Synthèse des initiatives régionales contre le suicide 2011 - 2014

Annexe du bilan du Programme national d'actions contre le suicide 2011 - 2014

juin 2015
Direction générale de la santé

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Présentation de la synthèse

La synthèse des actions de prévention du suicide menées en région a été réalisée à partir des réponses reçues, suite à l'instruction du 17 mars 2015 relative à la réalisation du bilan des actions régionales menées dans le cadre du programme national d'actions contre le suicide.

Chaque ARS était invitée à « **présenter les éléments saillants de sa politique régionale, à mettre en exergue les facteurs facilitants, à souligner les difficultés rencontrées et à être force de propositions pour le prochain programme** ». Par conséquent, cette enquête ne tendait pas à l'exhaustivité.

Cette synthèse, qui prend le parti de présenter les 3 axes d'interventions les plus développés par les ARS, se complète d'une analyse spécifique des formations à la crise suicidaire réalisée en novembre 2014 (en annexe).

Préambule

L'intervention publique de lutte contre le suicide donne une large place aux initiatives régionales. Les ARS sont très actives, depuis de nombreuses années, dans la mise en œuvre de cette politique : dès 1996, en effet, elles ont déployé des actions en faveur des jeunes[1] principalement à travers les points d'accueil et les équipes mobiles puis les ont progressivement élargies à d'autres publics cibles[2], en miroir des plans nationaux (cf volet national du bilan) : personnes âgées, personnes détenues, agriculteurs, personnes en situation de précarité. Les personnes en situation de handicap sont également ciblées dans certaines régions (**Bourgogne, Champagne-Ardenne, Guyane, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire**).

Quelques régions interviennent auprès d'autres publics : la population jeune homosexuelle (**Rhône-Alpes**[3]), les médecins en difficulté dans leur exercice professionnel (**Midi-Pyrénées**[4], **Rhône-Alpes**[5] ou **Basse-Normandie**[6]), les étudiants (**Midi-Pyrénées**[7], **Rhône-Alpes**[8]).

Progressivement, les ARS ont étoffé leurs interventions en maillant les territoires grâce aux partenariats noués et au travail interdisciplinaire. Elles les ont également diversifiées en mettant en place des actions adaptées aux territoires grâce à la mobilisation des ressources (compétences) locales.

Le programme national d'actions contre le suicide ne prévoyait pas de déclinaison au plan régional. Toutefois, le **Limousin** a mis en place un programme régional d'actions contre le suicide[9], la **Bretagne** un plan d'action renforcé contre le suicide fin 2013. La **Basse-Normandie**, quant à elle, a travaillé à l'élaboration d'un plan régional dont le lancement est prévu pour fin 2015. La problématique du suicide est inscrite dans les volets santé mentale des projets régionaux de santé de façon adaptée aux particularités et priorités régionales (cf bilan national, axe 6). Les éléments récoltés auprès des ARS étant hétérogènes[10], ils ne permettent pas une analyse détaillée des politiques régionales. Aussi, le choix a été fait d'illustrer la dimension territoriale par trois exemples qui s'inscrivent dans des axes du PNACS : la formation, l'intervention en milieu scolaire et le recontact de personnes ayant fait une tentative de suicide (cette dernière action témoignant des initiatives innovantes des ARS).

---

1 - dès 1996, après la première conférence nationale de santé qui a retenu parmi ses priorités la prévention du suicide, des régions vont réaliser, sur la base de leurs propres conférences régionales, des programmes d'actions orientés sur les jeunes. Le premier programme national de prévention contre le suicide qui portera sur la période 1998-2000, ciblera ce public des jeunes et prévoira une déclinaison régionale obligatoire. 12 régions réaliseront ainsi un programme régional dédié au suicide. Elles seront ensuite associées, aux côtés des acteurs de terrain à l'élaboration de la stratégie nationale d'actions contre le suicide

2 - pour certaine(s), il s'agit du seul public ciblé. Ainsi en Alsace, la politique de lutte conte le suicide n'a pas été identifiée comme une priorité au regard du taux de suicide peu élevé. En revanche, le suicide des jeunes est traité à travers les conduites à risque des adolescents, autour des addictions

3 - structure d'accueil et d'hébergement d'urgence avec un lien avec le CMP

4 - dispositif d'écoute et d'accompagnement à destination des médecins en difficulté pour améliorer leur exercice professionnel

5 - mise en place à l'initiative de l'Ordre des médecins d'une plateforme régionale d'écoute pour médecins libéraux

6 - Cf.infra point 1-3

7 - ateliers de gestion du stress pathologique dans plusieurs préparations aux grandes écoles

8 - intervention en milieu étudiant sur la souffrance psychique et conduite à risque

9 - 2013-2015

10 - certaines ont proposé des réponses étoffées, tandis que d'autres sont restées très synthétiques, ne reflétant pas l'ensemble de leurs interventions

SOMMAIRE

Présentation de la synthèse 2

Préambule 3

1 - La formation 5

2 - L'intervention en milieu scolaire 8

3 - Les expériences innovantes 8

Annexe 1 - Données statistiques sur le suicide en région 12

Annexe 2 - Fiche enquête ARS 14

Annexe 3 - Suivi de la mise en œuvre régionale des actions de formations à l'intervention de crise suicidaire sur la période 2011-2014 15

1 - La formation

Le bilan national du PNACS[11] souligne que la formation des professionnels est un levier essentiel du dépistage des risques suicidaires. La stratégie nationale d'actions face au suicide a organisé à partir de 2000 son déploiement sur la base suivante : la formation de binômes de formateurs dans un premier temps, qui mettent en œuvre, dans un second temps, des sessions de formation pluridisciplinaire en région. La formation se déroule à partir du référentiel de formation à la crise suicidaire de la professeure Monique Seguin (Québec) et du professeur Jean-Louis Terra (Lyon). Dans chaque région un binôme composé d'un psychiatre et d'un psychologue a été formé. Ces formations ont été animées par le professeur Terra. Ces derniers sont ensuite chargés de former, en utilisant le « Manuel du formateur - Formation à l'intervention de crise suicidaire », des personnes ressources de plusieurs champs disciplinaires : psychiatres, médecins généralistes, formateurs écoutants des services de téléphonie santé confrontés à la problématique de suicide, éducation nationale... L'évaluation de la stratégie[12] ayant souligné la pertinence de cette formation et son impact sur la mise en réseau des acteurs de champs professionnels variés, le déploiement de ces formations s'est poursuivi et depuis 2010 leur financement, jusqu'alors assuré par la DGS, l'est désormais par les ARS. Elles ont été également mises en œuvre auprès de professionnels intervenant auprès de certains publics spécifiques (agriculteurs, personnes détenues).

1-1 → L'enquête menée auprès des ARS (cf.annexe) a permis, en novembre 2014, d'identifier des freins et des pistes de réflexion :

S'agissant des formations de formateurs, les principaux problèmes identifiés concernent les ressources humaines (manque de candidats aux fonctions de formateurs et manque de disponibilité des formateurs pour le déploiement de l'enseignement sur la crise suicidaire), ainsi que les ressources financières (coût élevé des formations de formateurs). Les principales suggestions portent sur la mise en œuvre de nouvelles formations au niveau national, le renforcement des regroupements de formateurs et la mutualisation interrégionale pour l'organisation de ces formations.

S'agissant des formations pluridisciplinaires (dispensées par les formateurs), les freins identifiés sont identiques aux précédents. Les propositions portent sur l'actualisation du référentiel de formation, l'adaptation du contenu de la formation en fonction du public (professionnels intervenant auprès des personnes âgées, des jeunes, des détenus) ainsi que le développement d'autres formats, plus courts, pour la diffusion de cet enseignement (conférences, journées de sensibilisation) qui permettraient de pouvoir capter d'autres professionnels comme les médecins généralistes.

Des pistes de réflexion se dégagent sur :

- la question de mutualisations interrégionales pour le financement et l'organisation des formations de formateurs ;
- la recherche et la consolidation de partenariats pour le déploiement et la poursuite des formations des professionnels intervenant auprès de certains publics (MSA, DISP, DIRECCTE, Rectorat d'académie...) ;
- la collaboration avec des organismes de formation initiale et continue ;
- la nécessité d'engager une réflexion sur le contenu et le format du référentiel de formation.

11 - Cf.bilan national axe 4

12 - réalisée en 2006 par le cabinet Eureval

1-2 → Au vu des éléments plus récents fournis par les ARS, il apparaît que certaines ont développé des partenariats pour poursuivre cette montée en compétence sur le repérage de la crise suicidaire :

- avec la MSA en **Midi-Pyrénées**[13] et **Pays de la Loire**[14] ;
- avec le centre régional de prévention des conduites suicidaires et le centre ressource régional des métiers de la psychiatrie en **Rhône-Alpes**. Cette démarche s'appuie sur divers acteurs comme le centre hospitalier le Vinatier (Pr Terra), ou le centre hospitalier de Saint Etienne (Pr Massoubre), des associations plus tournées vers des acteurs intervenant à domicile ou en ambulatoire comme l'Association d'Action Gérontologique du département de l'Ain qui forme notamment les personnels des CLIC[15] ou l'association Loire Prévention suicide ;
- avec le Réseau Vie 37 (rattaché au CHU de Tours) dans la région **Centre** ;
- avec des organismes de formation spécialisés en santé mentale, comme l'association GRAFISM en **Haute-Normandie** ;
- avec l'IREPS et la Mutualité Française Bretagne en **Bretagne** : les actions de formation sont intégrées dans un appel à projet annuel de l'ARS et contractualisées dans ce cadre ;
- avec les réseaux de Précarité en santé mentale et le CREAI[16] en **Bretagne** ;
- avec les IREPS en **Bourgogne**, **Champagne-Ardenne**, et en **Nord-Pas-de-Calais**[17] (jusqu'en fin 2012).

Ailleurs, dans le **Limousin**, l'ARS a mis en place un dispositif régional triennal[18] de formation sur le suicide et en a confié son pilotage au centre hospitalier Esquirol de Limoges. L'objectif de ce plan est de couvrir les territoires de proximité sur la base des besoins exprimés dans les contrats locaux de santé.

En **Bourgogne**, le repérage de la crise suicidaire a basculé dans le plan de formation des personnels concernés (milieu scolaire, carcéral, gérontologique).

Enfin, en **Poitou-Charentes**, la formation est réalisée dans le cadre plus global d'un dispositif de 5 coordinations territoriales « promotion en santé mentale et prévention du suicide » qui fonctionne depuis plus de 12 ans. Cofinancé par les centres hospitaliers spécialisés, il est basé sur l'implantation de coordinations territoriales animées par des professionnels rattachés à un établissement de santé.

13 - la MSA anime les formations et regroupements de formateurs

14 - l'association régionale des organismes de MSA gère les formations pluridisciplinaires

15 - Centres locaux d'information et de coordination

16 - Centre régional d'études d'action et d'information sur les personnes en situation de vulnérabilité

17 - l'IREPS a cessé son activité fin 2012. Le relais a été pris par l'IRTS

18 - 2013-2015

1-3 → Ces formations contribuent à un maillage infra-régional, qui continue à progresser et favorise des dynamiques territoriales :

Ainsi des nouveaux milieux professionnels sont concernés comme les maisons de santé (**Franche-Comté, Pays de la Loire**) ou les maisons des adolescents (**Bourgogne, Midi-Pyrénées**).

D'autres catégories de professionnels (ou futurs professionnels) sont également approchées comme :

- les étudiants en troisième cycle de médecine générale, travailleurs sociaux[19], infirmiers dans les IFSI[20] en **Basse-Normandie** ;
- les médecins généralistes : en **Bourgogne**, dans le cadre du contrat local de santé, les réseaux santé mentale de l'Yonne et de l'Autunois forment les médecins généralistes. En **Basse-Normandie**, l'ARS soutient la récente démarche du collectif départemental du suicide de la Manche auprès de l'URML[21] d'engager une étude action auprès des médecins généralistes dans le but d'analyser leurs pratiques ;
- les professions libérales par l'URPS du **Nord-Pas-de-Calais**, ou par une association en **Martinique** et **Guadeloupe** (association de formation et de recherche en psychiatrie d'Outre-Mer). Enfin en **Rhône-Alpes**, dans le cadre de la plateforme d'appui aux professionnels de santé, une plateforme régionale d'écoute des médecins libéraux en difficulté a été mise en place. Elle est financée par l'Ordre des médecins (http://www.rhonealpes.paps.sante.fr/Soutien-et-appui-sychologique.114325.0.html).
- les professionnels[22] intervenant dans les procédures judiciaires lors d'une liquidation judiciaire en **Poitou-Charentes**. Cette expérimentation engagée par la coordination du sud de la Charente Maritime permet de prévenir les tentatives de suicide chez les chefs d'entreprise concernés par une liquidation judiciaire.

Des partenariats infra-régionaux existent également avec des associations spécialisées. Celles-ci interviennent dans le cadre de l'information, de la formation ou en postvention (comme par exemple après un décès par suicide dans un collège, ou un EHPAD par exemple).

19 - en formation à la Croix Rouge d'Alençon ou Institut régional en travail social de Caen

20- Institut de formation en soins infirmiers

21 - Union régionale des médecins libéraux

22 - juges, commissaire, avocat personnel du tribunal de grande instance, personnel du greffe des tribunaux de commerce, mandataires judiciaires

2 - L'intervention en milieu scolaire

C'est dans ce milieu professionnel que les interventions sont les plus importantes.

Elles prennent des formes variées en fonction des besoins, ressources et partenariats locaux. Les interventions/sensibilisation (voire postvention) en milieu scolaire existent dans toutes les régions. Elles sont réalisées soit par les IREPS soit par des associations spécialisées (comme par exemple Loire Prévention suicide qui intervient à la demande de certains collèges en postvention). Un volet de développement des compétences psychosociales des élèves est souvent intégré à ces actions. Des conventions de partenariat lient les ARS et rectorats, ces derniers contractualisant eux-mêmes avec les associations. Parmi les initiatives repérées et ayant fait l'objet d'une convention avec le Rectorat, on peut citer :

- en **Languedoc-Roussillon**, la mise en place d'un programme de repérage du risque suicidaire en collège et lycée en lien avec le pôle psychiatrique du CHU de Montpellier et le pôle régional de ressources en éducation à la santé ;
- en **Midi-Pyrénées**, le « programme Pare-chocs » de repérage et prévention de la dépression, en lien étroit avec le CHU (Pr Raynaud) ;
- dans le **Limousin**, c'est un travail de développement des compétences psychosociales qui est déployé en lien avec le Rectorat et l'IREPS. Par exemple, dans le cadre du CLS[23] de Haute-Corrèze, un projet « Le bien-être : moi et les autres, les autres et moi » a été coécrit par les animatrices du CLS et l'infirmière conseillère technique de la direction des services départementaux de l'éducation nationale. Des outils pédagogiques ont été créés pour chaque niveau par les personnels des établissements concernés, assortis d'une formation aux outils assurée par l'IREPS ;
- en **Picardie**, des points écoute en milieu scolaire ont été mis en place à partir de 2010 et des adultes relais (également en milieu scolaire) ont été formés. Ce dispositif permet de repérer précocément des élèves en situation de mal-être. Il a été mis en place dans le cadre d'un appel à projet ARS/conseil régional.

3 - Les expériences innovantes

Ces multiples initiatives sont l'occasion de tester de nouveaux modes d'interventions ou de prise en charge : on peut citer par exemple le développement des équipes mobiles dans de nombreuses régions[24], la création d'une « unité d'actions contre le suicide[25] » en **Limousin** au CHS La Valette (Creuse), la mise en place de consultations avancées de psychiatrie en médecine de ville dans certains sites (comme en **Guyane**) ou plus globalement sur la base d'appels à projet (**Pays de la Loire**), des interventions auprès des nouveaux publics (comme les médecins généralistes ou les étudiants).

23 - Contrat local de santé

24 - il est intéressant que deux unités mobiles sont dédiées à la prévention du suicide : l'une spécifique aux jeunes (Réseau Vies 37/Centre), l'autre tout public en Pays de la Loire (Sarthe/CHS de la Sarthe)

25 - avec l'élaboration d'un projet thérapeutique adapté en hospitalisation complète avec un accueil prioritaire, l'identification de lits tampons réservés aux mineurs, l'accompagnement et le suivi des patients en soins ambulatoires par une équipe mobile d'actions composée d'un binôme psychologue/infirmière et l'instauration d'une cellule de partage

Il est intéressant de noter que certaines ARS ont des partenariats avec des universités sur plusieurs projets. Ainsi en **Rhône-Alpes** un volet recherche est associé à l'évaluation des effets du programme de renforcement des compétences psycho-sociales visant le bien-être des enfants de 7 à 12 ans. Ce projet régional, pilote, est mis en œuvre par l'IREPS et évalué par le laboratoire universitaire IUFM Lyon. L'université Lyon 2 est également très impliquée dans le projet Equilibre (Loire) de prévention du risque suicidaire chez les personnes âgées de plus de 60 ans. Cette action consiste à sensibiliser ou former des intervenants à domicile (hors EPHAD) et à organiser l'intervention d'un psychologue et/ou travailleur social formé au domicile de la personne âgée.

Dans plusieurs régions (**Basse-Normandie, Bretagne, Languedoc-Roussillon** et **Martinique**) des initiatives de veille post-hospitalière de personnes ayant fait une tentative de suicide se mettent en place, à partir du projet ALGOS développé par le Professeur Guillaume Vaiva à Lille. Ce projet de lutte contre la récidive repose sur le recontact et le suivi des suicidants pendant une durée minimale de 6 mois. (Projet Vigilans reprenant le modèle d'une intervention reconnue comme probante par la littérature scientifique).

D'autres régions s'engagent également dans la mise en place d'un dispositif de recontact :

- en **Auvergne** : l'ARS finance un poste de psychologue au CHU afin d'assurer le suivi téléphonique voire l'accompagnement des patients qui ont fait une tentative de suicide.

- en **Franche-Comté** : l'ARS expérimente un projet sur 2 ans dans le département du Jura porté par le centre hospitalier du Jura (CHS[26]). Il permet à des professionnels, formés au repérage et au contact avec un jeune présentant un risque suicidaire, d'être mis en relation téléphonique avec un professionnel de santé apte à répondre à cette problématique. Le CHS met en place une action coordonnée avec la personne signalant le risque visant à inciter le jeune à rencontrer un professionnel, prend les mesures d'urgence qui s'imposent si besoin est, enfin le CHS oriente le jeune vers la structure de prise en charge adaptée hors urgence.

- en **Haute-Normandie** : le centre hospitalier de Dieppe (Seine-Maritime, Professeur Navarre-Coulaud) a mis en place un protocole d'appel téléphonique assuré par un infirmier. Il concerne des patients ayant fait une tentative de suicide ou ayant des idéations suicidaires. Il est prescrit par le praticien hospitalier ou l'interne et consiste en des appels téléphoniques programmés avec l'accord du patient. Ce protocole est supervisé par un psychiatre.

- dans le **Limousin** : une unité mobile de pédopsychiatrie de liaison du centre hospitalier Esquirol portant sur la prévention de la récidive des passages à l'acte suicidaire a été mise en place en Haute-Vienne. Elle prévoit un protocole d'appel systématique pour garder le lien avec le soin. Au niveau régional, un projet de suivi des personnes ayant fait une tentative de suicide est à l'étude : remise d'une carte d'appel d'urgence avec les coordonnées d'un professionnel pouvant être rappelé 24h/24 et mise en place d'un système automatique de rappel des dates de rendez-vous pour les patients « fragiles » au regard du passage à l'acte.

- en **Rhône-Alpes** : deux initiatives sont signalées par l'ARS : dans le Rhône, au CH Le Vinatier, le Centre de prévention du Suicide (Pr Terra) créé en 2012, propose un accompagnement et un soutien téléphonique des patients suicidaires ou suicidants sortant de l'hôpital, en articulation avec un dispositif mobile (psymobile).

- dans la Loire : le dispositif « Relier » est porté par le CHU de Saint Etienne et l'association ADSEA. Un psychologue et un travailleur social formés et encadrés rencontrent la personne au CHU au sein

26 - centre hospitalier spécialisé

des urgences si possible, puis à son domicile ou dans un lieu neutre pour travailler durant quelques mois à remettre en lien le suicidant avec son entourage. Le CHU complète cette intervention par un rappel téléphonique des suicidants à leur domicile par une infirmière, dans le cadre d'un protocole précis.

- enfin, la **Lorraine** signale également une initiative en cours.

Toutes ces dynamiques, infra-territoriales pour certaines, s'appuient sur de multiples partenariats. Ils se sont peu à peu structurés au cours du temps en prenant des formes variées : certains relèvent davantage d'une logique d'échange de pratiques, ou d'une recherche d'une intervention coordonnée comme les réseaux, coordination, groupe de concertation. D'autres sont plus administratifs et financiers comme les chartes, ou les contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens. Le travail sur les parcours de santé et notamment les expérimentations qui sont faites autour des personnes âgées, viennent se greffer sur ces dynamiques locales. Par exemple dans le Valenciennois, l'expérimentation du programme PAERPA[27] s'appuie sur la dynamique gériatrique avec des professionnels motivés sur le sujet du suicide et de la dépression des personnes âgées.

Ailleurs comme en **Bretagne, Basse-Normandie** ou **Poitou-Charentes**, c'est une étroite collaboration avec la délégation régionale de la Mutualité Française qui est engagée. En effet, la Fédération nationale de la Mutualité Française développe depuis de nombreuses années des programmes régionaux de prévention et de promotion de la santé. Ils déploient dans ce cadre cinq modes d'intervention : animation et coordination de réseaux, ingénierie de projets, information - sensibilisation et formation, création d'outils, et animation de groupes. En **Bretagne**, l'ARS a ainsi contractualisé avec ce partenaire sur l'animation des réseaux locaux de prévention du suicide.

Les outils de territorialisation du PRS[28] tels que les programmes territoriaux de santé, contrats locaux de santé, sont décrits par les ARS comme des leviers intéressants au service d'un travail interdisciplinaire et fournissant un cadre de travail, de même que les conseils locaux de santé mentale. Toutefois, l'articulation des territoires de santé avec les secteurs de psychiatrie et le champ de l'addictologie reste compliquée.

***

Ces partenariats et outils vont devoir s'adapter à la nouvelle géographie prioritaire de la politique de la ville, la réorganisation des ARS liée à la réforme des régions, la montée en charge des conseils locaux de santé mentale et la mise en place du service territorial en santé mentale.

27 - Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

28 - Projet régional de santé

ANNEXES

Annexe 1 - Données statistiques sur le suicide en région

Annexe 2 - Fiche enquête ARS

Annexe 3 - Suivi de la mise en oeuvre régionale des actions de formations à l'intervention de crise suicidaire sur la période 2011-2014

Annexe 1 - Données statistiques sur le suicide en région

Dans son premier rapport, en novembre 2014, l'Observatoire national du suicide indique que « les taux standardisés de décès par suicide moyens sur la période 2009-2011 varient fortement selon les régions. En Bretagne, les taux dépassent de 60% le taux moyen de la France métropolitaine. Viennent ensuite les régions Basse-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Limousin, avec des taux supérieurs de plus de 25% au taux moyen de France métropolitaine. Les régions Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Corse et Alsace enregistrent les plus bas taux de décès par suicide (inférieurs de plus de 15% au taux moyen de France métropolitaine). Entre 2000-2002 (période de référence) et 2009-2011, les taux de décès par suicide ont eu tendance à diminuer quelle que soit la région considérée. Pour six régions, le Limousin, l'Alsace, la Corse, la Basse-Normandie, le Languedoc-Roussillon et le Midi-Pyrénées, cette baisse n'est toutefois pas significative. La seule région où le taux de suicide a augmenté est la Lorraine. »

Le tableau ci-dessous[29] présente ces données, qui, bien qu'antérieures au PNACS, fournissent néanmoins des éléments intéressants sur les situations régionales. Dans leurs stratégies d'intervention les ARS doivent également prendre en compte des spécificités infra-régionales. A titre d'exemple, en Bourgogne, « il existe de fortes inégalités infra régionales : dans certains territoires une « culture » du suicide existe, avec des suicides de père en fils ». Dans d'autres territoires, comme en Outre Mer, cette prise en compte passe par la compréhension du suicide et du sens du suicide. Ainsi, en Guyane, « l'action de l'Agence Régionale de Santé vise en un premier lieu le soutien des populations, le repérage et la prévention, et en second lieu, la compréhension pour une action de prévention adaptée ».

Région de domicile	Taux standardisés[1]	Variations régionales[2]	Variations temporelles 2000-2002 /2009-2011[3]
Ile-de-France[4]	9,3	-48,6	-14,6 *
Champagne-Ardenne	21,2	17,4	-10,2*
Picardie	23,0	27,5	-12,7*
Haute-Normandie	22,5	24,2	-12,2*
Centre	21,2	17,3	-15,5*
Basse-Normandie	25,6	41,6	-5,3
Bourgogne	21,5	19,0	-12,9 *
Nord-Pas-de-Calais	24,7	36,8	-8,2 *
Lorraine	19,0	5,1	10,8 *
Alsace	13,4	-26,0	-9,3
Franche-Comté	20,7	14,6	-12,1*
Pays de la Loire	22,2	22,	-14,3 *
Bretagne	28,9	60,1	-8,7*
Poitou-Charentes	22,3	23,2	-12,0*
Aquitaine	18,1	0,2	-12,9*
Midi-Pyrénées	14,9	-17,8	-1,7
Limousin	22,7	25,6	-10,1
Rhône-Alpes	14,5	-19,7	-19,3*
Auvergne	19,9	10,4	-15,4*
Languedoc-Roussillon	19,6	8,4	-3,5
PACA	16,7	-7,6	-9,1*
Corse	14	-22,8	-8,8
France métropolitaine	18,1		-11,1

29 - extrait du premier rapport de l'Observatoire national du suicide, p128. Les données relatives à l'Outre-Mer ne sont pas disponibles.

Taux standardisé de décès par suicide par région en 2009-2011, variations régionales par rapport à la moyenne métropolitaine et aux taux de 2000-2002, tous âges, deux sexes.
Source CépiDc-Inserm

* L'évolution est significativement différente de 0 au seuil de 5%

1 - Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la population Eurostat EU & EFTA
2 - Variation régionale = (Taux régional – Taux France métropolitaine) / Taux France métropolitaine – à partir des taux standardisés
3 - Variation temporelle = (Taux standardisé 2009-2011 – Taux standardisé 2000-2002) / (Taux standardisé 2000-2002)
4 - Le taux en Ile-de-France est fortement sous-estimé en raison d'une absence de transmission des résultats d'investigation de l'institut médico-légal de Paris

Annexe 2 - Fiche enquête ARS

Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014

Bilan des actions régionales de prévention du suicide

ARS : Direction / service :

Nom / coordonnées du référent :

Date :

1. Synthèse des actions de prévention du suicide mises en œuvre au niveau régional (description, publics concernés, partenaires opérationnels impliqués, territoires concernés)

2. Facteurs facilitants

3. Difficultés rencontrées

4. Résultats mesurés ou observés (y compris indicateurs intermédiaires comme formalisation d'un partenariat, nombre d'actions de formations, ...)

5. Suites envisagées et/ou actées

6. Vos propositions/recommandations concernant ces actions et plus globalement vos suggestions sur la poursuite de la politique de prévention du suicide

Annexe 3 - Suivi de la mise en oeuvre régionale des actions de formations à l'intervention de crise suicidaire sur la période 2011-2014

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014

Suivi de la mise en œuvre régionale des actions de formations à l'intervention de crise suicidaire sur la période 2011-2014

Novembre 2014

Direction générale de la santé

Sous-direction de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques

SOMMAIRE

I. Introduction 17

a) Le contexte 17

b) L'enquête 18

II. L'état des lieux 19

1) Mise en œuvre des sessions de formation de formateurs à l'intervention de crise suicidaire 19

a) Nombre et profils des formateurs à l'intervention de crise suicidaire 19

b) Nombre de sessions de formation de formateurs organisées 21

c) Nombre de formateurs nouvellement formés 22

d) Suivi et animation du vivier régional de formateurs 22

e) Freins et problèmes identifiés 23

f) Remarques et suggestions 24

2) Mise en œuvre des sessions de formations pluridisciplinaires à l'intervention de crise suicidaire (déployées par les formateurs régionaux précités) 25

a) Nombre de sessions de formation réalisées 25

b) Nombre de personnes formées 26

c) Milieux professionnels des personnes formées 27

d) Suivi des personnes formées 28

e) Freins et problèmes identifiés 29

f) Remarques et suggestions 30

III. Bilan 31

a) Synthèses 31

b) Problématiques précisées par l'enquête 32

Suggestions de pistes de travail 32

ANNEXES 33

Annexe 1 : fiche action 36 du programme national d'actions contre le suicide 34

Annexe 2 : questionnaire d'enquête 36

I. Introduction

Cet état des lieux a été réalisé dans le cadre du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, dont l'axe IV concerne la formation des professionnels. Une des mesures de ce programme consiste ainsi à renforcer les actions de sensibilisation et de formation sur la crise suicidaire[30].

a) Le contexte

- La conférence de consensus d'octobre 2000 sur «la crise suicidaire : mieux repérer et prendre en charge[31]» a produit des bases scientifiques communes et validées à partir de l'expertise de données scientifiques nationales et internationales pour favoriser un dépistage des risques suicidaires. Suite à cette conférence de consensus, la direction générale de la santé a confié à la professeure Monique Seguin (Québec) et au professeur Jean-Louis Terra (Lyon) l'élaboration d'un référentiel de formation et la mise en œuvre de celle-ci.

  Ainsi, en 2001, dans le cadre de la stratégie nationale d'actions contre le suicide 2000-2005, la direction générale de la santé a financé, et ce jusqu'en 2010, des formations de binômes de formateurs (psychiatres et psychologues) à l'intervention de crise suicidaire, afin de détecter et favoriser la prise en charge de la souffrance psychique pouvant conduire à un acte suicidaire.

  Dans chaque région, au moins un binôme de formateurs régionaux (composé d'un psychiatre et d'un psychologue) a été formé dans le cadre de ce dispositif.

  Ces formateurs sont chargés de former des personnes ressources de plusieurs champs disciplinaires (psychiatres, médecins généralistes, formateurs des écoutants des services de téléphonie santé confrontés à la problématique du suicide, personnels pénitentiaires, éducation nationale, etc.). Ces formateurs se sont engagés à assurer trois formations par an pendant trois ans minimum[32].

  Depuis 2010, les formations de formateurs à l'intervention de crise suicidaire sont prises en charge par les ARS.

- Les 10 années de formations prises en charge au niveau national ont permis de constituer un important vivier de formateurs.

  Un travail de recensement et d'actualisation du vivier de formateur a été réalisé par le groupement d'étude et de prévention du suicide (GEPS), dans le cadre du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. A cet effet, chaque ARS a reçu en avril 2012 la liste des formateurs exerçant dans sa région : le vivier était alors constitué de 725 formateurs actifs.

- En 2013, une enquête auprès des 725 formateurs a été réalisée et restituée par le professeur Jean-Louis Terra, lors d'un symposium des formateurs, qui s'est tenu le 23 octobre 2013 à l'occasion des journées scientifiques du GEPS à Lyon. Cette enquête à laquelle ont participé 104 formateurs (taux de réponse de 19 %), a fait ressortir les problématiques et questionnements suivants :

30 - annexe 1 : fiche action 36 du programme national d'actions contre le suicide

31 - ANAES 2000

32 - circulaire N°DGS/SD6C/355/2003 du 16 juillet 2003 relative à la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions à mettre en œuvre par les services déconcentrés pour 2003

- **Problèmes identifiés :**

Financiers (manque de subvention, question de la rémunération des formateurs)
Logistiques (problèmes matériels pour l'organisation des formations)
Disponibilité des formateurs pour le déploiement de l'enseignement sur la crise suicidaire

- **Questionnements :**

Question des passages à l'acte suicidaire et des addictions
Le choix des populations cibles
Le suicide pendant l'hospitalisation
La partie postvention et prise en charge de la famille ou de l'entourage proche des suicidés

- **Suggestions :**

Regroupement de formateurs au niveau régional
Permettre aux formateurs d'avoir plus de temps pour préparer et assurer les formations
Prospection auprès des organismes publics et privés plus étendue
Actualisation du manuel des formateurs
Transmission des informations nationales sur la thématique du suicide aux formateurs
Intégration de cette thématique dans la formation continue des professionnels de santé en gérontologie
Extension de la formation au personnel enseignant

b) L'enquête

Cette enquête est l'occasion de dresser un état des lieux de la mise en œuvre régionale des actions de formation à l'intervention de crise suicidaire. L'objectif est de définir et mettre en œuvre des mesures afin de redynamiser le réseau de formateurs.

Le questionnaire d'enquête[33], élaboré par le bureau de la psychiatrie et de la santé mentale de la direction générale de la santé, a été diffusé le 30 mai 2014, auprès des référents santé mentale des 26 ARS.

L'enquête porte sur la période 2011-2014. Le questionnaire est divisé en deux parties :

- Mise en œuvre des **sessions de formation de formateurs** à l'intervention de crise suicidaire
- Mise en œuvre des **sessions de formations pluridisciplinaire**s à l'intervention de crise suicidaire, c'est-à-dire les formations déployées par les formateurs

20 ARS sur les 26 ont participé à l'enquête, entre juin et septembre2014, soit un taux de réponse de 77 %.

Les données présentées dans cet état des lieux n'ont donc pas un caractère exhaustif, elles ne prennent en compte que les informations recueillies auprès des ARS ayant participé à l'enquête.

33 - annexe n° 1 : questionnaire d'enquête

II. L'état des lieux

1) Mise en œuvre des sessions de formation de formateurs à l'intervention de crise suicidaire

a) Nombre et profils des formateurs à l'intervention de crise suicidaire

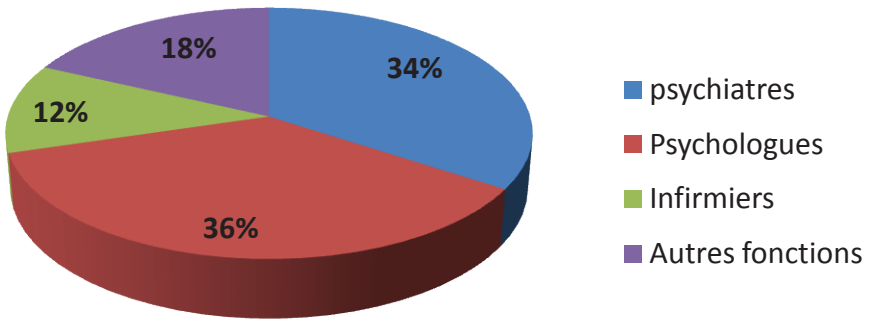
(Nombre de répondants : 20)

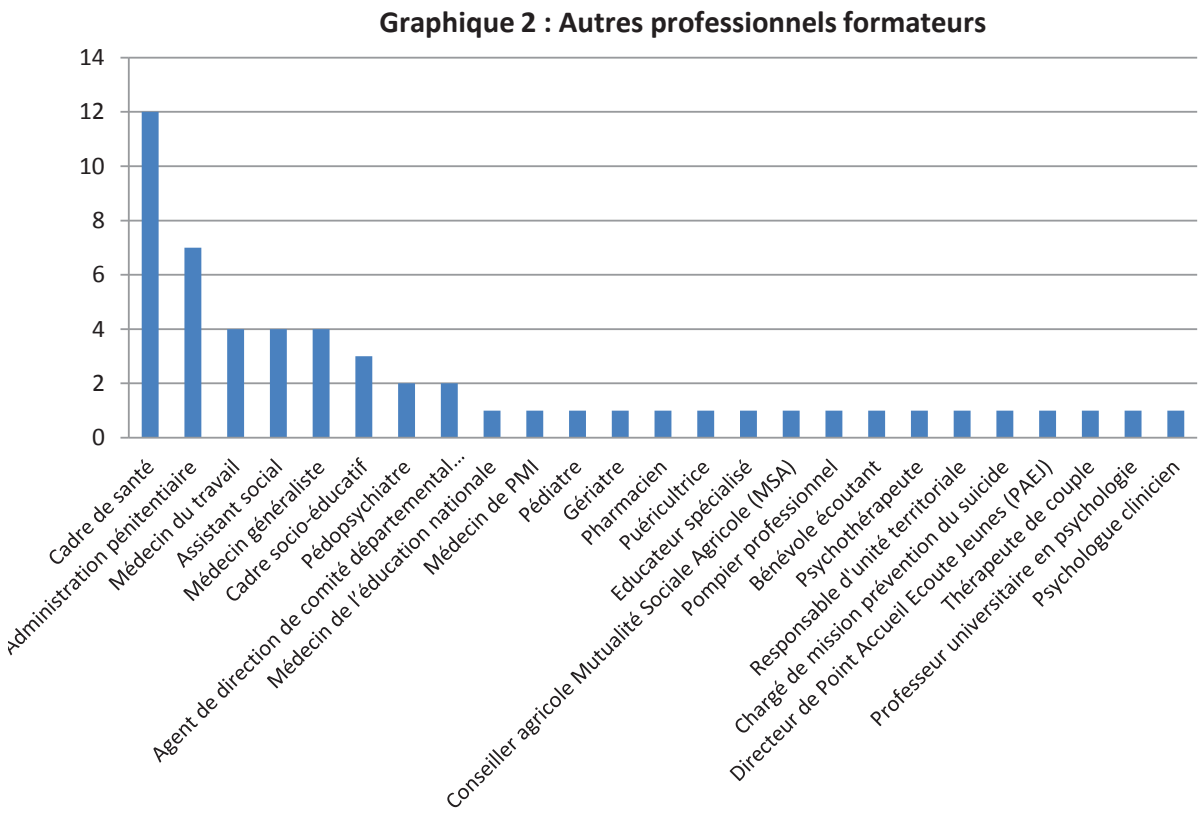
304 formateurs actifs ont été recensés par les 20 ARS ayant participé à l'enquête (cf. graphique n°1) :

- 104 psychiatres ;
- 110 psychologues ;
- 35 infirmiers ;
- 55 autres fonctions (cf. graphique n°2).

Les profils de ces autres professionnels formateurs sont diversifiés et permettent l'implémentation de l'enseignement sur l'intervention de crise suicidaire dans différents secteurs ou milieux de vie (prison, école, milieu de travail, milieu agricole...).

Graphique 1 : Formateurs à l'intervention de crise suicidaire





Nous constatons un **écart important entre le nombre de formateurs recensés par le GEPS en 2012 (725) et le nombre de formateurs déclaré par les ARS en 2014 (304).**

Outre le manque d'information pour six régions, cet écart peut être expliqué par :

- La méthodologie d'enquête : le GEPS avait contacté chaque personne ayant bénéficié de cette formation, alors que la présente enquête interroge la connaissance par les ARS de leur vivier de formateurs toujours actifs.
- Le manque de visibilité des ARS sur les formations organisées par un autre opérateur.
- L'érosion possible du vivier de formateurs actifs, en raison de réorientation de l'activité des professionnels concernés, de départs en retraite, de changement de région...

b) Nombre de sessions de formation de formateurs organisées

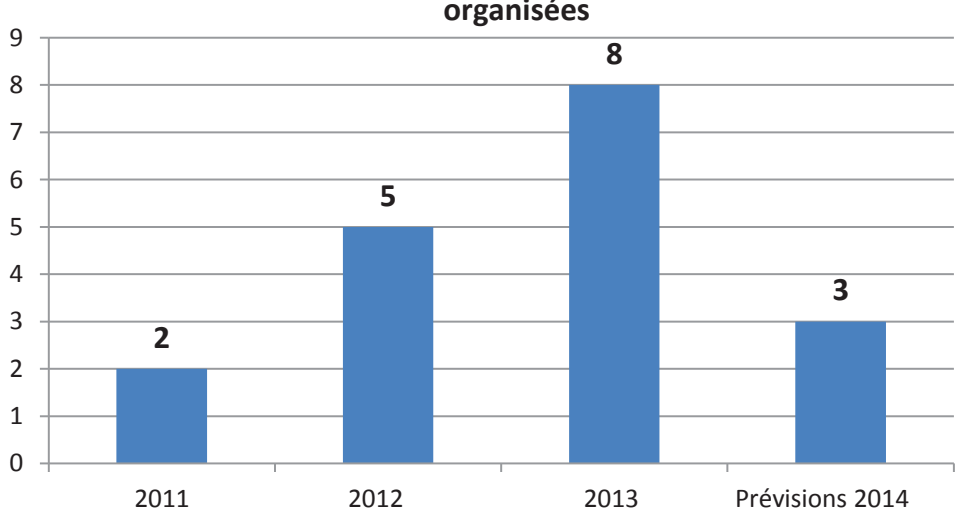
(Nombre de répondants : 17)

De 2001 à 2010, ces sessions de formations ont été prises en charge financièrement par la direction générale de la santé dans le cadre de la stratégie nationale d'actions contre le suicide. Depuis 2010, les formations de formateurs à l'intervention de crise suicidaire sont organisées et financées par les ARS.

Dans certaines régions, ces sessions de formation ne sont pas financées par l'ARS, mais par d'autres opérateurs régionaux (IREPS par exemple).

De 2011 à 2014, **18 sessions de formation** de formateurs ont été réalisées par les ARS ayant répondu à cet item (2 sessions en 2011, 5 sessions en 2012, 8 sessions en 2013, 3 sessions prévues en 2014).

Graphique 3 : Nombre de sessions de formation de formateurs organisées

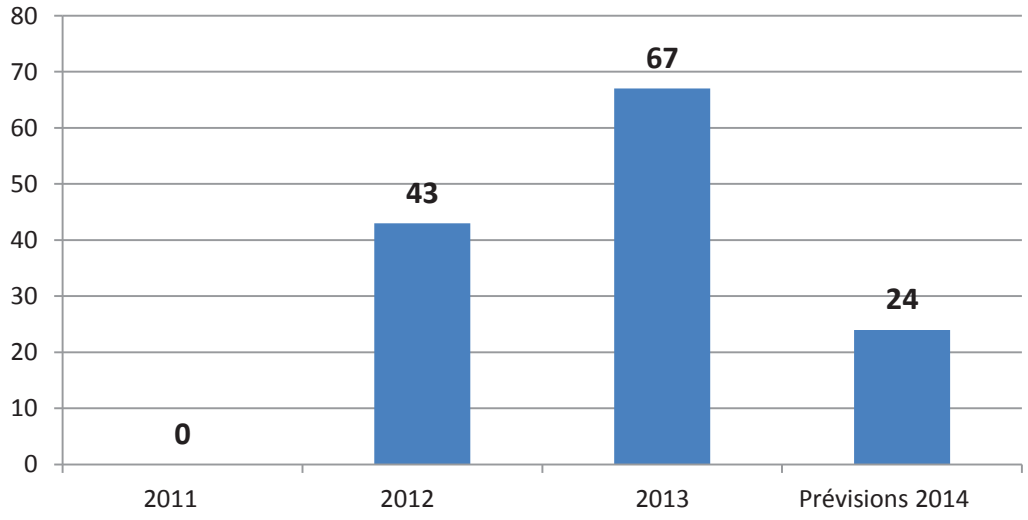


c) Nombre de formateurs nouvellement formés

(Nombre de répondants : 16)

De 2011 à 2014, **134 professionnels** ont bénéficié de la formation de formateurs à l'intervention de crise suicidaire :

Graphique 4 : Nombre de nouveaux formateurs

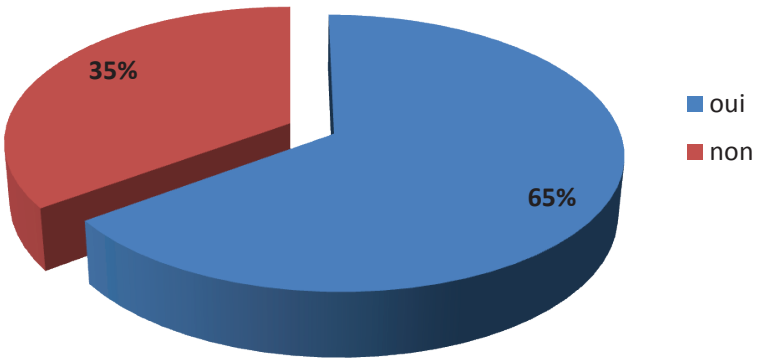


d) Suivi et animation du vivier régional de formateurs

(Nombre de répondants : 20)

Sur les 20 ARS ayant participé à l'enquête, 13 ont déclaré mettre en œuvre des actions de suivi et d'animation de leur vivier de formateurs.

Graphique 5 : Suivi / animation du vivier régional de formateurs



Ces actions d'animation et/ou de suivi du vivier régional de formateurs consistent principalement en des journées de regroupement des formateurs ou en une coordination de ce vivier par le biais de comités de pilotage ou de réunions à dimension régionale.

(Nombre de répondants : 13)

Types d'actions de suivi/d'animation	Nombre d'occurrences
Journées de regroupement des formateurs	7
Coordination régionale : comités de pilotage, réunions	4
Enquêtes	3
Echanges mails (informations, outils...)	2
Coordination départementale : comités de pilotage, réunions	2
Groupes de travail	1

Ces actions d'animation et de suivi du vivier de formateurs sont le plus souvent organisées à une fréquence annuelle.

(Nombre de répondants : 10)

Fréquence du suivi	Nombre d'occurrences
Annuel	5
Bi-annuel	2
Trimestriel	1
Plus fréquent	2

e) Freins et problèmes identifiés

Les principaux freins identifiés par les ARS pour la mise en œuvre des sessions de formations de formateur concernent les ressources humaines (manque de candidats, disponibilité des formateurs) ainsi que les ressources financières, compte tenu des coûts élevés de ces actions de formation.

(Nombre de répondants : 17)

Freins et problèmes identifiés	Nbre d'occurrences
Disponibilité des formateurs, contraintes professionnelles ne permettant pas un investissement régulier des formateurs	5
Difficultés d'ordre financières, coût élevé des formations	5
Manque de candidats formateurs	2
Démographie médicale défavorable	2
Pas de visibilité de l'ARS sur les formations de formateurs (organisées par un opérateur local IRESP, CODES...)	2
Difficulté de mise à jour du listing de formateurs	1
Difficultés d'ordre organisationnel	1
Mobilité des formateurs, grand turn over	1
Difficultés quant à l'animation du vivier régional de formateurs	1

f) Remarques et suggestions

Les principales suggestions portent sur la mise en œuvre de nouvelles formations de formateurs au niveau national et le renforcement des regroupements de formateurs.

(Nombre de répondants : 10)

Remarques et suggestions	Nombre d'occurrences
Mettre en œuvre de nouvelles formations de formateurs au niveau national (pour assurer le renouvellement des formateurs du fait de départs ou de réorientation de l'activité)	3
Renforcer les regroupements et liens entre les formateurs	2
Mutualiser l'organisation des réunions au niveau interrégional	1
Disposer d'un annuaire des formateurs	1
Proposer des formations spécifiques pour certains publics (personnes âgées, détenus, enfants...)	1
Identifier un opérateur en région pour l'organisation des formations	1
Inciter à la prise en compte du risque suicidaire dans les politiques des établissements de santé (à inclure dans les contrats pluriannuels d'objectif et de moyen?)	1

2) Mise en œuvre des sessions de formations pluridisciplinaires à l'intervention de crise suicidaire (déployées par les formateurs régionaux précités)

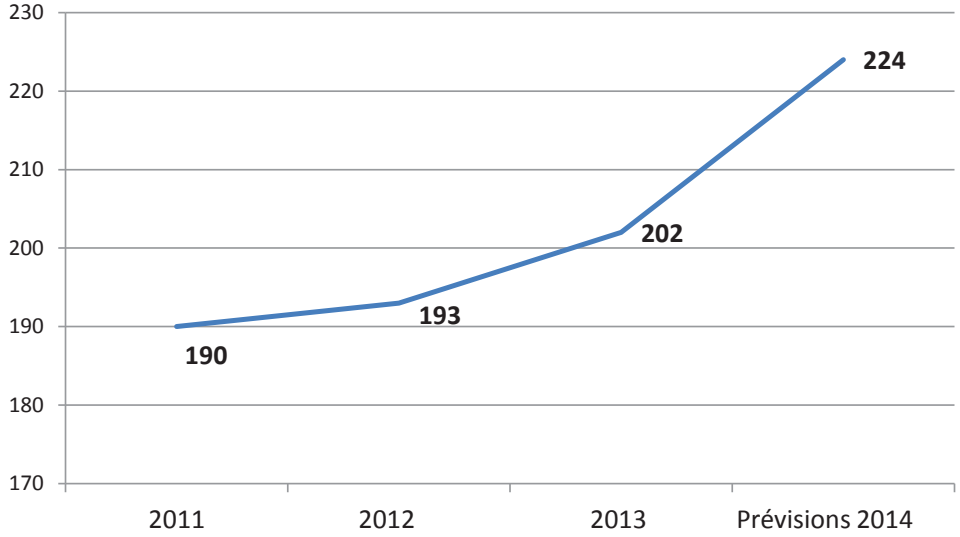
a) Nombre de sessions de formation réalisées

(Nombre de répondants : 19)

De 2011 à 2014, **809 sessions de formations pluridisciplinaires** ont été réalisées par les ARS ayant participé à l'enquête.

Outre ces 809 sessions de formations à l'intervention de crise suicidaire (format préconisé de deux jours de formation), certaines ARS proposent d'autres formats de diffusion de l'enseignement sur la crise suicidaire, et notamment des conférences ou temps de sensibilisation en journée ou en soirée ou de journées de formation en milieux de vie spécifiques (EHPAD, milieu pénitentiaire...)

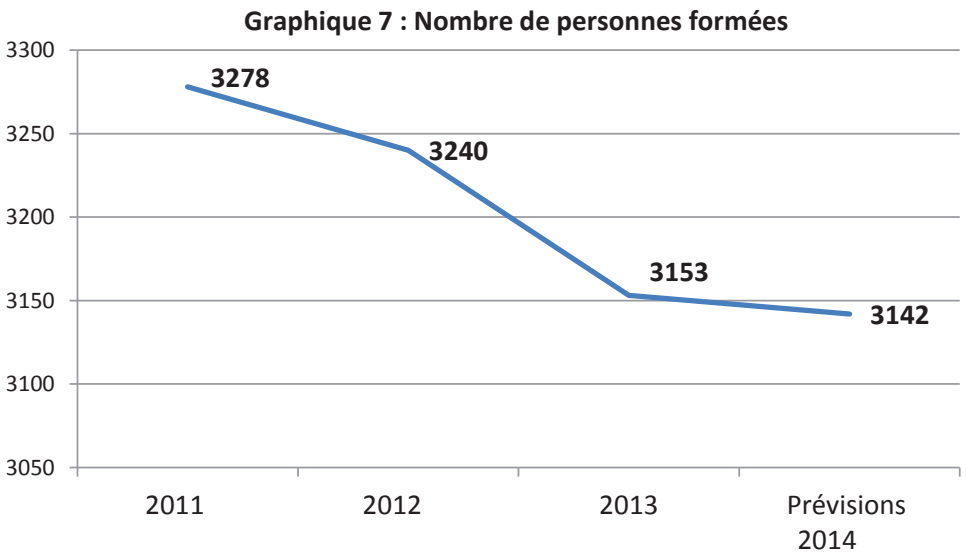
Graphique 6 : Nombre de sessions de formation pluridisciplinaires



b) Nombre de personnes formées

(Nombre de répondants : 19)

De 2011 à 2014, **12 813 personnes** issues de milieux professionnels variés ont bénéficié de la formation à l'intervention de crise suicidaire.



c) Milieux professionnels des personnes formées

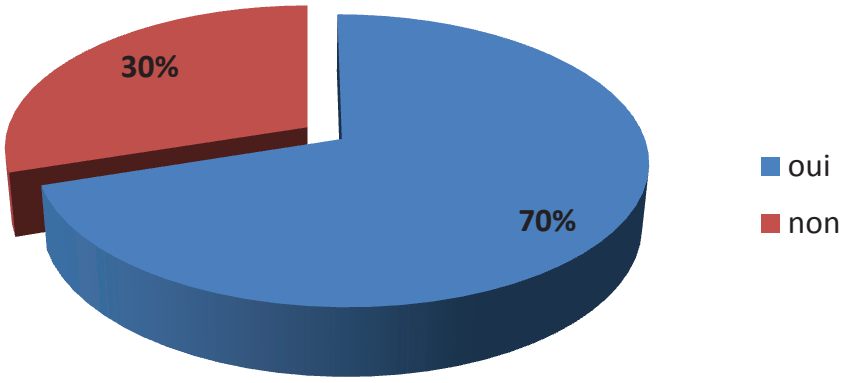
(Nombre de répondants : 17)

Milieux professionnels	Nb d'occurrences	Précisions
Santé	17	
médecins généralistes	9	
médecins du travail	9	
médecins psychiatres	3	
médecins urgentistes	4	
médecins gériatres	3	
autre	2	pédiatres
infirmiers exerçant en psychiatrie	12	
infirmiers exerçant aux urgences	9	
infirmiers exerçant dans d'autres services	15	
psychologues	14	
autres professionnels, précisez :	13	internes en psychiatrie, aides soignants, cadres de santé, agents hospitalier, aides médico-psychologique, psychomotriciens, personnels soignant travaillant en UCSA-SMPR, professionnels médico-sociaux, infirmières libérales, IDE PMI, auxiliaire de soins, secrétaire médicale, manipulateur en radiothérapie, directeur des soins, professionnels des addictions, ergothérapeutes
Action sociale	15	
Education nationale	15	infirmières scolaire, CPE, enseignants, proviseur adjoint...
Milieu pénitentiaire	12	
Forces de l'ordre / militaires	6	
Milieu associatif	13	
Autre * Une ARS a mis en place un dispositif expérimental chargé de prévenir le suicide chez les chefs d'entreprise concernés par une procédure de liquidation judiciaire. Cette expérimentation proposée au sein d'un tribunal de commerce s'articule notamment autour d'un programme de formation à la question du suicide des professionnels intervenant dans les procédures judiciaires.	10	Milieu agricole (MSA, personnel de l'enseignement agricole), éducateurs spécialisés, professionnels des CSAPA, professionnels des Maison des adolescents, professionnels de la PJJ, puéricultrice, assistantes maternelles, conseillers prévention, personnels de service d'aide à domicile, directeur d'EHPAD, personnels d'EHPAD, personnels des Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC), juges*, commissaires*, avocats*, personnels de tribunal de grande instance*, personnels du greffe des tribunaux de commerce*, mandataires judiciaires*, conseillers en prévention des risques professionnels, entreprises diverses (cadres administratifs, chefs de service...), responsable de formation, secrétaire, moniteur d'atelier, maire, bailleurs sociaux, pompiers...

d) Suivi des personnes formées

(Nombre de répondants : 20)

Graphique 8 : Suivi des personnes formées



Sur les 20 ARS ayant participé à l'enquête, 14 ont déclaré mettre en œuvre des actions de suivi des personnes formées à l'occasion des formations pluridisciplinaire à l'intervention de crise suicidaire.

Ces actions de suivi des personnes formées consistent principalement en une journée de formation à distance, en des réunions pour favoriser la mise en relation des professionnels formés, ainsi que des questionnaires et enquêtes d'évaluation de la formation dispensée.

(Nombre de répondants : 15)

Types d'actions de suivi	Nombre d'occurrences
Journée de formation à distance de la 1re séance (6 mois/1 an...) pour retours d'expérience, échange de pratiques...	6
Réunions de réseaux, mise en relation des professionnels formés	5
Questionnaires/enquêtes	4
Contacts téléphoniques/mails	2
Accompagnement pour la mise en œuvre des réseaux internes au sein des structures formées (MSA - EHPAD...)	2
Initiation de groupes de réflexion et de travail (création commune et diffusion d'outils de prévention et de promotion de la santé)	1
Annuaire des personnes formées	1
Perspective de constitution d'un réseau pour évaluation et proposition d'action	1

e) Freins et problèmes identifiés

Les principaux freins identifiés par les ARS concernent les ressources humaines (manque de formateurs, disponibilité des formateurs) ainsi que les contraintes organisationnelles et financières.

(Nombre de répondants : 15)

Freins et problèmes identifiés	Nombre d'occurrences
Manque de disponibilité des formateurs / manque de formateurs / turn over des médecins	6
Organisation logistique : difficulté à trouver des structures effectuant un portage logistique des sessions de formation	5
Coûts	5
Difficulté de diffusion auprès des MG	3
Manque de lisibilité sur les formations organisées en dehors de l'ARS	2
Rémunération des formateurs + gestion administrative	1
Soutien aux formateurs / au développement de la formation	1
Difficulté de mise en place sur certains territoires (par exemple, en milieu rural du fait du manque de formateurs)	1
Problème de l'évaluation	1
Formations très demandées, difficulté à répondre à la demande	1
Publicité à renforcer	1
Réactualisation des outils et adaptation aux spécificités de chaque public	1
Thématique non prioritaire dans le cadre du projet régional de santé	1

f) Remarques et suggestions

Les ARS constatent une forte demande autour des formations à l'intervention de crise suicidaire, demandes auxquelles il peut être difficile de répondre étant donné les contraintes liées aux disponibilités des formateurs.

Il est par ailleurs proposé de réactualiser le référentiel de formation, d'adapter le contenu de la formation en fonction du public (professionnels intervenants auprès des personnes âgées, des jeunes, des détenus) ainsi que de développer d'autres formats plus courts pour la diffusion de cet enseignement (conférences, journée de sensibilisation).

(Nombre de répondants : 13)

Remarques et suggestions	Nombre d'occurrences
Forte demande autour de ces formations	4
Contenu des formations à actualiser/réajustement du cahier des charges	3
Mise en place d'autres formats pour diffusion de cet enseignement (journées de sensibilisation, conférences en journées ou soirées)	2
Formation reformatées par thèmes (personnes âgées, adolescents, détenus...) en fonction du public	2
Demande d'outils pour mieux repérer et orienter : demande d'échanges entre région sur ces outils	1
Référentiel franco-québécois est un outil reconnu et adapté	1
Se rapprocher des formations initiales et continues (IFSI, IFAS, école des cadres, travail social....)	1
Intérêt de la mutualisation des moyens des différents financeurs potentiels (ARS/MSA notamment)	1
Demande d'outils de suivi des formations	1
Poursuivre le travail concerté avec les différents partenaires	1
Adaptation aux attentes et disponibilités des médecins généralistes	1
Demander aux institutions, établissements de santé et EMS d'inscrire cette formation dans leur plan de formation annuel	1

III. Bilan

a) Synthèses

- **Les formations de formateurs à l'intervention de crise suicidaire**

304 formateurs sont recensés par les 20 ARS ayant participé à l'enquête : 34 % sont psychiatres, 36 % psychologues, 12 % infirmiers et 18 % d'autres professionnels (cadres de santé, personnels de l'administration pénitentiaire, médecins du travail, médecins généralistes, assistants social...).

18 sessions de formation de formateurs ont été organisées entre 2011 et 2014 : 134 professionnels sont devenus formateurs.

13 ARS (65 %) organisent des actions de suivi ou d'animation du vivier de formateurs, principalement des journées de regroupement des formateurs, le plus souvent à une fréquence annuelle.

Les principaux freins et problèmes identifiés concernent les ressources humaines (manque de candidats à ces fonctions de formateurs et de disponibilité des formateurs pour le déploiement de l'enseignement sur la crise suicidaire), ainsi que les ressources financières (coût élevé des formations de formateurs).

Les principales suggestions concernent la mise en œuvre de nouvelles formations au niveau national, le renforcement des regroupements de formateurs et la mutualisation interrégionale pour l'organisation de ces formations.

- **Les formations pluridisciplinaires à l'intervention de crise suicidaire**

De 2011 à 2014, 809 sessions de formations pluridisciplinaires à l'intervention de crise suicidaire ont été recensées, auxquelles ont participé 12 831 personnes, issues de milieux professionnels variés (professionnels de santé, éducation nationale, administration pénitentiaire, milieu agricole, professionnels de l'action sociale, milieu associatif, forces de l'ordre ou militaires...).

Outre ces 809 sessions de formations, d'autres formats de diffusion de cet enseignement ont été proposés par quelques ARS (temps de sensibilisation en journée ou en soirée, journée de formation en milieu de vie spécifique, comme en EHPAD ou en milieu pénitentiaire).

14 ARS (70 %) organisent des actions de suivi des personnes formées, principalement sous la forme d'une journée de formation à distance et de réunions de réseaux.

Les principaux freins identifiés par les ARS concernent les ressources humaines (manque de formateurs, disponibilité des formateurs) ainsi que les contraintes organisationnelles et financières.

Les principales suggestions concernent l'actualisation du référentiel de formation, l'adaptation du contenu de la formation en fonction du public (professionnels intervenants auprès des personnes âgées, des jeunes, des détenus) ainsi que le développement d'autres formats plus courts pour la diffusion de cet enseignement (conférences, journée de sensibilisation).

b) Problématiques précisées par l'enquête

- Forte demande autour de ces formations
- Formats spécifiques pour la diffusion de l'enseignement : temps de sensibilisation en journée ou en soirée, formations ciblées auprès de certains professionnels (administration pénitentiaire, EHPAD...)
- Coûts engendrés : intérêt d'une mutualisation interrégionale pour l'organisation des formations de formateurs
- Modalités organisationnelles lourdes : intérêt d'une mutualisation interrégionale pour l'organisation des formations de formateurs
- Identifier des opérateurs régionaux pour le volet organisationnel (IRESP, CODES, associations régionales...)
- Question de la rémunération des formateurs
- Question de la disponibilité des formateurs
- Nécessité de proposer un format adapté aux médecins généralistes

En conclusion, des pistes de réflexion peuvent être dégagées :

1. Encourager des mutualisations interrégionales pour le financement et l'organisation des formations de formateurs
2. Rechercher et consolider des partenariats pour le déploiement et la poursuite des formations des professionnels intervenant auprès de certains publics (caisses de mutualité sociale agricole, directions interrégionales des services pénitentiaires, Direccte, rectorats d'académie...)
3. Rechercher et consolider des partenariats avec les organismes de formation initiale et continue
4. Engager une réflexion sur le contenu et le format du référentiel de formation

Ces propositions, non exhaustives ont vocation à être débattues dans les suites du bilan du programme national d'actions contre le suicide, début 2015.

ANNEXES

Annexe 1 : fiche action 36 du programme national d'actions contre le suicide

Axe IV : Formation des professionnels

Mesure 2 : Renforcer les actions de sensibilisation et de formation sur la crise suicidaire

Action 36 : Déployer des actions de formation initiale et continue

1. Contexte

La DGS a mis en place depuis 2001 une formation de formateurs à l'intervention de crise suicidaire. Plus de 500 psychiatres, psychologues et autres intervenants issus de différents domaines professionnels (Éducation nationale, milieu carcéral, gérontologie, milieu associatif…) sont ainsi devenus formateurs et ont déployé des formations dans les différents milieux professionnels (plus de 10 000 professionnels de la santé, de l'éducation nationale, de la justice, de la gendarmerie ou de la police….ont bénéficié de formation).
Le nombre actuel de formateurs est jugé suffisant pour permettre de continuer le déploiement des formations en régions. Il s'agit de maintenir le réseau de formateurs existant.

Parallèlement, la formation sur la crise suicidaire et sa prise en charge doit désormais être déployée plus largement dans les formations initiales ou continues des professionnels, en particulier ceux qui sont amenés à « prendre soin » des personnes.
C'est ainsi qu'au sein du référentiel de formation initiale des infirmiers (partie consacrée aux processus psychopathologiques), le risque suicidaire a été inclus à l'occasion de la re ingénierie des diplômes.
Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC), les actions de formation s'adresseront à l'ensemble des personnels des équipes soignantes ayant une obligation de DPC (médicaux ou para médicaux), qu'ils travaillent dans des établissements sanitaires ou dans des établissements et/ou services médicaux sociaux.

2. Contenu de l'action

1 : Animation d'un réseau de formateurs :

- Constitution d'une base de données recensant les formateurs et leurs actions
- Veille documentaire et diffusion de l'information auprès des membres du réseau de formateurs.

2 : Intégrer un enseignement sur la crise suicidaire et sa prise en charge dans les formations diplomantes de l'EHESP.

3 : Intégrer un enseignement sur la crise suicidaire dans le cadre de la mise en place du DPC des professionnels pour assurer la continuité de l'offre de formation continue sur cette thématique de santé publique.

3 . Acteurs

1 : Pilote : DGS
Partenaires : Les associations de professionnels

2 : Pilote DGS
Partenaires : l'EHESP

3 Pilote DGOS

4. Calendrier

1 : 2011

2 : 2012

3 : Montée en charge du DPC en 2011 et 2012

5. Suivi et évaluation

1 : Nombre de professionnels appartenant au réseau des formateurs régionaux

2 : - Enseignement sur la crise suicidaire et sa prise en charge intégré dans les formations diplomantes de l'EHESP.
- Intégration d'un enseignement sur la crise suicidaire et sa prise en charge dans la formation initiale et continue des médecins et des infirmières

3 : - Nombre d'organismes enregistrés par l'organisme de gestion du DPC (OG-DPC) proposant un programme de DPC sur la prévention et la prise en charge du suicide
- Nombre de formations annuelles délivrées sur cette thématique
- Nombre de participants

6. Liens avec les autres plans de santé publique

Annexe 2 : questionnaire d'enquête

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
Sous-direction de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques
Bureau de la psychiatrie et de la santé mentale
Personne chargée du dossier : Rkia Elouadi
Courriel : rkia.elouadi@sante.gouv.fr

D14-006514

Paris, le 30 MAI 2014

Objet : Programme national de prévention du suicide : suivi de la mise en œuvre des formations à l'intervention de crise suicidaire

La conférence de consensus d'octobre 2000 sur «la crise suicidaire : mieux repérer et prendre en charge» a produit des bases scientifiques communes et validées à partir de l'expertise de données scientifiques nationales et internationales pour favoriser un dépistage des risques suicidaires. Suite à cette conférence de consensus, la direction générale de la santé a confié au professeur Jean-Louis Terra (psychiatre au centre hospitalier le vinatier à Lyon) et à Mme Monique Seguin, professeur de psychologie à Montréal (Québec), l'élaboration d'un référentiel de formation et la mise en œuvre de celle-ci.

Ainsi, en 2001, dans le cadre de la stratégie nationale d'actions contre le suicide 2000-2005, la direction générale de la santé a financé, et ce jusqu'en 2010, des formations de binômes de formateurs (psychiatres et psychologues) sur le repérage et la gestion de la crise suicidaire. Ces formateurs sont chargés de former des personnes ressources de plusieurs champs disciplinaires (psychiatres, médecins généralistes, formateurs des écoutants des services de téléphonie santé confrontés à la problématique du suicide, personnels pénitentiaires, éducation nationale, etc….).

Ces 10 années de formations prises en charge au niveau national ont permis de constituer un important vivier de formateurs (plus de 700 en 2010 qui ont formé plus de 70 000 personnes de différents milieux professionnels et associatifs). Depuis 2010, les formations de formateurs à l'intervention de crise suicidaire sont prises en charge par les agences régionales de santé.

Un travail de recensement et d'actualisation du vivier de formateur a été réalisé par le groupement d'étude et de prévention du suicide (GEPS), dans le cadre du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. A cet effet, vous avez reçu en avril 2012 un listing des formateurs exerçant dans votre région. En 2013, le vivier est constitué de 725 formateurs actifs.

Nous vous prions de bien vouloir prendre quelques minutes pour répondre au questionnaire ci-joint, dont les réponses nous permettront de mieux cerner les attentes et besoins régionaux en matière de formation à l'intervention de crise suicidaire. Nous vous remercions de nous retourner, **avant le 1er juillet 2014**, votre questionnaire complété par mail aux adresses suivantes : rkia.elouadi@sante.gouv.fr , elisabeth.roche@sante.gouv.fr, ainsi que toutes remarques ou suggestions dont vous souhaiteriez nous faire part. En vous remerciant par avance de votre participation.

Nous établirons, à partir de vos retours, un état des lieux (qui vous sera communiqué) et qui nous permettra de définir et mettre en place des mesures afin de redynamiser le réseau de formateurs.

Dr Zinna BESSA
Adjointe au sous-directeur
Direction Générale de la Santé
Sous-direction de la Santé des Populations
et de la Prévention des Maladies Chroniques

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
Sous-direction de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques
Bureau de la psychiatrie et de la santé mentale

ARS : Choisissez un élément.
Nom du référent « santé mentale » :
Courriel :

Mise en œuvre des sessions de formation de formateurs à l'intervention de crise suicidaire

Nombre de formateurs actifs dans la région
Nombre de formateurs-psychiatres :
Nombre de formateurs- psychologues :
Nombre de formateurs-infirmiers :
Nombre de formateurs ayant une autre fonction :
Précisez :

Nombre de sessions de formation de formateurs réalisées
En 2011 :
En 2012 :
En 2013 :
Prévisions pour l'année 2014 :

Nombre de formateurs nouvellement formés
En 2011 :
En 2012 :
En 2013 :
Prévisions pour l'année 2014 :

Organisez-vous un suivi, une animation du vivier régional de formateurs ?
☐ Oui ☐ Non
Si oui, quels types d'actions organisez-vous ?

A quelle fréquence ?

Quels sont les freins et problèmes identifiés lors de la mise en œuvre des sessions de formation de formateurs à l'intervention de crise suicidaire (coûts, logistique, contenu de formation à actualiser, faible publicité,…)

Remarques et suggestions

Mise en œuvre des sessions de formations pluridisciplinaires à l'intervention de crise suicidaire

Nombre de sessions de formation réalisées
En 2011 :
En 2012 :
En 2013 :
Prévisions pour l'année 2014 :

Nombre de personnes formées
En 2011 :
En 2012 :
En 2013 :
Prévisions pour l'année 2014 :

Milieux professionnels des personnes formées

☐ **santé (précisez) :**

☐ médecins généralistes, ☐ médecins du travail, ☐ médecins psychiatres,
☐ médecins urgentistes, ☐ gériatres, ☐ autre, précisez :
☐ infirmiers exerçant en psychiatrie, ☐ infirmiers exerçant aux urgences,
☐ infirmiers exerçant dans d'autres services
☐ psychologues
☐ autres professionnels, précisez :

☐ **action sociale (travailleurs sociaux,…)**
☐ **éducation nationale**
☐ **milieu pénitentiaire**
☐ **forces de l'ordre (police, gendarmerie)/militaires**
☐ **milieu associatif**
☐ **autres, précisez :**

Suivi des personnes formées

☐ Oui ☐ Non

Si oui, quels types d'actions organisez-vous ?

Quels sont les freins et problèmes identifiés lors de la mise en œuvre des formations à l'intervention de crise suicidaire (coûts, logistique, contenu de formation à actualiser, faible publicité,…)

Remarques et suggestions

Réalisation : Direction générale de la Santé
Mise en page : MICOM
Septembre 2015