouverture en juin 2018, après des travaux de réhabilitation. L'évaluation a porté sur plusieurs éléments structurant le café : le bâtiment, son fonctionnement, ses prestations et ses relations avec les réseaux locaux. Les composantes qui ont le plus d'impacts sur les déterminants de la santé sont, par ordre décroissant : la tenue du bar par les bénévoles ; les activités sociales, culturelles et événementielles organisées et animées par les bénévoles ; les partenariats avec les commerces et les services locaux ; les horaires d'ouverture ; les aménagements intérieurs et extérieurs.

S. A. : Quel impact ce café a-t-il sur la santé des habitants ?

H. S. : Les impacts positifs sont : le développement de compétences individuelles et sociales – des bénévoles plus particulièrement –, du sentiment d'appartenance, de l'estime de soi ; une hausse de la solidarité, du soutien et de la cohésion sociale ; le développement économique et culturel ; l'amélioration du cadre de vie autour du café. Des impacts négatifs sur la santé des habitants ont été relevés ; il s'agit : de la hausse potentielle de la consommation d'alcool et des conduites à risques ; de la hausse des nuisances sonores ; du surmenage de certains bénévoles ; de l'inaccessibilité pour certains groupes sociaux.

S. A. : Quels sont les financeurs et les acteurs locaux soutenant le projet ?

H. S. : Le projet a été soutenu par l'agence régionale de santé dans le cadre du plan régional Santé Environnement Bretagne ; il a été accompagné par l'École des hautes études en santé publique (EHESP) de Rennes. Il s'est appuyé sur la motivation

L'ESSENTIEL

À Monteneuf (Morbihan), le café associatif a fait l'objet d'une évaluation d'impact en santé afin de déterminer ce qu'il apporte aux habitants : développement de compétences individuelles, accroissement des liens et des interactions sociales et dynamisation du territoire.

et sur l'engagement de l'équipe municipale, des coprésidents du café, des bénévoles et des habitants. Tous étaient en attente des recommandations à l'issue de cette évaluation, afin de les prendre en compte. Ce projet a nécessité un temps d'appropriation de la démarche d'évaluation.

S. A. : Comment s'est déroulée l'évaluation ?

H. S. : L'évaluation, en accord avec les préconisations du consensus de Göteborg, a été réalisée entre avril 2017 et septembre 2018 par Hervé Strilka (Ireps Bretagne) et Guilhem Dardier (EHESP), sous la direction de Françoise Jabot (EHESP). Cinq entretiens exploratoires et deux groupes de discussion (*focus group*) ont permis de recueillir des données auprès des habitants. Le projet s'est fondé sur la littérature scientifique, des publications et des documents non publiés [1 ; 2 ; 3 ; 4] et a fait l'objet d'une publication [5].

S. A. : Les recommandations de l'évaluation ont-elles été prises en compte ?

H. S. : Plusieurs recommandations opérationnelles ont été mises en œuvre. Ainsi, l'embauche d'une salariée en juillet 2019, qui a permis d'élargir les horaires d'ouverture, d'accueillir de nouvelles personnes et de soulager les bénévoles ; le développement des activités animées par les bénévoles : des cours de tricot en langue anglaise avec des résidents anglais qui partagent leur culture, soirées « Mondial de football féminin » ; des spectacles divers animés par des habitants et des artistes locaux (mime, théâtre, clowns, soirées cabarets) ; la vente de produits alimentaires locaux et bios ; l'affichage des horaires d'ouverture et de fermeture, l'arrêt du service de boissons alcoolisées une demi-heure avant la fermeture du bar, et la sensibilisation aux nuisances sonores à la sortie du bar ; l'aménagement

d'un parking éloigné du café pour diminuer les bruits de moteurs ; l'aménagement de la terrasse avec des murets anti-bruit et des espaces végétalisés. Certaines recommandations seront mises en œuvre à partir de l'automne 2019 avec le soutien de la nouvelle salariée : des formations sur les postures à adopter face aux clients alcoolisés ; de nouvelles modalités de communication auprès des populations actuellement éloignées de l'accès au café. D'autres recommandations relèvent de la politique générale de revitalisation du bourg : l'amélioration de l'accès du café par des cheminements doux (à pied et à vélo) ; l'inclusion de ces voies d'accès dans la boucle qu'empruntent les touristes et les randonneurs. ■

Contact : herve.strilka@irepsbretagne.fr
Propos recueillis par Yves Géry,
rédacteur en chef.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Breton E., Jabot F., Pommier J., Sherlaw W. (dir.) *La Promotion de la santé, comprendre pour agir dans le monde francophone*. Rennes : Presses de l'EHESP, avril 2017.
- [2] *L'Évaluation d'impacts sur la santé, une aide à la décision pour des politiques favorables à la santé, durables et équitables*. Paris : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), 2015 : 12 p. En ligne : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/EIS_Outil_plaidoyer_eval_impact_sante.pdf
- [3] Réseau des cafés culturels associatifs. *Analyse territoriale des cafés culturels associatifs*. Janvier 2017 : 5 p. En ligne : <http://www.resocafeasso.fr/wp-content/uploads/territoires-des-cafes.pdf>
- [4] Morin L. *Un café associatif, vecteur de participation et d'empowerment ? Étude comparée d'un lieu d'ESS et d'un centre social CAF*. [Mémoire] Paris : CNAM/Cestes, 2016 : 136 p. En ligne : <https://www.resocafeasso.fr/wp-content/uploads/Lola-MAURIN-Mémoire-version-finale.pdf>
- [5] Strilka H., Dardier G., Jabot F. (dir.) *Évaluation des impacts sur la santé de la réhabilitation du café associatif « La Source » de Monteneuf (Morbihan)*. Rennes : Ireps Bretagne/École des hautes études en santé publique (EHESP) Rennes, septembre 2018 : 64 p. En ligne : http://www.irepsbretagne.fr/IMG/pdf/eis_monteneuf_rapport-finalise_total.pdf

Candidature de Paris 2024 aux Jeux : évaluation d'impact sur la santé

Céline Legout,

ingénieur, évaluation des impacts sur la santé, service parisien de santé environnementale, sous-direction de la santé, direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (Dases), Ville de Paris,

Muriel Dubreuil,

pharmacien, santé publique, évaluation d'impact sur la santé, observatoire régional de santé Île-de-France.

L'évaluation d'impact sur la santé, démarche innovante dans les projets olympiques

En plaçant l'héritage au cœur de son Agenda 2020 [1], le Comité international olympique (CIO) invite les villes candidates à l'organisation des Jeux Olympiques et Paralympiques (JOP) à construire un projet s'inscrivant dans la stratégie de développement des territoires et laissant un héritage bénéfique pour leurs populations. L'ambition du comité de candidature de Paris aux Jeux de 2024 (Paris 2024) est notamment de léguer un « héritage sociétal, économique et durable fort » aux Français et aux territoires d'accueil¹ [2 ; 3]. Ces derniers y voient un levier pour accélérer les grands projets, intégrer les enjeux de durabilité dans l'aménagement du territoire et réduire les fractures entre Paris et la Seine-Saint-Denis [4].

Au cours des réflexions entre les membres fondateurs de Paris 2024 durant la phase de candidature, l'adjoint en charge de la santé à la Ville de Paris et le pôle Impact et Héritage de Paris 2024 ont proposé la réalisation d'une évaluation d'impact sur la santé (EIS) pour alimenter le dossier de candidature. Bien que d'introduction récente dans l'histoire des grands événements sportifs, deux EIS ont déjà été réalisées [5] pour les JOP de Londres 2012 et pour les Jeux du Commonwealth de Glasgow en 2014.

La méthodologie de l'évaluation d'impact sur la santé ajustée au processus de candidature

Le CIO distingue l'héritage olympique tangible portant sur l'environnement

bâti (installations sportives, rénovation urbaine, infrastructures de transport) de l'héritage intangible portant sur les individus ou sur la société : acquisition de compétences, activité physique, inclusion sociale, fierté civique, etc. Dans la stratégie héritage [2 ; 3] remise au CIO, Paris 2024 s'est engagé à transformer les JOP en opportunités pour promouvoir une société plus active, durable, inclusive et solidaire. L'évaluation d'impact sur la santé a été conduite par l'observatoire régional de santé Île-de-France et par le service parisien de santé environnementale (Ville de Paris). De méthodologie « rapide », elle a reposé notamment sur la revue de littérature scientifique, les profils sanitaire et socio-économique de la métropole du Grand Paris [6 ; 7 ; 8] et un *benchmark*² des expériences des villes ayant accueilli des JOP d'été [9 ; 10]. L'équipe EIS a participé aux ateliers organisés par Paris 2024. Ont été exclus les impacts sur la santé aux autres phases du projet olympique (organisation, conduite des chantiers olympiques et accueil), les territoires hors Île-de-France ainsi que les effets sur la santé spécifiques à un territoire (comme le projet de village olympique). Un rapport intermédiaire a été remis (janvier 2017) permettant d'enrichir le dossier de candidature. Les commanditaires ont orienté l'équipe EIS vers une analyse approfondie et des recommandations concernant trois composantes de la stratégie héritage (phase candidature) : l'activité physique et sportive, l'emploi-bénévolat et l'environnement, pour lesquels trois ateliers ont été organisés avec des experts. À titre illustratif, cet article présente les résultats sur l'emploi et le bénévolat.

Effets sur la santé attendus pour la composante « emploi et bénévolat »

L'impact économique des JOP (emplois créés, croissance économique) est étudié depuis ceux de Los Angeles (1984). Les projections en termes d'emplois liés à Paris 2024 suscitent des attentes dans les

L'ESSENTIEL

► D'introduction récente dans l'histoire des grands événements sportifs, une évaluation d'impact sur la santé (EIS) a été conduite en France lors de la phase de candidature de Paris 2024 aux Jeux Olympiques et Paralympiques (JOP). Cette EIS a accompagné la construction de la stratégie « héritage » de cette candidature aux Jeux, en anticipant ses effets attendus sur la santé et en formulant des recommandations. Le développement de la pratique sportive pour tous, l'emploi-bénévolat et l'environnement furent la priorité de ce premier diagnostic. Focus sur l'emploi : l'EIS conclut que la création d'emplois qui devrait accompagner les JOP de Paris 2024 aura des bénéfices positifs probables sur la santé et sur la qualité de vie des personnes qui bénéficieront de ces opportunités. Toutefois, elle attire l'attention sur les effets négatifs induits en termes d'inégalités, de précarité et de risques professionnels.

territoires d'accueil, notamment en Seine-Saint-Denis qui présente des indicateurs socio-économiques défavorables³. Si Paris présente une situation plus favorable, l'écart entre les revenus des 10 % des ménages les plus pauvres et celui des 10 % des ménages les plus aisés y reste particulièrement marquant⁴.

L'emploi permet – *via* le revenu, le réseau social et le statut socio-économique qu'il procure – un meilleur rétablissement après un problème de santé, une espérance de vie augmentée et une amélioration de la qualité de vie et de la santé physique et mentale ; cependant, il contribue également à la construction des inégalités sociales de santé *via* les effets négatifs (sur l'espérance de vie : pathologies chroniques et mortalité) :

- des expositions professionnelles (risques physiques, chimiques, psychosociaux) ;



© MNSP/Paris 2024

- des modes d'organisation du travail (horaires, trajets domicile-travail) ;
- et de certaines conditions d'emplois (discrimination à l'embauche, temps partiel subi, précarité professionnelle) [11 ; 12 ; 13].

Ces effets se distribuent de façon inégale entre les groupes de population et les secteurs d'activité et certains cumulent les risques : le secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP), les ouvriers, les intérimaires et les jeunes peu qualifiés.

La stratégie héritage de Paris 2024 prévoit d'accompagner :

- la création d'emplois par des programmes de formation et d'insertion des jeunes, ciblés sur les besoins suscités par l'accueil d'un tel événement ;
- le soutien aux entreprises locales ;
- le recrutement et la montée en compétence de 70 000 bénévoles et 80 000 services civiques (chiffres annoncés en phase de candidature) ;
- et le développement de l'économie sociale et solidaire (ESS).

Le benchmark montre que les précédentes éditions olympiques ont pu créer des emplois à court terme dans les secteurs de la construction, de l'événementiel et du tourisme et que le bénévolat s'est révélé positif pour développer les compétences et le réseau personnel et professionnel des jeunes bénéficiaires. Cependant, ces opportunités semblent échapper aux populations les plus défavorisées et l'effet des Jeux à long terme sur l'emploi est plus aléatoire.

L'analyse des effets sur la santé (voir figure 1, p. 47) de la stratégie héritage de Paris 2024 (phase candidature) en matière d'emplois et de bénévolat conclut à des bénéfices probables pour la santé et l'amélioration de la qualité de vie des personnes qui bénéficieront de ces opportunités, en particulier dans le secteur de l'ESS. Cependant, certains risques pour la santé existent :

- ces offres d'emploi et ces programmes de bénévolat pourraient échapper aux jeunes peu qualifiés et aux chômeurs de longue

durée, confortant les inégalités sociales et territoriales préexistantes ;

- les contrats proposés pourraient induire une précarité professionnelle (contrat très court, intérim, temps partiel subi) dont les effets sont globalement négatifs sur la santé ;
- dans l'urgence des chantiers olympiques, les conditions d'organisation du travail et de prévention des risques professionnels pourraient être insuffisamment protectrices de la santé, en particulier parmi les sous-traitants ;
- la mise à disposition de plusieurs dizaines de milliers de personnes bénévoles ou en service civique pourrait concurrencer les personnes sous contrat salarié.

En collaboration avec les experts mobilisés, des recommandations ont été produites pour limiter ces effets [14].

Conclusion

Le 13 septembre 2017, le CIO attribuait l'organisation des Jeux de 2024 à Paris. En avril 2018, le rapport final d'évaluation d'impact sur la santé [14] et sa synthèse ont été présentés et remis à Paris 2024, aux élu.e.s Santé et Sport de la Ville de Paris, puis aux collectivités territoriales de Seine-Saint-Denis. ■

POINT DE VUE DU PÔLE IMPACT ET HÉRITAGE PARIS 2024

« La proposition de réaliser une EIS rapide [...] nous a paru très intéressante, dans la réflexion sur la mesure de l'impact des Jeux. Le benchmark des villes olympiques, qui a apporté des exemples nouveaux et innovants, les ateliers de concertation avec les experts et les recommandations opérationnelles ont été des apports particulièrement intéressants. Nous avons aussi beaucoup apprécié l'approche centrée sur la population, son contexte de vie et sa santé. Les éléments apportés par l'EIS nous ont

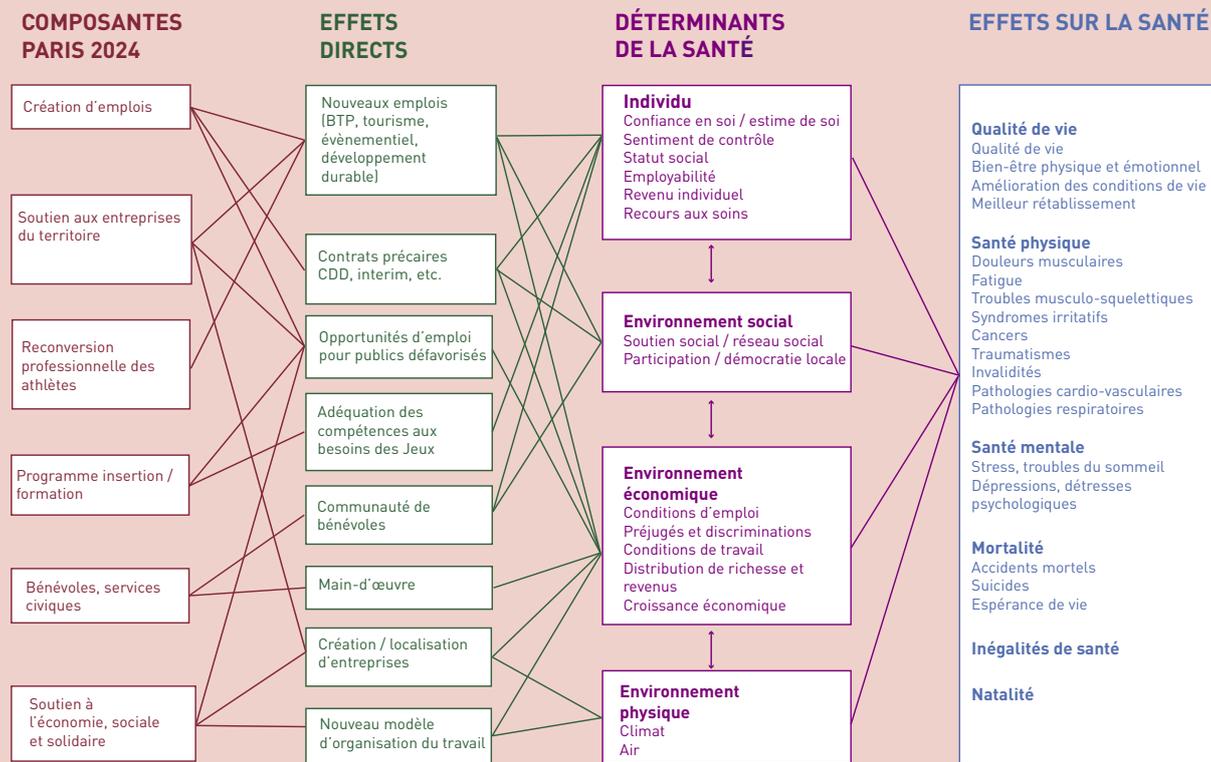
aidés à alimenter notre stratégie. D'un côté, ils ont confirmé la démarche choisie et ont renforcé l'approche initiale, par exemple sur la promotion de l'activité physique comme facteur-clé pour la santé des populations ; de l'autre, ils nous ont permis d'ajuster notre vision, par exemple dans le cadre du bénévolat. Ils nous ont aussi permis de définir des priorités [...]. L'EIS a aussi été une bonne occasion d'associer la recherche à la situation terrain et d'avoir une approche soutenue scientifiquement [...] »

Rapport et synthèse de l'évaluation d'impact sur la santé disponibles en ligne sur : <https://www.paris.fr/pages/les-jo2024-positifs-pour-la-sante-de-tous-les-parisien-nés-5818> ; <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/evaluation-dimpact-sur-la-sante-eis-rapide.html>

Remerciements : Marie Barsacq, Fanny Donnarel, Joana Ungureanu, Anne Souyris, Bernard Jomier, Sophie Rigard, Claude Beaubestrie.

1. Collectivités territoriales concernées par l'accueil des Jeux.
2. Observation, comparaison et analyse des pratiques.
3. 34,1 % de familles monoparentales sous le seuil de pauvreté (vs. 23,9 % en Île-de-France) ; 24,2 % de jeunes déscolarisés sans emploi – not in education, employment or training (NEET) – en 2013 (contre 16,3 % en Île-de-France) ; espérance de vie plus courte que dans le reste de la région (de l'ordre de deux ans environ chez les hommes). 4. 6,6 en 2013.

Figure 1. Modèle logique pour Paris 2024 et l'emploi et le bénévolat.



Source : Équipe EIS héritage Paris 2024

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Comité international olympique. *Approche stratégique en matière d'héritage : Une stratégie pour l'avenir*. Décembre 2017 : 5 p. En ligne : <https://www.olympic.org/-/media/Document%20Library/OlympicOrg/Documents/Olympic-Legacy/Approche-strategique-du-CIO-en-matiere-d-heritage-resume.pdf?la=fr-FR&hash=B658AD163D93DE3397B7BC197E025906F8089447>
- [2] Paris 2024. *Dossier de candidature : Paris Ville candidate Jeux Olympiques 2024 (Bid file). Phase 3*. 2017 : 76 p.
- [3] Paris 2024. *Génération 2024, des Jeux pour durer*. 29 mars 2017 : 38 p. En ligne : https://www.paris2024.org/app/uploads/2019/04/generation2024_web.pdf
- [4] Mairie de Paris, Conseil départemental de Seine-Saint-Denis, Plaine commune, Est Ensemble, Grand Paris Grand Est, Paris Terres d'envol. *Les Jeux Olympiques et Paralympiques, accélérateurs du rapprochement entre Paris et la Seine-Saint-Denis : 43 actions phares*, 2016.
- [5] Siliquini R., Giacometti M., Scoffone S., Viglianchino C. A., Bo M., Galis V. Health impact assessment of major collective events: An overview of the available experiences. *Epidemiology Biostatistics and Public Health*. 2014, vol. 11, n° 1 : p. 1-10. En ligne : <https://ebph.it/article/view/8902/8321>
- [6] Camard J.-P., Embersin-Kyprianou C., Feron V., Host S., Laborde C., Pontin F., et al. *Questions de santé. Appui au projet régional de santé 2018-2022*. Paris : Observatoire régional de santé (ORS), avril 2017 : 176 p. En ligne : https://www.iau-idf.fr/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/Etude_1500/2017_QuestionDeSante_versionWEB.pdf
- [7] Atelier parisien d'urbanisme – Institut d'aménagement et d'urbanisme (Apur-IAU). *Abécédaire de la future Métropole du Grand Paris. Carnet 1 : état des lieux thématique*. Paris : Apur-IAU, septembre 2014 : 171 p. En ligne : <https://www.apur.org/fr/nos-travaux/abecedaire-future-metropole-grand-paris-carnet-1-lieux-thematique>
- [8] Atelier parisien d'urbanisme – Institut d'aménagement et d'urbanisme (Apur-IAU). *Abécédaire de la future Métropole du Grand Paris. Carnet 2 : une métropole de toutes les échelles*. Paris : Apur-IAU, janvier 2015 : 210 p. En ligne : <https://www.apur.org/fr/nos-travaux/abecedaire-future-metropole-grand-paris-carnet-2-une-metropole-toutes-echelles>
- [9] University of East London. *Olympic Games Impact Study – London 2012 Pre-Games Report*. 2015 : 133 p.
- [10] Minnaert L. An Olympic legacy for all? the non-infrastructure outcomes of the Olympic Games for socially excluded groups (Atlanta 1996-Beijing 2008). *Tourism Management*, 2012, vol. 33, n° 2 : p. 361-370.
- [11] World Health Organization (WHO). *Employment Conditions and Health Inequalities. Final report to the WHO commission on Social Determinants of Health*. 2007 : 172 p. En ligne : https://www.who.int/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf
- [12] Kemlo G., Owe E. *Updated review of the evidence of legacy of major sporting events*. Legacy 2014. XX Commonwealth Games. Scottish Government Social Research. July 2015 : 78 p. En ligne : <https://www.gov.scot/publications/updated-review-evidence-legacy-major-sporting-events-july-2015/>
- [13] Doyle C., Kavanagh P., Metcalfe O., Lavin T. *Health Impacts of Employment: a review*. Dublin : Institute of Public Health in Ireland, mars 2005 : 24 p. En ligne : http://www.publichealth.ie/sites/default/files/documents/files/IPH_Employment_Health_24pp.pdf
- [14] Dubreuil M., Legout C. *Évaluation d'impact sur la santé (EIS) rapide. Héritage de la candidature de Paris 2024 aux Jeux Olympiques et Paralympiques*. Paris : Ville de Paris, observatoire régional de santé Île-de-France, décembre 2017 : 232 p. En ligne : <https://api-site-cdn.paris.fr/images/100955>

En Suisse, un programme de prévention des violences dans les relations amoureuses

Entretien avec Josefin De Pietro,

coordinatrice du projet national de diffusion du programme « Sortir ensemble et se respecter », fondation Radix.

La Santé en action : **Pour quelles raisons ce programme « Sortir ensemble et se respecter » a-t-il été conçu ?**

Josefin De Pietro : Au début des années 2000, deux chercheuses¹ de Genève se sont intéressées à la violence au sein des jeunes couples, considérant qu'il y avait un manque de données scientifiques et d'analyses observationnelles sur le sujet. Si la violence domestique est en effet relativement bien documentée chez les adultes, la période charnière de l'adolescence où se jouent les premières relations amoureuses était peu abordée. Elles ont alors découvert un programme de prévention des violences et des comportements abusifs auprès des jeunes, dénommé *Safe Dates* et développé aux États-Unis dans une université de Caroline du Nord au milieu des années 1990. Ce programme ayant démontré son efficacité aux États-Unis, reconnue par plusieurs évaluations, elles en ont réalisé une adaptation pour le contexte socio-culturel romand. C'est ainsi qu'est né le programme de prévention des violences et de promotion des compétences positives dans les relations amoureuses entre jeunes, appelé « Sortir ensemble et se respecter » (SE&SR) ; elles l'ont théorisé en 2009 [1]. Entre 2013 et 2015, une première implantation a été menée dans le canton de Vaud, après une enquête de faisabilité effectuée en 2012-2013 en Suisse romande.

S. A. : **Comment ce programme est-il mis en œuvre ?**

J. D. P. : Il s'adresse à des petits groupes mixtes d'adolescents, âgés entre 12 et 18 ans, avec une cible qui privilégie la tranche des 13-15 ans. Dans les lycées professionnels, il atteint des jeunes de plus de 16 ans. Travailler avec cette population est assez difficile : elle est très diverse, entre ceux qui n'ont jamais embrassé et ceux qui ont eu des rapports sexuels ; entre les filles et les garçons qui n'ont pas le même niveau de maturité.

Le programme comporte en théorie neuf séances d'1 h 15 chacune, à un rythme hebdomadaire. Elles sont animées par un binôme, femme-homme de préférence, spécifiquement formé sur cette thématique. La première séance se situe dans une perspective positive, en précisant ce qu'est une relation harmonieuse. Les deux rencontres suivantes permettent d'approfondir la notion de respect, d'identifier les comportements abusifs et de reconnaître les signaux d'alarme. Les séances 4 et 5 sont centrées sur l'aide aux amis en difficultés. La sixième séance aborde les représentations de soi, de l'autre et met en évidence les stéréotypes de genre pour dépasser les clichés. La septième rencontre est centrée sur la question des agressions sexuelles. Et les deux dernières séances apportent des éléments pour partager le pouvoir, pour apprendre à gérer ses sentiments et ses réactions afin de pouvoir communiquer. Il est important de souligner que ce déroulement suit une logique progressive. L'ensemble est fondé sur des histoires inventées, des scènes de la vie quotidienne, des jeux de rôle afin que les jeunes échangent et inter-réagissent, sans qu'ils aient besoin de partager leur propre expérience, même si les témoignages du

L'ESSENTIEL

■ **En Suisse, un programme novateur principalement destiné aux adolescents de 13-15 ans les aide à acquérir de nouvelles compétences relationnelles, en développant les notions positives de respect, de compréhension, d'écoute, d'empathie et les encourage à changer d'attitude, en étant davantage conscients de ce qu'ils souhaitent dans une relation amoureuse. Selon l'évaluation, le programme répond aux attentes de 60 % des jeunes en matière de relations de couple.**

vécu des uns ou des autres peuvent surgir à tout moment. Le programme a pour objectif de les aider à acquérir de nouvelles compétences relationnelles, en développant les notions positives de respect, de compréhension, d'écoute, d'empathie ; et de les encourager à changer d'attitude, en étant davantage conscients de ce qu'ils souhaitent dans une relation amoureuse.

S. A. : **Un programme de neuf séances est-il de nature à changer profondément les mentalités ?**

J. D. P. : « Sortir ensemble et se respecter » a été conçu avec un matériel pédagogique validé scientifiquement. L'évaluation de l'expérimentation menée dans le canton de Vaud [2] a donné des résultats encourageants, alors que près de 300 jeunes d'une dizaine d'institutions – établissements scolaires, foyers et centres de loisirs – étaient concernés. 60 % disent que le

programme répond à leurs attentes en matière de relations de couple et 80 % pensent qu'ils pourraient mieux aider un(e) ami(e) vivant une relation abusive. Ils font preuve d'une attitude moins tournée vers la violence et s'avèrent moins sensibles aux stéréotypes de genre. Leurs paroles témoignent d'une prise de conscience : « *Cela m'a aidé à me poser des questions et comprendre ma compagne* » ; « *J'ai appris à tenter une approche calme* » ; « *Je me suis rendu compte que j'avais commis beaucoup d'erreurs et maintenant je compte travailler sur moi-même.* » Bien sûr, on ne change pas fondamentalement les esprits d'un coup de baguette magique, mais c'est l'amorce de quelque chose. Cependant, neuf séances répétées sur un rythme hebdomadaire, cela constitue déjà un programme consistant sur plus de deux mois, qui permet déjà d'aborder les sujets en profondeur et qui laisse une trace. Et si cela demeure insuffisant, il y a tout de même plus de chance de changer les représentations avec plusieurs séances que sans aucune !

S. A. : **Comment intéresser les jeunes sur un sujet aussi intime ?**

J. D. P. : Contrairement à ce que l'on pourrait penser, les adolescents sont plutôt favorables à échanger en groupe avec des adultes, dans un cadre construit par les adultes. Ils se sentent moins seuls que devant leur écran, lorsqu'ils se posent des questions. La dynamique n'est pas toujours facile à instaurer et il arrive que personne ne parle pendant les premières séances. Cependant, la plupart du temps, les participants ont beaucoup à dire et à partager, ils se dévoilent même assez, et dans l'ensemble, on peut dire qu'ils accrochent bien au contenu du programme. Dans le canton de Fribourg, un centre de loisirs met en place annuellement SE&SR, sur la base du volontariat. Les animateurs demandent aux jeunes qui s'inscrivent de venir au moins trois fois de suite et leur laissent la possibilité de quitter le programme après les trois premières séances. Or rares sont les jeunes qui décrochent. Cela pose la question du lieu où se déroule le programme. Les collèges et les lycées ne sont peut-être pas le meilleur endroit, car il peut s'avérer malaisé de parler de relations intimes

dans un cadre académique, alors que les établissements extrascolaires offrent un cadre plus convivial. Les premiers ont déjà des obligations d'apprentissage à respecter dans un emploi du temps contraint, alors que les seconds ont plus de latitude. Toutefois, c'est uniquement en passant par les écoles que l'on peut atteindre tous les jeunes.

S. A. : **Quelles difficultés rencontrez-vous ?**

J. D. P. : Le principal obstacle que les institutions évoquent pour mettre en place ce programme est le manque de temps. Ainsi, les animateurs, qui doivent être volontaires et avoir une expérience professionnelle avec les jeunes, suivent une formation obligatoire de trois jours, dispensée par la Haute école de travail social et de la santé du canton de Vaud. Qu'ils soient enseignants, éducateurs, médiateurs, infirmiers ou psychologues scolaires, c'est assez coûteux en termes d'investissement. Mais la formation est fondamentale, car ce n'est pas un programme anodin : il porte sur l'intimité, la violence. N'importe qui ne peut pas l'animer n'importe comment. Le risque serait que le projet ne serve à rien, voire s'avère contreproductif. Pour les établissements scolaires, il se révèle complexe d'introduire un programme aussi lourd dans l'emploi du temps déjà chargé des élèves et cela suscite des réticences, essentiellement liées à l'organisation d'un tel déploiement. Des adaptations ont été mises en place, avec par exemple un rythme de quatre demi-journées. Or nous ne connaissons pas l'impact de ces évolutions. C'est pourquoi une évaluation nationale est en cours, réalisée par le centre universitaire de médecine générale et de santé publique du canton de Vaud. Les données récoltées dans les différents cantons devraient identifier et analyser le contexte dans lequel le programme se montre le plus efficace et si ces adaptations ne sont pas préjudiciables.

S. A. : **Combien de jeunes sont-ils concernés par ce programme ?**

J. D. P. : Nous sommes encore loin d'un déploiement au niveau national et l'évaluation en cours permettra de donner des chiffres précis. Dans le canton du Jura, le ministre de l'Éducation – en Suisse, l'école relève de la

compétence cantonale – a été convaincu d'implanter le programme dans toutes les classes de dernière année de l'école obligatoire, mais... c'est un petit canton. Y compris sur le territoire de Vaud, qui est précurseur, il y a des difficultés ; le déploiement dépend du bon vouloir des directeurs d'établissement, du personnel éducatif, des budgets annuels. Quand il n'y a pas de volonté politique au niveau cantonal, le sujet ne devient pas une priorité. Il est à noter encore que le programme existe dans une version alémanique et que des jeunes de différents cantons alémaniques le suivent, principalement dans le canton de Zurich. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

Pour en savoir plus

- La fondation Radix contribue à renforcer la promotion de la santé et la prévention dans les communes et les écoles suisses. En ligne : <https://www.radix.ch/Ecoles-en-sante/PIJV/>

1. Jacqueline De Puy et Sylvie Monnier.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] De Puy J., Monnier S., Hamby S. L. *Sortir ensemble et se respecter. Prévention des violences et promotion des compétences positives dans les relations amoureuses entre les jeunes*. Genève : Éd. IES, 2009.
- [2] Minore R., Combremont M., Hofner M.-C. *Projet d'implantation du programme «Sortir Ensemble Et Se Respecter» dans le canton de Vaud (2013-2015)*. [Rapport final] Lausanne : Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes (BEFH), mars 2016 : 71 p. En ligne : https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dec/befh/PUBLICATIONS_-_REFONTE/violence_domestique/SE_SR_rapport_final_04032016_illu.pdf

Santé et séries télévisées

Michel Condé,

docteur ès lettres, animateur,
centre culturel Les Grignoux, Liège.

On connaît le succès des séries télévisées depuis les années 2000 – et même avant – telles notamment *The Wire* (*Sur écoute*, 2002-2008), *Les Soprano* (1999-2007), *Desperate Housewives* (2004-2012), *Mad Men* (2007-2015), *Breaking Bad* (2008-2013), *Game of Thrones* (2011-2019), *Orange is the New Black* (2013-2019), *Peaky Blinders* (2013 à aujourd'hui) et bien d'autres. Il est bien sûr difficile de mesurer l'impact que ces séries ont pu avoir sur les spectateurs et les spectatrices qui les ont suivies, lequel varie d'ailleurs certainement selon les séries et aussi selon leurs différents publics.

Malgré leur succès, il semble assez difficile de mener une réflexion à leur propos dans le cadre de l'éducation à la santé, en particulier dans sa composante « inciter les personnes à être en bonne santé », telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS¹) : la longueur de ces séries, leur diversité rendent difficile une analyse approfondie. D'ailleurs, dans le champ universitaire, les études consacrées aux séries sont nettement moins nombreuses que celles portant sur des films isolés.

Pistes d'animation

Il est cependant possible de proposer quelques pistes d'animation pour aborder des problématiques d'éducation à la santé à travers certaines séries très populaires. Dans une telle perspective, il s'agit de se concentrer sur des thématiques comme les consommations d'alcool, de nourriture ou encore sur le tabagisme. Il suffit d'évoquer ces thématiques devant un groupe de spectateurs (par exemple dans une classe de lycée) pour que de nombreux souvenirs surgissent spontanément : tout le monde se souvient que les personnages de *Mad Men* fument excessivement ou que la parfaite maîtresse de maison Bree Van de Kamp dans *Desperate Housewives* a une importante addiction à l'alcool, ou encore que Tony Soprano est un grand amateur de pâtes et de pâtisseries italiennes !

D'autres détails émergent facilement à travers des discussions informelles. Le tabac est omniprésent dans *Mad Men* – ce qui choque aujourd'hui – tout comme l'alcool, notamment le whisky consommé à fortes doses. Dans *House of Cards*, Frank Underwood semble consacrer sa vie entière à des intrigues politiques, mais il passe quand même quelques instants dans la boutique miteuse de Freddy pour y déguster son mets favori : des travers de porc ! L'on remarque aussi que Frank et sa femme se retrouvent le soir à la fenêtre de leur maison pour fumer une cigarette à l'abri des regards indiscrets...

Impact sur les spectateurs

De nombreux soupçons pèsent sur les auteurs de ces séries, souvent accusés de faire du « placement de produit » à l'instigation des « cigarettiers » ou des marchands d'alcool. Si de tels faits (pour autant qu'ils soient avérés) doivent être dénoncés, l'approche proposée ici vise plutôt à comprendre le sens de ces gestes ou de ces consommations dans la fiction télévisuelle, ainsi que l'impact qu'ils peuvent éventuellement avoir sur les spectateurs. De plus, ces

séries peuvent également apporter un éclairage indirect sur le comportement de chacun à l'égard de la nourriture, de l'alcool ou de substances addictives.

Dans une perspective d'animation, il est possible de se fonder sur les souvenirs spontanés que les spectateurs ont conservés des différentes séries qu'ils ont eu l'occasion de voir. Il est aussi possible de leur suggérer de regarder quelques épisodes d'une série en cours avec une « attention flottante » sur les thématiques envisagées. Enfin, de courtes recherches sur Internet peuvent apporter des informations complémentaires sur les séries envisagées.

Éclairer le sens de ces comportements

La réflexion ne visera pas à dénoncer les addictions (au tabac, à l'alcool) ou les mauvaises habitudes (alimentaires), mais plutôt à éclairer le sens que ces comportements ont pour les personnages, même s'il reste largement implicite, ainsi que celui qu'il a vraisemblablement aux yeux des auteurs de la série en cause : allumer une cigarette ou boire un whisky peuvent paraître des gestes anodins ou platement réalistes, or ils sont voulus par les scénaristes et les réalisateurs et leurs significations latentes méritent d'être explicitées. L'exercice visera précisément à interroger des comportements, qui sont généralement compris comme des habitudes (ou de « mauvaises habitudes »), sans tenir compte des contextes psychologique et social où ils prennent place.

L'on proposera donc ici quelques pistes de discussion et de réflexion autour des thématiques citées.

Les cigarettes

La cigarette est immédiatement présente dans *Mad Men* dont le générique se termine sur l'image en ombre chinoise du personnage principal, Don Draper, de dos, assis dans un canapé, la cigarette – toute blanche – à la main. L'association est ainsi très forte entre la cigarette et la

ESSENTIEL

► **Le succès actuel des séries télévisées mérite une réflexion dans le cadre de l'éducation à la santé. En effet, elles peuvent véhiculer des représentations caricaturales des comportements problématiques comme la consommation d'alcool, de tabac ou encore d'une nourriture trop riche. Le tabac est émancipation, virilité et supériorité sociale ; l'alcool, une récompense après une réussite ; la nourriture, une réassurance et un anxiolytique face au stress. Nombre de séries s'engouffrent ainsi dans des normes sociétales inusables. Voici quelques informations de contexte et éléments de méthode pour – avec des collégiens ou des lycéens – discuter et analyser ces comportements représentés dans les séries télévisuelles, dans le cadre de séances d'éducation à la santé.**

réussite sociale qu'incarne Don Draper à une époque de croissance économique : les Trente Glorieuses. À cette époque où la division des genres était encore fort marquée, le spectateur remarque d'ailleurs que les femmes occupant au départ des fonctions subordonnées (comme Peggy Olson) vont commencer à s'émanciper et s'affirmer notamment à travers la consommation ostensible de cigarettes. La cigarette permet ainsi de s'affirmer socialement et « virilement ».

Dans une série comme *Peaky Blinders* qui se passe en Angleterre dans l'entre-deux-guerres, la même association entre la cigarette et la supériorité « virile » existe également puisque Thomas Shelby, le personnage principal, chef de gang, est un grand consommateur de cigarettes, et, de la même façon que dans *Mad Men*, l'affirmation des femmes passe notamment par leur mainmise sur cet « attribut viril » (même si c'est sous la forme d'un fin cigarillo...). La distance historique, à une époque où l'on ne connaissait pas ou peu les méfaits du tabac, justifie sans doute cette omniprésence des cigarettes, mais la banalité même du geste en révèle *a posteriori* le caractère pernicieux : si cette consommation était à ce point répandue, elle ne résultait pas seulement du caractère addictif du tabac, mais aussi de son association constante avec la virilité ou, plus largement, avec la supériorité sociale. Le moyen le plus simple et le plus anodin pour ressembler à quelqu'un comme Don Draper ou même à un chef de gang comme Thomas Shelby n'est-il pas la consommation de cigarettes ?

Un peu paradoxalement, la connaissance des dangers du tabac, qui apparaît d'ailleurs dans *Mad Men*, a pu renforcer cette impression de supériorité incarnée par des hommes jeunes, en pleine force de l'âge et insoucians du danger (surtout quand ils affrontent par ailleurs des gangs armés, comme Thomas Shelby...). La séduction exercée par la cigarette, qui résulte de son association avec la jeunesse, la supériorité sociale et le mépris du risque, apparaît donc clairement dans ces séries qui en jouent, même si elles peuvent également la dénoncer occasionnellement.

Le goût de l'alcool

On pourrait croire que la consommation d'alcool est similaire à celle du tabac. Les séries télévisées permettent

cependant de comprendre les différences entre ces consommations. La cigarette constitue un geste essentiellement individuel, même si elle est parfois partagée (souvent d'ailleurs dans une perspective de séduction érotique quand un homme offre du feu à une femme). La consommation d'alcool représente en revanche le plus souvent un acte de socialisation qui intervient dans un lieu privilégié (mais non exclusif) : le bar.

Ici aussi, l'association est fréquente entre l'alcool et la virilité, la jeunesse, la supériorité sociale. Il est d'ailleurs à noter une hiérarchie dans les boissons alcoolisées, qui renforce encore la répartition entre les hiérarchies sociales : les hommes en pleine réussite (*Mad Men*) boivent du whisky ou du bourbon, leurs épouses (*Desperate Housewives*) préfèrent le vin blanc, en particulier le chardonnay, et les flics épuisés par la misère sociale de Baltimore (*The Wire*) avalent les bouteilles de bière en cascade... La « virilité » ne disparaît jamais entièrement dans la consommation d'alcool, et si les flics de terrain perdent toute dignité en vomissant à l'issue de certaines de leurs beuveries, les cadres dynamiques de *Mad Men* gardent une attitude aussi impeccable que leurs costumes malgré leur consommation souvent excessive de whisky et de cocktails !

Le rapport de l'alcool avec le travail est également intéressant à souligner : les personnages boivent en fin de journée, fréquentent les bars en soirée, avalent un whisky après une négociation difficile avec un partenaire commercial... Il s'agit d'une manière de décompresser, sinon d'une forme de « récompense » pour le travail accompli. La remarque est sans doute évidente pour les addictologues, mais elle mérite d'être relevée pour un large public qui néglige souvent le contexte dans lequel prend place la consommation d'alcool.

Dans *Desperate Housewives*, la consommation solitaire et cachée de vin blanc par Bree Van de Kamp mérite également d'être analysée : elle est en effet un des rares personnages à être explicitement désignée alcoolique, mais cette désignation résulte sans doute moins de l'importance quantitative de sa consommation que de sa manière de consommer, qui rompt avec la socialisation entourant normalement l'alcool. Il ne s'agit pas évidemment de relativiser l'addiction dont elle souffre

vraisemblablement, mais de souligner que le comportement d'autres personnages est certainement tout aussi problématique, même s'il est conforme aux normes sociales.

Des nourritures trop riches ?

L'importance de la nourriture dans la série des *Soprano* a depuis longtemps été remarquée, et ses plats fétiches, comme les fameux *ziti al forno* ont même donné lieu à des livres de recettes ! Paradoxalement, la glotonnerie du personnage principal et celle de son entourage participent à la fascination qu'il exerce sur les spectateurs. Si Tony Soprano est frappé par des crises de panique (qui l'obligent à entreprendre une psychothérapie), la nourriture apparaît alors comme une forme de réassurance. Face à des adversaires ou des rivaux potentiels, la corpulence et la taille du personnage deviennent une marque de supériorité, une manière pour Tony de s'affirmer plus fort, plus grand, plus puissant que ceux-ci. Sous les dehors conviviaux d'un repas pris en commun (très généralement entre hommes), de véritables joutes verbales, des rivalités, des ruses, des mensonges sont à l'œuvre. Entre mafieux, on mange pour ne pas se tirer dessus !

Quand il est seul, Tony mange cependant par habitude sinon par vacuité, simplement pour s'occuper. Il ouvre le frigo et saisit n'importe quel plat rangé là par sa femme Carmela. L'habitude n'est pas seule en jeu, et la nourriture joue pratiquement le rôle d'un anxiolytique face au stress de l'existence.

Pour aller plus loin

Il ne s'agit bien sûr ici que de quelques indications parcellaires, mais elles étayent la possibilité de discuter et d'analyser des comportements représentés dans les séries télévisuelles. Cette approche présente l'avantage d'éclairer le contexte de ces comportements, dont le sens est généralement masqué par la fixation sur le produit ou sur la notion d'habitude (la « mauvaise habitude » étant retenue comme seul facteur explicatif). ■

1. L'éducation pour la santé a été définie par l'OMS (36^e assemblée mondiale de la santé, 1983) comme « tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin ».

JE SUIS
INDÉPENDANTE
JE FAIS LE TEST

Infections Sexuellement Transmissibles et VIH : faites vous dépister.

OÙ, QUAND, COMMENT?
sida-info-service.org

0 800 840 800 Service & appel gratuits

24h/24, 7j/7



J'AGIS POUR
MA SANTÉ

