

JUIN 2019

SANTÉ MENTALE

ÉTUDES ET ENQUÊTES

ANALYSE QUALITATIVE DE
L'IMPLANTATION DU DISPOSITIF DE
PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE SUICIDAIRE
VIGILANS DANS 5 TERRITOIRES PILOTES
(2016-2018)

Bretagne, Hauts-de-France, Jura, Normandie, Occitanie

Résumé

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

Le dispositif Vigilans

Vigilans est un dispositif de soin post-hospitalier. Il consiste à assurer un recontact systématique et une veille autour des patients ayant été hospitalisés à la suite d'une tentative de suicide (TS). Il permet ainsi aux patients de rester en contact à leur sortie de l'hôpital avec les membres d'une cellule de veille qui les accompagnent, les écoutent et les soutiennent. L'objectif de Vigilans est de contribuer à une baisse de la morbi-mortalité suicidaire. **Vigilans n'est pas un dispositif alternatif ou de substitution du parcours de soin des suicidants mais un dispositif qui vient en complément de ce dernier.** Le dispositif Vigilans s'appuie sur une cellule de recontact qui assure la veille des patients suicidants sur une période d'au moins six mois ainsi que sur des centres partenaires qui assurent l'inclusion des patients dans le dispositif de veille.

Les cellules de veille et de recontact : composition et fonctionnement

Synthèse	Les cellules de veille et de recontact sont composées d'une équipe de coordination (assurant les missions de coordination médicale, de secrétariat et de recrutement des centres partenaires) et d'une équipe de vigilanceurs (assurant les missions de recontact des patients et du suivi de leur parcours dans le dispositif de veille).
Leviers	Pour démarrer son activité, une cellule de veille doit être dotée de 4 ETP (équivalent temps plein) : 1 ETP pour la coordination médicale 1 ETP pour le secrétariat 2 ETP pour les vigilanceurs
Points d'attention	Un nombre d'ETP insuffisant met la cellule en tension et fragilise son fonctionnement. 4 ETP sont nécessaires au démarrage de la cellule. En fonction de l'augmentation de la file active, ce nombre devra être réévalué.

Financement

Synthèse	Les cellules sont principalement financées par l'ARS et les établissements hospitaliers qui les hébergent.
Points d'attention	L'achat de fournitures (papeterie, casques audio...) et les frais de déplacement sont des postes budgétaires annuels incontournables. Pendant la phase de création de la cellule, les frais d'investissement (matériel informatique, logiciels...) ne doivent pas être sous-estimés.

Le métier de vigilaniseur

Synthèse	Le métier de vigilaniseur est un nouveau métier qui comporte deux grandes dimensions : a) la gestion de la crise suicidaire par téléphone ; b) le lien avec les réseaux du soin, du social et de l'éducatif afin de personnaliser le parcours du patient. C'est un métier qui s'apprend.
Leviers	Instaurer un fonctionnement en binôme. Il permet aux vigilaniseurs de ne pas être seul-e-s face à une situation délicate ; Favoriser le temps partiel.
Points d'attention	Vigilaniseur est un métier éprouvant sur le plan émotionnel. Il est ainsi préférable de privilégier le fonctionnement en binôme et les temps partiels, de considérer le profil des personnes recrutées et de s'assurer que l'équipe de coordination médicale dispose du temps nécessaire pour la supervision et le débriefing des vigilaniseurs ; Le statut parfois précaire des vigilaniseurs (souvent en CDD) peut nuire à la stabilisation des équipes et au fonctionnement de la cellule ; La formation des nouveaux vigilaniseurs est indispensable. Deux situations sont à considérer : (1) au moment de l'ouverture d'une cellule. La formation initiale concerne l'ensemble de l'équipe qui peut prendre le temps de se former sans nuire aux activités de la cellule qui démarre ; (2) après l'ouverture de la cellule. Les nouvelles personnes qui intègrent l'équipe ne peuvent pas toujours bénéficier de la formation « Vigilans » à Lille en amont de leur prise de fonction. Un temps de double écoute et de formation interne est alors indispensable.

Le recueil des données des patients et la planification de la veille

Synthèse	Schématiquement, on observe 3 outils de recueil des données patients et de suivi de la veille : le logiciel e-VigilanS ; des fichiers Excel ; d'autres logiciels (e-CRF ; logiciels en ligne).
Points d'attention	Pour l'installation d'une cellule, il convient d'anticiper la solution informatique de recueil des données et du suivi des patients. Elle doit être réfléchie : (1) en termes de budget et de compatibilité avec le système informatique de la structure hospitalière qui héberge la cellule ; (2) en termes de fonctionnalités techniques (e.g extraction de données pour l'évaluation, le monitoring ou des activités de recherches) et de capacité à supporter l'augmentation prévisible de la file active.

Les modalités de la veille

Synthèse	Le dispositif de veille auprès des patients est initié par l'envoi d'un fax d'inclusion des établissements partenaires à la cellule de veille ainsi que par la remise d'une carte ressource et d'un document explicatif au patient. La veille est ensuite assurée par l'intermédiaire des outils suivants : L'appel à J10-J21 (destiné aux récidivistes, à l'exception des primo-suicidants mineurs) ;
-----------------	---

Les appels entrants (principalement constitué d'appels patients, bien que le volume des appels des professionnels de santé augmente avec le temps) ;

Les appels intermédiaires (ils sont passés à l'initiative des vigilanseurs en fonction de la situation perçue du patient) ;

Les cartes postales (elles sont souvent adressées aux patients injoignables par téléphone à raison d'une carte postale par mois pendant 4 mois) ;

L'appel à 6 mois (il vise à évaluer la situation des patients primosuicidants et récidivistes, afin de décider de leur sortie ou non de la veille).

Points d'attention

Avec le temps, le nombre d'appel entrants augmente et peut bousculer la planification quotidienne du recontact des patients ;

L'appel à 6 mois, jugé moins prioritaire que l'appel à J10-J21, prend souvent du retard.

Les patients du dispositif

Synthèse

Le dispositif est proposé à l'ensemble des patients hospitalisés ou reçus aux urgences suite à une tentative de suicide dans les établissements partenaires, à l'exception des patients multirécidivistes (ayant déjà effectué plus de 3 TS) qui nécessitent une prise en charge spécifique.

Points d'attention

La veille de certains profils de patients peut s'avérer davantage problématique ou susciter des questionnements ou des ajustements. Il s'agit :

- des mineurs ;
- des patients âgés (solitude, les joindre en Ehpad - établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ;
- des personnalités particulières (e.g. troubles de la personnalité) ;
- des multirécidivistes.

Les établissements partenaires

Synthèse

L'identification et le recrutement des centres partenaires est une partie essentielle du dispositif puisque ce sont eux qui incluent les patients Vigilans. Deux à trois visites sont nécessaires pour présenter le dispositif aux équipes. Par la suite une visite annuelle contribue à assurer la pérennité du dispositif dans les services.

Leviers

La réalisation d'une analyse sanitaire du territoire (prévalence des conduites suicidaires, organisation de la prise en charge des suicidants et offres de soins post hospitaliers) est un préalable utile à l'ouverture d'une cellule. Elle permet d'identifier des zones de recrutement prioritaires, de comprendre quel est le parcours habituel d'un patient suicidant et d'identifier les ressources disponibles sur le territoire ;

L'identification de référents « suicide » dans les services est souvent un appui à la mise en place du dispositif.

Points d'attention

Les visites aux centres partenaires sont chronophages. Aussi, il importe que le coordinateur médical dispose du temps nécessaire pour les réaliser ;

La présentation du dispositif aux seuls chefs de service ne suffit pas, les équipes doivent être associées aux présentations.

Les médecins généralistes

- Synthèse** Les médecins traitants (médecins généralistes) des patients inclus dans VigilansS reçoivent un courrier pour les informer de ces inclusions et leur présenter le dispositif. Un numéro de téléphone (réservé aux professionnels de santé) est mis à leur disposition s'ils souhaitent prendre contact avec la cellule de veille. Les comptes-rendus d'entretiens des cellules de veille avec leurs patients leur sont systématiquement adressés. Les médecins généralistes accueillent favorablement le dispositif VigilansS.
- Leviers** La formation des médecins généralistes à la prévention du suicide et à la gestion de la crise suicidaire renforce et potentialise l'action du dispositif VigilansS.

Perceptions du dispositif

- Synthèse** Les équipes des cellules de veille perçoivent VigilansS comme un dispositif qui favorise la coordination et l'optimisation des soins ambulatoires post-hospitaliers et contribue à organiser activement et efficacement le parcours de soin, mais également l'orientation des patients vers les secteurs associatifs et sociaux.
- Leviers** VigilansS contribue à créer, à l'échelle du territoire, une dynamique et un environnement favorable à la prévention du suicide.
- Points d'attention** À termes, les patients identifient le dispositif VigilansS comme une ressource toujours disponible, ce qui interroge la notion de sortie de veille.

Préconisations

- Synthèse** L'implantation d'une cellule régionale de veille et de recontact VigilansS s'appuie sur :
- la réalisation d'un diagnostic territorial ;
 - un nombre d'ETP suffisant ;
 - des postes de vigilanseurs sécurisés et confortés ;
 - une logistique adaptée aux modalités de la veille ;
 - des relations consolidées avec les établissements partenaires.

Auteur

Sandrine Broussouloux

Santé publique France, direction de la prévention et de la promotion de la santé, unité santé mentale

Remerciements

Nous tenons à remercier vivement toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce document par le temps qu'elles ont consacré à la collecte des données et à leurs relectures attentives et pertinentes :

- L'ensemble des équipes des cellules Vigilans, secrétaires, vigilanseurs, cadres infirmiers, médecins coordinateurs, pour la disponibilité dont elles ont fait preuve et la qualité de leur accueil ;
- La coordination nationale du dispositif Vigilans et les représentants du comité de suivi national ;
- Le bureau santé mentale de la Direction générale de la santé ;
- Les équipes de Santé publique France en région et à Saint-Maurice.

Citation suggérée : 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. Rapport de synthèse.* Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 36 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr

ISSN : 2609-2174 - ISBN-NET : 979-10-289-0562-0 - ISBN : 979-10-289-0563-7 - RÉALISÉ PAR LA DIRECTION DE LA COMMUNICATION, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE - DÉPÔT LÉGAL : JUIN 2019

Sommaire

Résumé	2
Le dispositif Vigilans	2
Les cellules de veille et de recontact : composition et fonctionnement.....	2
Financement	2
Le métier de vigilanseeur	3
Le recueil des données des patients et la planification de la veille.....	3
Les modalités de la veille	3
Les patients du dispositif	4
Les établissements partenaires.....	4
Les médecins généralistes	5
Perceptions du dispositif.....	5
Préconisations	5
Auteur	6
Remerciements	6
1. INTRODUCTION	9
2. DESCRIPTION DU DISPOSITIF VIGILANS	11
Les cellules de veille et de recontact.....	11
Les patients inclus dans le dispositif Vigilans	11
Les établissements partenaires.....	11
Les modalités de la veille et du recontact	11
3. LES CELLULES VIGILANS : COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT	13
Composition de la cellule de veille	13
L'équipe de coordination	13
La coordination médicale.....	13
Cadre infirmier	14
Le secrétariat.....	14
L'équipe des vigilanseeurs	15
Activités principales des vigilanseeurs	15
Le nombre d'ETP dans les cellules de veille.....	15
Fonctionnement des cellules de veille.....	16
Les horaires.....	16
La localisation	16
Le débriefing.....	17
La formation des équipes	17
4. LE FINANCEMENT	18
5. VIGILANSEUR : UN NOUVEAU MÉTIER	19
Le métier de vigilanseeur	19
Principales spécificités du métier de vigilanseeur	19
Devenir vigilanseeur	19
Les difficultés du métier	19
Une situation particulière, le décès d'un patient.....	20
Le suivi des patients	20
Reconnaissance	20
Sous-effectif.....	20
Le temps de travail ? Temps plein ou temps partiel ?.....	21
Le fonctionnement en binôme	21

L'entretien téléphonique	21
Les points forts pour les patients	21
Les points forts du point de vue des vigilanseurs.....	22
Les points faibles de l'entretien téléphonique	22
La typologie des situations d'entretien	22
6. LE RECUEIL DES DONNÉES PATIENTS ET LA PLANIFICATION DE LA VEILLE	23
L'informatisation du recueil des données des patients et de la planification de la veille	23
Perspectives d'évolution du logiciel e-VigilanS	23
7. LES MODALITÉS DE LA VEILLE	24
La carte ressource	24
Les fax d'inclusion	24
L'appel à J10-J21	24
L'appel à 6 mois	25
Les appels entrants	25
Les appels intermédiaires.....	26
Les cartes postales.....	26
La sortie de la veille.....	27
8. LES PATIENTS DU DISPOSITIF	28
Le nombre de patients.....	28
Les publics spécifiques.....	28
Les mineurs	28
Les patients âgés	29
Les personnalités particulières.....	29
Les patients multirécidivistes.....	29
9. LES ÉTABLISSEMENTS PARTENAIRES.....	30
Le processus de « recrutement »	30
Entretenir la relation	31
Leviers pour l'implantation du dispositif dans les centres partenaires	31
Les freins (résistances)	31
Des préconisations	32
10. LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	33
11. PERCEPTIONS DU DISPOSITIF	34
Perception du dispositif par les patients.....	34
Perception du dispositif par les équipes des cellules de veille.....	34
Perception du dispositif sur le territoire	34
12. PRÉCONISATIONS POUR L'IMPLANTATION D'UNE CELLULE RÉGIONALE DE VEILLE ET DE RECONTACT VIGILANS	35
1. Réaliser un diagnostic territorial des conduites suicidaires et de leur prise en charge.....	35
2. Prévoir un nombre d'ETP suffisant au sein de la cellule de veille :	35
3. Conforter les postes de vigilanseurs :	35
4. Assurer le matériel logistique nécessaire à la veille des patients :	36
5. Consolider et maintenir les relations avec les centres partenaires :	36

1. INTRODUCTION

VigilanS est un dispositif de soin post-hospitalier à destination des suicidants qui consiste à assurer une veille et un recontact systématique du patient. Il permet ainsi aux professionnels de santé de la cellule de veille du dispositif VigilanS de rester en contact avec les patients ayant fait une tentative de suicide (TS). Ces professionnels les écoutent, les soutiennent et les orientent. Le recontact se fait principalement par téléphone et par courrier. L'objectif de VigilanS est de contribuer à une baisse de la morbi-mortalité suicidaire. **VigilanS n'est pas un dispositif alternatif ou de substitution du parcours de soin des suicidants mais un dispositif qui vient en complément de ce dernier.**

Le dispositif a d'abord été mis en place en janvier 2015 dans la région des Hauts-de-France avec le soutien de l'Agence régionale de santé (ARS). À partir de 2016, il a également été déployé dans les régions Normandie, Bretagne, Occitanie et dans le département du Jura. En 2018, la ministre chargée de la santé a annoncé sa généralisation sur l'ensemble du territoire national.

Dès 2016, la Direction générale de la santé (DGS) a confié à Santé publique France (SpF)¹ l'évaluation de VigilanS. Celle-ci a un double objectif :

- 1) Réaliser une évaluation quantitative de l'impact du dispositif VigilanS sur le taux de récurrence suicidaire avec une hypothèse à valider de réduction de ce taux. Cette évaluation est en cours, ses résultats seront disponibles en 2020 ;
- 2) Réaliser une évaluation qualitative du processus d'implantation du dispositif dans les 4 régions et le département qui l'ont implanté entre 2015 et 2018 afin :
 - d'en décrire et comprendre le fonctionnement ;
 - d'en identifier les éléments clés aussi bien en termes de leviers que de freins ;
 - de disposer de préconisations pour de futures implantations du dispositif dans d'autres régions.

Le présent rapport porte sur l'analyse du processus d'implantation du dispositif VigilanS. Il a été réalisé à partir du corpus de données suivant recueilli entre septembre 2016 et décembre 2018 :

- comptes-rendus de réunions, conventions, newsletters, fiche projet, etc. relatifs à VigilanS ;
- entretiens semi-directifs : 22 entretiens individuels, en face à face ou par téléphone, ont été conduits de juin 2017 à décembre 2018. 13 entretiens ont été conduits auprès des professionnels en charge de la coordination médicale et/ou logistique des cellules de veille et 9 auprès de vigilanseurs ;
- observations lors des visites des cellules de veille : 10 visites ont été réalisées entre octobre 2016 et mai 2018 ;
- focus group réalisés lors de la journée d'échanges et de pratiques organisée et animée le 15 mars 2018 par Santé publique France en présence de 24 professionnels des cellules de veille dont 19 vigilanseurs issus des 4 régions et du départements pilotes. Cinq focus group ont été organisés sur les thématiques suivantes : l'entretien au téléphone ; le métier de vigilanseur ; liens avec les différents professionnels de santé ; gestion de la crise suicidaire ; l'entretien à 6 mois.

¹ Saisine de la DGS en février 2016, accord de Santé publique France en juin 2016.

Ce rapport a pour objet de décrire les conditions organisationnelles et opérationnelles à l'œuvre pour implanter efficacement le dispositif.

Il est construit autour de sections thématiques qui présentent et décrivent les éléments à prendre en compte dans la mise en œuvre du dispositif.

2. DESCRIPTION DU DISPOSITIF VIGILANS

VigilanS est un dispositif de soin post-hospitalier. Il s'appuie sur une cellule de recontact qui assure la veille des patients suicidants sur une période d'au moins six mois ainsi que sur des centres partenaires qui incluent les patients dans le dispositif de veille.

Les cellules de veille et de recontact

D'un point de vue opérationnel, le dispositif VigilansS consiste à mettre en place une cellule de veille et de recontact structurée autour des missions suivantes :

- une mission de coordination chargée de faire le lien avec l'ensemble des établissements qui adhèrent au dispositif, chargée d'assurer une expertise médicale et d'apporter un soutien à l'équipe des vigilanseurs ;
- une mission de secrétariat chargée d'assurer la gestion des tableaux de suivi des patients de l'inclusion à la veille et de l'envoi des cartes postales ;
- une mission de recontact, assurée par les vigilanseurs chargés d'effectuer la veille des patients inclus dans la file active. Ils effectuent les rappels et répondent aux appels spontanés à la cellule.

La taille et la localisation de la cellule de veille varient d'une région à l'autre. Les cellules de veille sont rattachées à un service hospitalier de psychiatrie.

Les patients inclus dans le dispositif VigilansS

L'inclusion dans le dispositif VigilansS est proposée à tous les patients reçus aux urgences ou hospitalisée pour TS dans un service hospitalier psychiatrique ou de MCO (médecine – chirurgie – obstétrique) partenaire d'une cellule de veille VigilansS. Les patients disposent d'un droit d'opposition et peuvent refuser d'être inclus dans le dispositif.

Les établissements partenaires

Les établissements partenaires sont des services d'urgence ou des services hospitaliers psychiatriques ou MCO qui ont accepté de participer au dispositif VigilansS. Ce sont eux qui incluent les patients dans le dispositif en envoyant un fax d'inclusion avec les coordonnées du patient à la cellule de veille. Ils présentent le dispositif au patient et lui remettent une carte ressource VigilansS avec les numéros de téléphone à contacter ainsi qu'un document d'information sur le dispositif. Ils disposent pour cela d'un kit *ressource VigilansS* (fax, carte ressource, document d'information) qui leur a été remis par l'équipe de coordination de la cellule de veille lors d'une visite de présentation du dispositif. Une fois les patients inclus, la cellule de veille et de recontact assure la mise en œuvre du dispositif de veille VigilansS auprès du patient.

Les modalités de la veille et du recontact

Tous les patients inclus dans le dispositif reçoivent la carte ressource VigilansS ainsi qu'un document explicatif. Deux protocoles de veille distincts sont mis en œuvre selon que le patient est primosuicidant ou récidiviste.

Les patients primosuicidants sont recontactés par téléphone 6 mois après la TS (appel à 6 mois) afin d'effectuer un bilan de leur situation personnelle et décider, ou non, de leur sortie du dispositif.

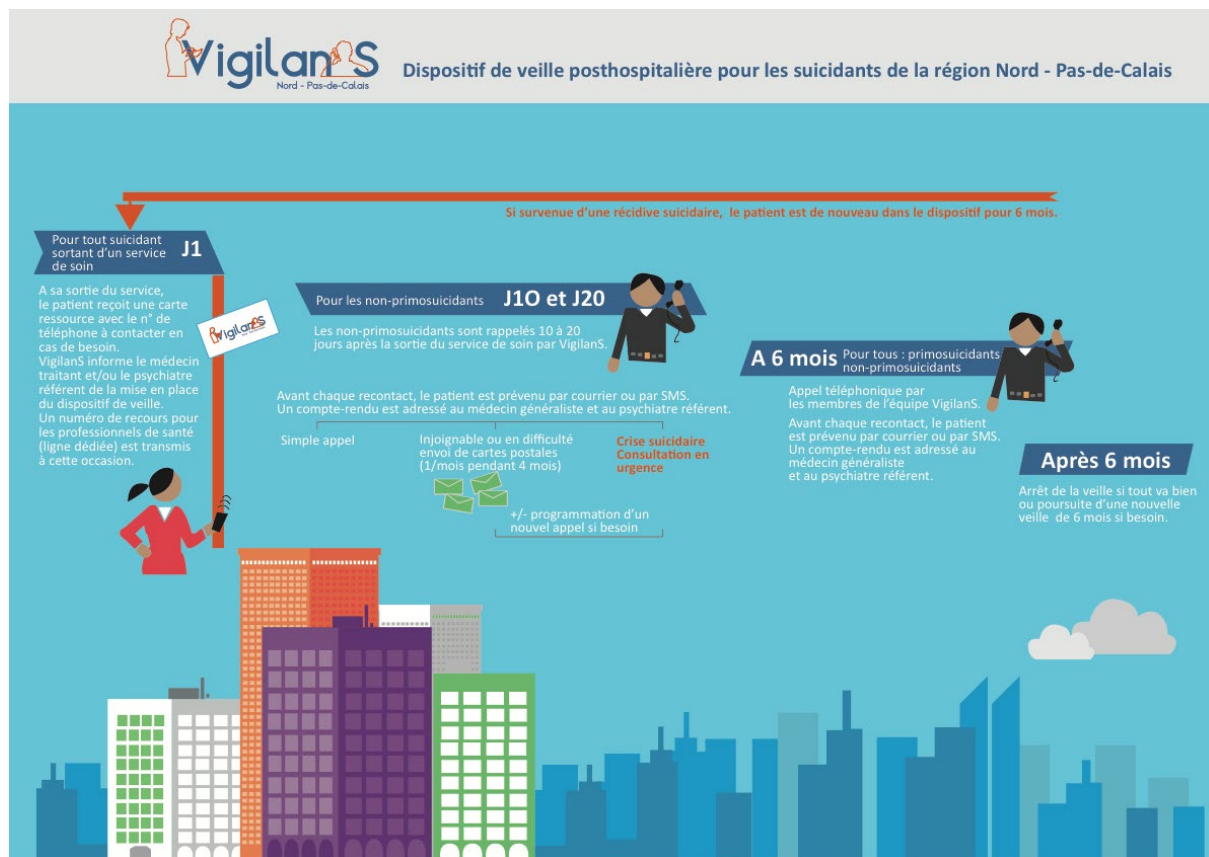
Les patients récidivistes sont recontactés par téléphone entre le 10^e et le 21^e jour après la TS (appel à J10-J21) afin d'effectuer un bilan de leur situation personnelle. Si le patient est injoignable, des cartes postales lui sont envoyées à son domicile à raison d'une par mois pendant 4 mois. Il est à nouveau contacté par téléphone 6 mois après la TS pour un bilan de sa situation personnelle et décider, ou non, de sa sortie du dispositif.

Dans tous les cas :

- les appels sont programmés et le patient est prévenu de la date par un courrier. Il a la possibilité de déplacer le rendez-vous à sa convenance. Le jour de l'appel si le patient n'est pas joignable un message lui est laissé. Le vigilaniseur peut effectuer jusqu'à 3 tentatives pour joindre le patient sur des horaires différents ;
- Les vigilaniseurs évaluent la situation personnelle du patient pendant les appels et ces derniers font l'objet d'une classification qui vont de « tout va bien » à « situation de risque suicidaire majeure nécessitant l'envoi d'une équipe du Samu » ;
- Le médecin traitant du patient (ou son psychiatre le cas échéant) est informé de l'inclusion de son patient dans le dispositif Vigilans par un courrier. Une ligne dédiée aux professionnels de santé existe dans chacune des cellules de veille ;
- L'équipe de vigilaniseurs peut être amenée à répondre à des appels dits entrants. Il peut s'agir d'appels passés par les patients, par un de leurs proches ou par un professionnel de santé qui suit le patient.

I FIGURE 1 I

Schéma du dispositif Vigilans



Source : présentation au comité de suivi du déploiement du dispositif Vigilans. Guillaume Vaiva, 26 juin 2018.

3. LES CELLULES VIGILANS : COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT

L'implantation du dispositif de recontact Vigilans repose essentiellement sur deux « piliers » : la cellule de veille et de recontact² et les établissements partenaires.

Composition de la cellule de veille

La cellule de veille est une équipe constituée de plusieurs professionnels au sein de laquelle deux entités peuvent être identifiées :

- L'équipe de coordination ;
- L'équipe de recontact ou de vigilanseurs

L'équipe de coordination

Cette entité est composée de tous les professionnels qui ne sont pas des vigilanseurs, c'est-à-dire de toutes les personnes qui ne sont pas en contact téléphonique avec les patients inclus dans le dispositif.

Dans toutes les régions³ l'équipe de coordination est composée d'au moins une coordination médicale, d'un poste de secrétariat et parfois d'un poste de cadre infirmier. Dans une seule région le poste de secrétariat est remplacé par un poste de chargée de communication. Il peut arriver aussi qu'un agent administratif soit recruté en renfort du poste de secrétariat. Des attachés de recherche clinique (ARC) à temps partiel peuvent également venir compléter cette équipe, notamment pour l'évaluation de l'activité de la cellule.

La coordination médicale

Activités principales :

- Recrutement des centres partenaires, maintien du lien, visites ;
- Conseil et appui clinique aux vigilanseurs lorsqu'ils rencontrent une situation médicale délicate et/ou difficile ;
- Supervision des réunions de débriefing de l'équipe ;
- Recrutement des vigilanseurs ;
- Gestion des statistiques de suivi de la cellule (nombre d'appels et nombre de patients inclus par centres partenaires principalement) ;
- Coordination du planning des vigilanseurs (parfois en lien ou délégué au cadre infirmier ou à la secrétaire) ;
- Gestion du budget de la cellule et d'autres tâches administratives telles que l'achat de matériel (ordinateur, papeterie, etc.) ;
- Coordination avec les instances institutionnelles de la région (ARS, centres hospitaliers, etc.) ;
- Développement du site internet Vigilans de la région (peu souvent réalisé par manque de ressources) ;
- Élaboration et organisation de formations à Vigilans.

² Afin de fluidifier le texte, les cellules de veille et de recontact seront désignées par l'expression « cellule de veille » dans la suite du document.

³ Afin de fluidifier la rédaction, nous désignerons par le terme « région » l'ensemble des 4 régions (Bretagne, Hauts-de-France, Normandie, Occitanie) et le département (Jura) qui ont déployé Vigilans.

À partir des entretiens réalisés, il apparaît que la configuration la plus efficiente est d'avoir un temps plein de coordination médicale. Cela permet d'avoir à la fois une plus grande disponibilité pour les vigilanseurs (sollicitations ponctuelles et organisation d'une réunion hebdomadaire) et une plus grande latitude pour organiser les visites dans les établissements partenaires. Il semble qu'à partir d'un 1/2 temps médical la cellule puisse fonctionner à condition que le coordinateur médical puisse dégager des temps « informels » en plus du temps officiellement consacré à Vigilans (comme par exemple, la possibilité de joindre facilement le coordinateur médical par téléphone).

Cadre infirmier

Dans les cellules pour lesquelles la coordination médicale n'est pas assurée à temps plein, un cadre infirmier peut être recruté et prendre à sa charge certaines activités comme l'organisation des plannings, le recrutement des vigilanseurs, une partie de la supervision de la veille ou l'élaboration et l'analyse des statistiques de la cellule. Il peut aussi être présent lors des visites aux établissements partenaires.

Le secrétariat

Les activités du secrétariat sont nombreuses :

- Préparation du kit ressource Vigilans (fax, carte ressource, document d'information) pour les centres partenaires ;
- Réception des fax d'inclusion des patients envoyés par les centres partenaires ;
- Complément des informations manquantes dans les fax d'inclusion (rappel des services ou consultation des fiches patient dans le logiciel de l'hôpital quand cela est possible) ;
- Inclusion des patients dans le tableau Excel/ou logiciel e-Vigilans ;
- Gestion du planning des rappels téléphoniques ;
- Envoi des courriers aux professionnels de santé pour les informer de l'inclusion de leur patient dans le dispositif ou envoi du compte-rendu de l'appel téléphonique ;
- Envoi des cartes postales ;
- Envoi des courriers aux patients injoignables par téléphone pour demander leur numéro de téléphone ;
- Réalisation de statistiques hebdomadaires à partir du tableau Excel / ou logiciel e-Vigilans ;
- Gestion de la newsletter (quand elle existe) ;
- Accompagnement du coordinateur médical lors des visites des établissements partenaires ;
- Coordination du planning des vigilanseurs.

Une des régions a fait le choix de remplacer le poste de secrétariat par un poste d'attachée de communication dont les principales activités sont :

- Réception des fax ;
- Complète les fax ;
- Programmation des appels téléphoniques ;
- Newsletter et gestion de sa diffusion ;
- Adaptation du kit ressource Vigilans (création de la carte ressource en format carte de crédit recto verso, du document d'information pour les patients et du fax d'inclusion).

Le poste de secrétariat est indispensable. Avec l'augmentation du nombre de patients inclus dans la cellule, la charge de travail peut rapidement devenir très importante. Un poste à temps plein semble être le minimum requis pour le bon fonctionnement d'une cellule. Les périodes de congés annuels peuvent générer des tensions dans l'organisation de la veille si aucun

remplacement du poste de secrétariat n'est prévu. Dans certains cas, le remplacement est assuré de façon officieuse par le secrétariat d'un autre service.

En dehors des activités « prescrites » et énoncées ci-dessus, le poste de secrétariat assure également une partie de la transmission d'information entre les vigilanseurs eux-mêmes ainsi qu'entre les vigilanseurs et les autres membres de la cellule. C'est particulièrement le cas lorsque la cellule de veille est physiquement localisée dans deux endroits différents (cf localisation).

L'équipe des vigilanseurs

Les vigilanseurs sont principalement recrutés parmi les infirmier(e)s ou les psychologues, ce point sera détaillé plus loin.

Activités principales des vigilanseurs

- Passer des appels téléphoniques et répondre au téléphone ;
- Évaluer le risque suicidaire des patients ;
- Identifier le réseau de soin pour orienter les patients (connaissance du secteur social, médico-social, éducatif et aussi du réseau associatif et des diverses structures) ;
- Travail relationnel de réseau avec tous les professionnels de santé du territoire (hospitalier, libéraux, secteur) ;
- Gestion de la veille des patients (décision de poursuite ou de sortie de veille) ;
- Rédaction des messages sur les cartes postales ou au minimum rédaction de l'adresse du patient, la carte étant ensuite envoyée par le secrétariat ;
- Visite des établissements partenaires ;
- Formation à la gestion de la crise suicidaire d'autres professionnels sur le territoire.

Les activités les plus visibles des vigilanseurs sont les appels téléphoniques passés et reçus avec les patients. Cette dimension clinique n'est qu'une partie de leur travail. Elle est complétée par des activités qui leur permettent d'améliorer leur connaissance des réseaux de soin, du secteur social, du secteur associatif voire éducatif. Ces liens tissés avec les différents professionnels leur permettent de personnaliser le parcours de soin des patients, de mieux les orienter et les accompagner.

Vigilanseur est une activité professionnelle exigeante et éprouvante sur le plan émotionnel. Pour ces raisons, la très grande majorité des personnes interviewées conviennent qu'il est préférable d'exercer ce poste à ½ temps et de travailler en binôme. Ainsi, un minimum de 2 ETP assurés par 4 vigilanseurs à temps partiel semble une bonne organisation pour démarrer une cellule de veille. En fonction de l'augmentation de la file active ce nombre devra être réévalué.

Le nombre d'ETP dans les cellules de veille

Le nombre d'ETP d'une cellule est différent d'une région à l'autre. De plus en fonction des démissions et des recrutements, la taille d'une même cellule peut varier dans le temps.

Toutefois, sur la période de l'évaluation, de janvier 2015 à décembre 2018, les ETP constatés sont les suivants :

- Coordinateur médical : les ETP vont de 0,2 à 1 ;
- Secrétariat : les ETP vont de 0,5 à 1 ;
- Vigilanseurs : les ETP vont de 2 à 5. La plupart du temps, les vigilanseurs sont à ½ temps ;
- ARC : quand ce poste existe les ETP sont de 0,5 ;

- Cadre infirmier : quand ce poste existe les ETP vont de 0,3 à 1 ETP
- Chargée de communication : quand ce poste existe il est d'1 ETP (dans la cellule où ce poste existe, il n'y a pas de poste de secrétariat) ;
- Agent administratif : quand ce poste existe, il est de 0,5 ETP.

Le comptage du nombre d'ETP d'une cellule à un instant T varie selon que l'on considère les ETP théoriquement prévus et ceux réalisés, autrement dit selon que l'on prend en compte l'une ou l'autre des situations suivantes :

- Le nombre d'ETP financés ;
- Le nombre d'ETP réellement occupés en fonction du turn-over et des délais de recrutement ;
- Les ETP des professionnels qui travaillent dans un autre service et qui sont sollicités temporairement pour donner un appui ponctuel à la cellule – cela est particulièrement vrai pour les fonctions de secrétariat, de conseil médical et d'appui logistique. Cela ne se rencontre pas pour les activités des vigilanseurs.

Fonctionnement des cellules de veille

Les horaires

Les horaires d'ouverture des cellules observées de janvier 2015 à décembre 2018 se situent globalement du lundi au vendredi entre 10h et 18h.

Certaines équipes consacrent la première heure de la journée à l'organisation des rappels du jour, les appels programmés en direction des patients ne commençant qu'après ce moment d'organisation.

L'amplitude des horaires d'ouverture du service téléphonique est questionnée par :

- L'augmentation sensible du nombre d'appels qui nécessitent une gestion de situation de crise. La question se pose de décaler les horaires d'ouverture dans la soirée. En effet, les statistiques indiquent un passage à l'acte plus fréquent entre 21h et 23h. Une région teste l'ouverture de ses horaires jusqu'à 20h un soir par semaine ;
- La gestion des appels entrants passés en dehors des horaires d'ouverture de la cellule.

La localisation

Les cellules de veille sont localisées dans deux endroits physiques distincts : les vigilanseurs dans un local et l'équipe de coordination dans un autre. Parfois ces locaux sont dans le même centre hospitalier et seulement distants d'un étage ou deux. Mais il peut arriver que ces locaux se situent dans des endroits éloignés parfois de plusieurs kilomètres. Autrement dit, certaines équipes peuvent se rencontrer en 5 mn d'autres une ½ heure.

La majorité des équipes de vigilanseurs sont installées dans les locaux du Samu, sauf dans deux régions où les équipes sont installées pour l'une dans un établissement public de santé mentale (EPSM), pour l'autre dans un centre médico psychologique (CMP). Cette dernière situation favorise la proximité avec des professionnels du secteur sanitaire et social, en particulier d'une assistante sociale qui peut être sollicitée en fonction des situations rencontrées par les patients.

La localisation des vigilanseurs au sein des locaux du Samu présente plusieurs avantages que les vigilanseurs concernés apprécient :

- Rester en ligne avec le patient et envoyer des secours à son domicile ;
- Avoir la possibilité de basculer le patient sur la ligne du médecin régulateur du Samu ;
- Avoir accès au compte-rendu après l'envoi des urgences auprès d'un patient ;
- Bénéficier de la présence d'un médecin régulateur avec lequel il est possible d'échanger ;
- Mieux appréhender le fonctionnement et l'organisation du Samu, depuis le début de la chaîne d'hospitalisation.

Dans quasiment tous les entretiens, les vigilanseurs témoignent d'une bonne relation avec les équipes du Samu et du bon accueil dont ils font l'objet.

L'installation de l'équipe des vigilanseurs au Samu a un coût (environ 5 000 €) car elle nécessite un paramétrage du logiciel téléphonique afin de dévier une ligne du 15 vers le numéro d'appel du dispositif Vigilans.

Le débriefing

Dans plusieurs régions, des réunions d'équipe ont lieu toutes les semaines. Cela permet aux vigilanseurs d'échanger sur les situations rencontrées. La majorité des vigilanseurs expriment le besoin de ces rencontres régulières.

Dans une région, les vigilanseurs rencontrent une psychologue toutes les sept semaines.

La formation des équipes

Les équipes des cellules de veille suivent une formation initiale spécifique au CHU de Lille qui comporte entre autre une formation à la gestion de la crise suicidaire, des jeux de rôles au téléphone et des écoutes de bandes téléphoniques. Il est à noter que certains professionnels recrutés dans le dispositif Vigilans avaient déjà été formés à la prévention de la crise suicidaire (formations « Terra- Seguin »⁴).

Au moment de l'ouverture d'une cellule de veille, il est assez facile de programmer la formation initiale des équipes avant la mise en œuvre opérationnelle auprès des patients.

La question de la formation se pose un peu différemment au fur et à mesure de l'évolution de la composition de la cellule. Au fil des démissions et des recrutements des vigilanseurs, ceux-ci peuvent être amenés à prendre leur fonction avant d'avoir pu suivre la formation initiale spécifique organisée par le CHU de Lille. Dans ce cas, les équipes ont développé leur propre système de formation des vigilanseurs « sur le tas ». La plupart du temps, les nouveaux vigilanseurs bénéficient d'une semaine d'observation et de double écoute. Malgré tout, les vigilanseurs reconnaissent qu'il faut plusieurs mois pour se sentir véritablement à l'aise dans cette fonction et que l'expérience améliore indéniablement la pratique.

⁴ Dans le cadre de la stratégie nationale de prévention du suicide, la DGS a actualisé en 2018 l'ingénierie des formations à la prévention du suicide, en distinguant 3 rôles : sentinelles, évaluation, intervention sur la crise suicidaire. Ces deux derniers rôles sont assurés par des cliniciens. Les équipes de veille Vigilans pourraient bénéficier de ces formations, qui sont planifiées par les ARS.

4. LE FINANCEMENT

Les cellules de veille sont financées principalement par les ARS et les établissements hospitaliers qui les hébergent.

À titre d'exemple, les financements des ARS vont de 165 000€ à 486 000€ par région pour l'année 2018.

Ces montants correspondent à des niveaux d'activités et des dimensionnements de cellules différents.

Les financements correspondent principalement aux dépenses budgétaires suivantes :

- Les salaires ;
- Les courriers (cartes postales patients et courriers envoyés aux professionnels de santé).
À titre d'exemple, en 2017, une région a dépensé plus de 30 000 € de frais d'envoi de courriers (0,64 cts par courrier x 50 000 = 32 000 €) ;
- L'informatique : l'équipement (ordinateurs et écrans), les logiciels ;
- Les casques pour les vigilanseurs ;
- La papeterie : enveloppes et papiers pour les courriers notamment ;
- La reprographie des cartes ressources, documents d'information, cartes postales ;
- Les déplacements liés aux visites des établissements partenaires.

Les investissements en matériel sont plus importants la première année. Cependant des renouvellements sont à prévoir régulièrement (par exemple, les casques des vigilanseurs).

5. VIGILANSEUR : UN NOUVEAU MÉTIER

Dans toutes les régions le constat est unanime, vigilanqueur est un **nouveau métier** dont la spécificité est la gestion de crise au téléphone, qui se situe « entre la veille et le soin », entre « l'écoute et l'orientation ».

Cette partie sera consacrée à la description et à l'analyse du métier de vigilanqueur. Nous y incluons également l'analyse de deux thématiques indissociables de ce métier : l'entretien téléphonique et la typologie des situations d'entretien.

Le métier de vigilanqueur

Principales spécificités du métier de vigilanqueur

- La relation avec le patient se fait à distance, sans face à face, sans rencontre physique ;
- Le vigilanqueur va vers le patient et non l'inverse comme c'est habituellement le cas dans la relation de soin ;
- Le vigilanqueur coordonne les soins de façon personnalisée auprès d'un patient ;
- Le vigilanqueur est au carrefour de différents métiers du médical, du social et de l'éducatif.

Devenir vigilanqueur

Vigilanqueur est un métier qui s'apprend. Cette phase d'apprentissage est indispensable. La plupart des vigilanqueurs précisent qu'il leur aura fallu environ 6 mois pour être à l'aise dans leurs fonctions. Cet apprentissage se fait autant par la formation dispensée au CHU de Lille que par l'expérience. Aussi, les temps d'observation et de double écoute mis en place pour les nouveaux vigilanqueurs s'avèrent indispensables.

Une meilleure gestion de sa propre inquiétude envers les patients est le point qui se trouve le plus modifié par l'acquisition de l'expérience. En effet, l'inquiétude des vigilanqueurs s'atténue au fil du temps, elle devient plus mesurée. Ils discernent avec plus de précision les différentes situations cliniques auxquelles ils sont confrontés et modifient leurs pratiques notamment en termes de :

- Diminution du recours aux filières d'urgence (Samu) en cas de situation de crise ; meilleure gestion des situations compliquées. Meilleure mobilisation et coordination des ressources de terrain qui va dans le sens d'une remobilisation des réseaux locaux, notamment le MG ;
- Réduction de la durée des appels ; Meilleure appréciation du risque, évaluation plus juste de la qualité de l'étayage dont bénéficie le patient ;
- Meilleure structuration des appels ;
- Diminution du nombre d'appels intermédiaires.

Les difficultés du métier

Point commun de tous les entretiens menés auprès des vigilanqueurs : l'inquiétude pour le patient. Tous témoignent qu'elle est assez forte en début de prise de fonction et qu'elle s'atténue avec l'expérience. « Au fur et à mesure on développe un sens clinique qui permet d'avoir un niveau d'inquiétude plus en adéquation avec le risque suicidaire ».

L'appréhension d'avoir à gérer une situation de crise suicidaire marque souvent le début de la prise de fonction. Celle-ci s'atténue fortement avec l'expérience.

Le métier est stressant, il implique une forte charge mentale et émotionnelle. Certaines situations sont plus stressantes que d'autres. Par exemple, lorsque le vigilanseeur doit gérer deux appels en même temps (dire à un appelant de patienter ou lui proposer de le rappeler plus tard).

Être confronté au risque suicidaire toute la journée peut s'avérer usant, Il faut du temps pour trouver un équilibre et arriver à ne pas être trop affecté par les situations sans pour autant les banaliser. La plupart des personnes interviewées reconnaissent que ce n'est pas un poste pour un débutant, « il faut quelqu'un de solide, qui ait un bon étayage ». Dans une région qui n'employait que des vigilanseeurs à mi-temps, une personne va être recrutée à temps plein mais « c'est quelqu'un qui a de l'expérience et qui devrait pouvoir se protéger ».

Le vigilanseeur doit prendre régulièrement des décisions.

Une situation particulière, le décès d'un patient

C'est un moment difficile à vivre qui peut engendrer de la tristesse, du désarroi et de la culpabilité. Certains vigilanseeurs peuvent le vivre comme un échec. Lors des focus group il a été précisé qu'en cas d'annonce du décès d'un patient, il était nécessaire de rappeler la responsabilité du dispositif et non celle du vigilanseeur (responsabilité collective et non individuelle). Cette situation nécessite une attention particulière tant de la part du coordinateur que des autres vigilanseeurs vis-à-vis du collègue qui suivait le patient décédé. Une consultation avec un psychiatre extérieur peut être envisagée pour le vigilanseeur concerné.

Le suivi des patients

Dans certaines régions, chaque vigilanseeur s'arrange pour suivre un patient depuis son entrée dans la veille jusqu'à sa sortie du dispositif. Les appels sont programmés en tenant compte du planning du vigilanseeur. Ailleurs, les équipes ne personnalisent pas le suivi des patients. Ceux-ci sont rappelés par le vigilanseeur de permanence.

Reconnaissance

Plusieurs vigilanseeurs déplorent un manque de reconnaissance de leur métier tant sur le plan financier qu'en termes de statut, beaucoup sont en CDD. Cela entraîne souvent un turn-over préjudiciable au fonctionnement de la cellule compte tenu de la durée des recrutements et du temps inhérent à la formation des vigilanseeurs.

Sous-effectif

Le sous-effectif des équipes, particulièrement des vigilanseeurs, est une situation récurrente dans plusieurs régions qui fragilise le dispositif et affecte l'organisation du suivi des patients en générant du retard dans les appels. Cette situation de sous-effectif rend parfois impossible le fonctionnement en binôme des vigilanseeurs.

Une piste d'amélioration consisterait à ce que, sur les plans administratifs et ressources humaines, les absences prévues comme les congés maternité, les départs ou le prolongement de certains arrêts pour maladie puissent être suffisamment anticipées. Une autre piste permettrait d'envisager que les structures d'accueil des cellules de veille forment quelques professionnels qui pourraient être en capacité de remplacer un vigilanseeur absent.

Les professions initiales : vigilanseeur **infirmier** et vigilanseeur **psychologue**

Les vigilanseeurs se répartissent entre deux professions : les psychologues et les infirmiers. Ces derniers étant majoritaires.

Globalement, les équipes mixtes, infirmiers psychologues, semblent privilégiées en raison de la complémentarité des compétences. Toutefois, ce point ne fait pas l'unanimité partout. Les psychologues et les infirmiers n'ont pas toujours l'habitude de travailler ensemble. Dans l'organigramme hospitalier, ces deux professions n'ont pas le même niveau statutaire et cela peut créer des tensions au sein de l'équipe.

Le temps de travail ? Temps plein ou temps partiel ?

Il est communément admis qu'il est préférable de travailler à mi-temps pour Vigilans et à mi-temps dans un autre service. Un temps plein de vigilaniseur est difficile à supporter sur le plan psychologique.

Être à mi-temps permet de faire de la clinique par ailleurs, du suivi de patient et des entretiens en face à face. Si le mi-temps est réalisé dans le même établissement, cela présente l'avantage de favoriser les contacts avec l'équipe de coordination en dehors des horaires Vigilans. Cependant, trouver un autre poste à mi-temps pour les infirmiers n'est pas toujours facile.

À l'inverse, les psychologues ont souvent un autre temps partiel en libéral. Cependant, cela facilite moins le contact avec l'équipe de coordination en dehors des horaires Vigilans.

Le fonctionnement en binôme

Les binômes sont unanimement plébiscités par les équipes. Ils laissent la possibilité aux binômes de débriefer immédiatement après un entretien un peu difficile. Ils rassurent également en cas de gestion d'une crise suicidaire.

L'entretien téléphonique

L'entretien téléphonique est une des spécificités du dispositif. Tous les vigilaniseurs ont une perception positive et favorable de la relation téléphonique et s'y adaptent rapidement. Les vigilaniseurs développent une technique d'écoute spécifique, en portant plus d'attention à la tonalité de la voix, à ses nuances, aux bruits environnants.

Les points forts pour les patients

(Note : *d'après les vigilaniseurs interviewés, les patients n'ont pas été consultés directement*).

- Programmation à l'avance des rendez-vous. Les rendez-vous sont rappelés par courrier et les patients ont la possibilité de les modifier à leur convenance ;
- Le patient est dans son environnement familial (versus le cabinet d'un professionnel de santé) le plus souvent à son domicile. Il est dans une situation d'entretien confortable et sécurisante. L'absence de face à face donne au patient le sentiment de ne pas être jugé. Le sentiment de sécurité, l'absence de regard et du jugement potentiel qu'il peut induire, participent à la libération de la parole et favorisent des confidences parfois très intimes. Il n'est pas rare que des patients livrent aux vigilaniseurs des secrets dont ils n'ont jamais parlé jusqu'alors. Tous les vigilaniseurs sont unanimes sur ce point : la relation téléphonique permet un déblocage rapide de la parole, même la plus grave ;
- Le dispositif laisse la possibilité aux patients d'appeler directement la cellule s'ils le souhaitent ;
- Pour les personnes impulsives, cette modalité d'entretien réduit le délai d'attente pour joindre un professionnel.

Les points forts du point de vue des vigilanseurs

- La durée des entretiens n'est pas contrainte. Cette souplesse est appréciée par les vigilanseurs « si on a besoin d'une heure, on peut rester une heure avec le patient » ;
- L'absence de face à face permet une plus grande distance émotionnelle. C'est une protection d'être à distance. Certains vigilanseurs ressentent moins fortement l'agressivité des patients dans la relation téléphonique qu'en face à face ;
- L'accès aux proches du patient (conjoint, enfants, parents) quand ils sont présents est possible ;
- La souplesse des rendez-vous téléphoniques avec les patients permet aussi de se coordonner plus facilement avec les autres professionnels de santé. Cela facilite la coordination des soins.

Les points faibles de l'entretien téléphonique

- Fragilité du contact : le patient peut raccrocher à tout moment ou ne pas répondre ;
- La distance peut être source d'inquiétude, celle de ne pas pouvoir agir immédiatement auprès du patient ;
- Cela peut parfois créer des situations stressantes, comme ce patient qui raccroche en disant « de toute façon je vais crever » ;
- Les appels entrants viennent perturber une planification quotidienne.

La typologie des situations d'entretien

Les vigilanseurs ont l'autonomie et la responsabilité d'apprécier le potentiel suicidaire de chaque appel. Ils doivent pouvoir mesurer les risques encourus et les facteurs de protection existant, le degré d'urgence et de dangerosité que peut présenter une situation.

Peu à peu, les équipes affinent leur niveau d'appréciation des situations et établissent des critères communs à l'équipe. Ce travail se fait lors du débriefing hebdomadaire en réunion d'équipe ou de façon informelle pendant les moments d'échanges sur les situations.

Avec l'expérience, chaque cellule de veille affine la typologie des situations d'entretien. Celle-ci sert à établir des statistiques à partir des différentes situations d'appels et de suivre leur évolution. Elle contribue aussi à la veille en permettant de décider s'il faut programmer un appel intermédiaire.

6. LE RECUEIL DES DONNÉES PATIENTS ET LA PLANIFICATION DE LA VEILLE

L'informatisation du recueil des données des patients et de la planification de la veille

La plupart des régions gèrent les informations concernant les patients et assurent le suivi de la veille à l'aide de fichiers Excel « maison ». Cette solution est adoptée par défaut. Les équipes préféreraient pouvoir disposer d'un logiciel adapté au dispositif comme e-VigilanS par exemple.

Pendant la durée de l'étude qui a abouti à la rédaction de ce rapport (septembre 2016 à décembre 2018), le logiciel e-VigilanS n'était déployé que dans la région où il a été développé.

L'installation de e-VigilanS dans les autres régions nécessite de surmonter plusieurs difficultés :

- Le budget : l'installation d'e-VigilanS devrait être inscrite dans le financement de la cellule afin de prévoir l'achat de la licence, l'installation du logiciel, son hébergement ;
- L'intégration du logiciel au sein du système informatique de l'hôpital qui abrite la cellule : la compatibilité d'e-VigilanS avec des systèmes informatiques différents de celui de la région dans lequel il a été conçu nécessite une adaptation et surtout l'accord des services informatiques ;
- De définir le processus de mise à jour des différentes évolutions du logiciel ainsi que celui de sa maintenance.

Pendant cette même période, l'équipe qui utilisait e-VigilanS a pu se montrer parfois critique, la version disponible étant améliorable pour s'adapter plus finement à l'évolution des pratiques des équipes. Elle apparaissait ne pas contenir suffisamment de fonctionnalité pour répondre à toutes les situations rencontrées. Certains vigilanseurs pouvaient déplorer qu'en l'état elle leur fasse perdre du temps.

Après avoir commencé à recourir à un fichier Excel, deux régions ont finalement opté pour d'autres solutions techniques. L'une a adapté un e-CRF⁵ qui assure les fonctions de saisie de données et l'autre a pu se servir, en la modifiant, d'une application en ligne initialement développée pour un autre projet. Elle sert de dossier médical semi-structuré pour les patients Vigilans et planifie les rappels.

Perspectives d'évolution du logiciel e-VigilanS

À date de rédaction de ce rapport (février 2019) un audit est en cours pour envisager les aspects techniques qui permettrait d'améliorer les fonctionnalités du logiciel et d'envisager son déploiement dans d'autres régions.

⁵ *Electronic case report form* ou cahier d'observation électronique est un logiciel qui permet la conception d'une base de données patients, le suivi de l'inclusion des patients et leurs rappels.

7. LES MODALITÉS DE LA VEILLE

Tous les patients inclus dans le dispositif reçoivent la carte ressource Vigilans ainsi qu'un document explicatif présentant le dispositif de veille. Deux protocoles de veille distincts sont mis en œuvre selon que le patient est primo-suicidant ou récidiviste.

Les patients primo-suicidants sont recontactés par téléphone 6 mois après la TS (appel à 6 mois) afin d'effectuer un bilan de leur situation personnelle et décider, ou non, de leur sortie du dispositif.

Les patients récidivistes sont recontactés par téléphone entre le 10^e et le 21^e jour après la TS (appel à J10-J21) afin d'effectuer un bilan de leur situation personnelle. Si le patient est injoignable, des cartes postales lui sont envoyées à son domicile à raison d'une par mois pendant 4 mois. Il est à nouveau contacté par téléphone 6 mois après la TS pour un bilan de sa situation personnelle et décider, ou non, de sa sortie du dispositif.

La carte ressource

La carte ressource est transmise à l'ensemble des patients Vigilans. Celle-ci comporte le numéro de téléphone régional gratuit de la cellule de veille que peut composer le patient en cas de besoin.

Les fax d'inclusion

Ils sont envoyés par les services hospitaliers qui prennent en charge les suicidants à l'équipe de veille. Le fax d'inclusion est transmis par les centres ou établissements partenaires à la cellule de veille. Il permet de fournir à la cellule les informations nécessaires au recontact et à la veille du patient.

Concernant les informations sur les patients, dans toutes les régions, les équipes constatent que les fax sont souvent incomplets ou mal remplis. Ce sont souvent les secrétaires de Vigilans qui se chargent alors de rappeler le service ayant inclus le patient ou qui interrogent le logiciel de l'hôpital⁶ pour compléter les informations manquantes. Cette situation est loin d'être optimale, du fait notamment que ce logiciel ne permet pas, par exemple, de distinguer les primo-suicidants des récidivistes.

L'appel à J10-J21

En général, on constate peu de retard pour cet appel. En effet, il est jugé prioritaire par toutes les équipes. Cependant, quand la file active s'allonge ou que l'équipe rencontre des problèmes d'effectif (démission, lenteur du recrutement, délai de formation du nouveau vigilaniseur, période de vacances) il arrive parfois de prendre du retard.

Une des régions effectue cet appel vers le 15^e/16^e jour, car l'équipe a observé que cela correspondait à une période favorable. Le patient est rentré à son domicile, les antidépresseurs commencent à agir, et cela permet d'attendre le 1^{er} rendez-vous médical. Si les patients ne sont pas joignables, les vigilaniseurs font 3 ou 4 tentatives à des jours et des horaires différents en laissant des messages sur le répondeur. Sans aucune réponse, des cartes postales lui sont envoyées.

⁶ Plusieurs hôpitaux utilisent Cortexte, un logiciel de gestion informatisée du dossier patient en psychiatrie.

L'appel à 6 mois

De façon unanime dans tous les entretiens, cet appel est perçu comme étant trop « lourd ». C'est celui pour lequel il y a le plus de retard et qui nécessite le plus d'adaptation par rapport au protocole initial⁷.

L'objectif de l'entretien à 6 mois est d'évaluer la situation du patient pour envisager une sortie de la veille. En fonction de l'état du patient, il peut être décidé la poursuite de la veille par un rappel supplémentaire ou par une reprise totale du protocole (renouvellement d'une veille de 6 mois).

Pour les primosuicidants et pour les récidivistes qui n'ont pas répondu à l'appel J10-J20 c'est parfois le seul contact direct avec la cellule de veille.

Il n'est pas rare de devoir passer 2 à 3 appels avant de pouvoir joindre le patient.

Les difficultés de l'appel à 6 mois :

- Il est perçu comme trop tardif pour les primosuicidants qui n'ont pas eu d'autres contacts pendant cet intervalle de temps ;
- La durée de l'entretien est trop longue. Réaliser la *Columbia* et le *MINI* est chronophage. Certains font remarquer que ces échelles ne sont pas adaptées pour les patients qui présentent des troubles cognitifs. Souvent, les équipes élaborent leur propre questionnaire d'évaluation, réalisant un mixte entre les 2 échelles. ;
- Faibles taux de réponse, les patients sont difficiles à joindre ;
- Avec l'augmentation de la file active, c'est l'entretien qui prend le plus de retard, il semble constituer une sorte de « variable » d'ajustement de l'activité, les appels à J10-J20 étant jugés prioritaires sur les appels à 6 mois. Dans certaines régions le retard est tel que les appels à 6 mois sont passés 12 mois après la TS d'inclusion.

Les pistes d'améliorations envisagées :

- Prévoir un appel dans un délai plus court pour les primosuicidants ou bien envisager d'envoyer des cartes postales pour rappeler l'existence du dispositif ;
- Alléger les différents questionnaires ;
- Diminuer le nombre de tentatives d'appels ;
- Constituer un groupe spécifique de vigilanceurs dédié aux appels à 6 mois ;
- Prévoir des « appels à 6 mois » différenciés selon les publics : primosuicidants, récidivistes, mineurs.

Les appels entrants

Les appels entrants sont constitués principalement par les appels des patients en direction de la cellule de veille. Les appels provenant des professionnels de santé qui suivent les patients, même si leur volume augmente sensiblement avec le temps, restent largement minoritaires.

⁷ Le protocole initial de l'entretien à 6 mois prévoit que celui-ci comporte une évaluation psychopathologique par le MINI DSM IV (*Mini International Neuropsychiatric Interview*), un relevé des conduites suicidaires par la *Colombia Suicide Severity Rating Scales* et un questionnaire de satisfaction global sur le dispositif.

Les appels entrants « patients » sont de deux types :

- Les « faux » appels entrants : le patient rappelle l'équipe de vigilance suite au message qui lui a été laissé sur son répondeur. C'est un appel entrant mais qui s'apparente à un appel passé (appel J10 - J20 ou appel à 6 mois), même si le patient appelle c'est en réponse à une initiative qui vient des vigilanceurs.
- Les « vrais » appels entrants : les patients appellent de leur propre initiative sans avoir été sollicités par les vigilanceurs.

Comme la file active s'allonge, le nombre de ces appels, « vrais » et « faux », est en augmentation. Certains patients peuvent appeler plusieurs fois au cours des 6 mois de veille.

Les appels entrants peuvent venir bousculer les plannings quotidiens quand ils sont trop nombreux.

Les appels intermédiaires

Les appels intermédiaires sont des appels passés à l'initiative des vigilanceurs en dehors des 2 appels prévus par le dispositif (l'appel à J10- J20 et l'appel à 6 mois).

Dans une région, le dispositif a été interprété de telle façon que les appels étaient passés à J10 ET à J20, de ce fait les vigilanceurs ne font pas d'appels intermédiaires puisque d'une certaine façon celui-ci est intégré en routine. Toutefois, cette équipe se demande si elle sera en capacité de le maintenir avec l'augmentation de la file active.

Une des régions utilise un codage pour classer les situations d'appels rencontrées (« tout va bien » à « gestion de crise nécessitant l'envoi du Samu ») et s'en sert pour déterminer s'il faut faire ou non un appel intermédiaire. Un rendez-vous médical prévu pour le patient peut aussi être un prétexte pour programmer un appel intermédiaire. Il permet de vérifier que le patient suit bien son compromis de sorti.

Certains vigilanceurs reconnaissent qu'ils planifient des appels intermédiaires quand ils sont un peu inquiets pour le patient. Ils reconnaissent volontiers qu'ils pourraient en éviter certains et que ce type d'appels diminue avec l'expérience, « avec le temps je m'inquiète moins et donc j'en programme moins ».

Les cartes postales

L'envoi des cartes postales est ce qui diffère le plus fortement d'une région à une autre. Dans certaines régions, les cartes postales sont la création originale d'un vigilanceur. Une équipe a réalisé des cartes postales différentes pour les adultes et pour les mineurs. Une autre région a également décliné les cartes postales selon les publics et les situations : jeunes, détenus, femmes, carte de clôture.

La plupart du temps les adresses sont manuscrites.

Lorsque la cellule démarre et que les moyens logistiques n'ont pas été mis à sa disposition (par exemple : impossibilité d'imprimer les cartes postales), l'équipe peut s'adapter et envoyer des cartes postales du commerce avec un message rédigé à la main.

En général, 4 cartes postales sont envoyées pendant 4 mois. Dans toutes les régions, elles sont adressées principalement aux patients injoignables par téléphone. Mais elles peuvent aussi être utilisées à la place d'un appel intermédiaire ou au moment de la sortie de la veille.

La sortie de la veille

Dans toutes les régions la file active s'allonge et l'on constate les mêmes difficultés pour sortir les patients de la veille. Ce questionnement sur la sortie de la veille doit être mis en lien avec les modalités de l'appel à 6 mois. Certains vigilanseurs peuvent rester inquiets pour un patient dont ils ont appris à connaître les fragilités, certains évoquent la possibilité d'un travail en équipe plus étroit pour réaliser cette évaluation.

La sortie de veille n'est pas une décision facile à prendre. Certains vigilanseurs estiment que pour quelques patients cela semble impossible « il y en a on n'est pas près de les sortir de la veille, sinon ils vont mal le vivre, ce serait le drame ». D'autres patients sont sortis de la veille mais ont toujours la possibilité de rappeler la cellule si cela n'allait pas, « cela les rassure ». Quand ils rappellent, cet appel est noté « hors veille ».

En cas de récurrence, la veille est renouvelée pour 6 mois.

Les sorties de veille sont aussi tributaires de l'expérience du vigilanseur, elles augmentent au fur et à mesure qu'il gagne en compétence, « avec le temps on apprend davantage à arrêter un suivi quand les patients sont étayés et suivis ». L'évaluation de l'état du patient évolue, « on évalue s'il peut prendre des initiatives, s'il identifie les structures de soin, s'il est capable de nous rappeler ».

Les patients dont les récurrences sont trop nombreuses sont orientés vers une autre prise en charge.

8. LES PATIENTS DU DISPOSITIF

Le nombre de patients

Le nombre de patients inclus dans le dispositif augmente continuellement.

Année	Nombre de patients inclus par année	Nombre de régions
2016	4 144	4
2017	7 230	5
2018	9 822	5

Les publics spécifiques

Dans les rubriques suivantes, il ne s'agit pas d'évoquer toutes les situations rencontrées mais d'aborder seulement celles qui peuvent s'avérer problématiques ou pour le moins susciter des questionnements de la part des équipes.

- Les mineurs
- Les patients âgés
- Les personnalités particulières
- Les multirécidivistes

Les mineurs

Le dispositif Vigilans prévoit d'inclure les mineurs. Toutefois ce public est spécifique à plus d'un titre :

- Sur le plan clinique, la temporalité et les causes de la crise suicidaire diffèrent de celle des adultes. Il s'agit plus souvent d'une rupture amoureuse, d'une situation de harcèlement, de problèmes familiaux ou sociaux, que de troubles psychologiques caractérisés ;
- Sur le plan légal : les parents doivent être prévenus de l'inclusion du jeune dans le dispositif.

Un grand nombre de vigilanseurs appréhendent ce public. Les adolescents sont perçus comme étant plus impulsifs que les adultes, ils peuvent donner le sentiment de pouvoir raccrocher à tout moment. D'autres ne sont pas très à l'aise avec des adolescents qui s'adressent à eux comme s'ils étaient leurs parents. Les vigilanseurs ne savent pas toujours s'ils peuvent doivent tutoyer leur interlocuteur.

Toutefois, l'appréhension s'estompe vite au contact des adolescents qui constituent un groupe de patients très à l'aise avec leur téléphone. Ce mode de communication est parfaitement intégré à leur mode de vie si bien que paradoxalement les conditions d'entretien ne sont pas toujours favorables, l'adolescent pouvant passer/prendre un appel dans un lieu public.

Le protocole prévoit d'informer les parents de l'inclusion de leur enfant dans le dispositif et de leur demander leur accord pour le suivi. Il est rare que les parents s'y opposent. Le plus souvent, les vigilanseurs constituent une source d'information pour eux et ils sont généralement coopératifs.

Avec l'expérience, plusieurs régions recontactent systématiquement les adolescents primosuicidants à J10 – J21, « je trouvais que cela n'avait pas de sens pour eux d'attendre 6 mois ». La temporalité de la crise est différente de celle des adultes, si certains peuvent tourner

complètement et rapidement la page, pour d'autres au contraire, 15 jours après la TS la crise est encore très aiguë.

C'est un public pour lequel les vigilanseurs sont nombreux à souhaiter recevoir une formation spécifique. Ceux qui ont pu en bénéficier l'ont trouvé très utile.

Les patients âgés

Ils constituent un public spécifique car ils peuvent :

- Être moins à l'aise avec l'entretien par téléphone ;
- Rencontrer des problèmes de surdité qui rend l'entretien plus difficile à mener ;
- ˆtre difficiles à joindre du fait de leurs conditions de résidence, en Ehpad par exemple.

Les personnalités particulières

Le dispositif trouve ses limites dans la prise en charge de certains patients comme les borderlines par exemple. Ce sont des patients très chronophages pour les équipes, ils appellent très souvent. Ils tiennent les équipes en échec, « on envoie le Samu et quand l'équipe arrive, ils ne veulent plus monter dans le véhicule ». Des vigilanseurs pensent qu'une formation serait utile pour savoir comment les prendre en charge, les gérer, les cadrer.

Les patients multirécidivistes

Avec l'expérience, les vigilanseurs se rendent compte que des patients font de nombreuses récidives. Ces patients ont besoin d'un autre type de prise en charge. Dans la mesure du possible, une orientation leur est proposée et les patients sont sortis de la veille.

9. LES ÉTABLISSEMENTS PARTENAIRES

Les établissements partenaires sont des services d'urgence ou des services hospitaliers qui acceptent d'inclure leurs patients suicidants dans le dispositif Vigilans.

Le processus de « recrutement »

Le médecin coordinateur de Vigilans prend contact avec les équipes des centres partenaires. Puis, il vient leur présenter le dispositif et les ressources, seul ou accompagné d'un autre membre de l'équipe, vigilanS, secrétaire, cadre infirmier... Ce processus de « recrutement » des établissements marque le début de l'activité pour les cellules de veille.

Pendant la phase de « recrutement » des centres partenaires, 2 à 3 visites sont souvent nécessaires avant que l'équipe du centre ne soit prête à inclure des patients dans le dispositif.

Le « kit » d'inclusion qui est remis aux établissements partenaires peut prendre la forme d'une boîte en plastique étiquetée « vigilans ». Elle contient les cartes ressources, les fax d'inclusion à remplir et la feuille d'information à remettre au patient. Cette boîte et son contenu sont accessibles aux soignants du service qui sont tous susceptibles d'inclure les patients.

Ces visites sont chronophages mais indispensables. De ces visites dépend la qualité de l'information qui sera donnée aux patients et aux familles. L'idéal est de pouvoir identifier quels sont les référents « suicide » d'un service et quelles sont les personnes formées à la prévention du suicide.

Quand la cellule de veille vient de se créer et que l'activité de veille n'est pas encore commencée, les vigilanS sont plus disponibles pour accompagner le coordinateur lors de ces visites.

Cette présence est bien perçue, car l'information est mieux reçue quand un infirmier s'adresse à d'autres infirmiers et que la présentation n'est pas seulement faite par le médecin coordinateur.

Au début de son activité une cellule avait établi le fonctionnement suivant :

- Une première visite du coordinateur médical avec la secrétaire ;
- Une deuxième visite de deux vigilanS qui viennent lancer le premier jour d'inclusion et apporter le matériel : cartes ressources, fiches d'information. Ils réalisent également un essai d'envoi du fax.

Entre le moment où le centre partenaire a reçu le « kit » ressource et le moment où il commence à inclure des patients, il peut s'écouler plusieurs semaines.

Cette période de démarrage est souvent mise à profit par les équipes des cellules de veille pour :

- se former et se constituer en équipe ;
- mettre au point le planning ;
- personnaliser les documents ressources remis aux patients ;
- recenser tous les centres partenaires potentiels dans la région ;
- identifier le fonctionnement régional de la prise en charge des patients suicidants.

Entretenir la relation

Après l'étape du recrutement, des visites régulières sont nécessaires pour maintenir un bon taux d'inclusion. Une visite annuelle permet de s'assurer que le dispositif est toujours mis en place, même si il y a des changements de personnels et d'harmoniser les pratiques au sein d'un même service.

C'est aussi l'occasion de faire un retour sur ce qui se passe dans les cellules de veille ou pour les patients après l'envoi du fax d'inclusion. Ces visites permettent également de rendre compte des expériences rencontrées dans les autres centres. Ainsi, le coordinateur est plutôt perçu comme une « courroie de transmission », un relais car il a une vision globale de l'implantation du dispositif sur le territoire.

Leviers pour l'implantation du dispositif dans les centres partenaires

- Apporter une information globale sur le dispositif à l'encadrement ne suffit pas. Il faut également informer chaque service concerné. Collecter les noms et coordonnées de personnes « référentes » permet d'avoir un ou plusieurs interlocuteurs identifiés ;
- La prise en compte des organisations fonctionnelles des territoires est indispensable ;
- Un temps plein de coordinateur médical favorise les visites aux centres partenaires.

Comme les visites dans les centres sont chronophages, une région a mis en place des modalités complémentaires de présentation du dispositif. Les futurs centres sont invités à participer à une journée régionale qui comporte des présentations faites par des « personnalités » du dispositif, ou encore à une visite du Samu ainsi qu'à des rencontres avec des vigilanseurs qui peuvent présenter des situations concrètes et illustrer des parcours de patients.

Les freins (résistances)

L'accueil réservé aux équipes Vigilans est souvent bon, malgré tout il arrive que la présentation du dispositif ne suscite pas une adhésion immédiate. Ces réticences peuvent avoir plusieurs causes :

- Le service a déjà mis en place un autre dispositif de recontact et ne veut pas en changer. Parfois, cet autre dispositif fait également l'objet d'un financement pour des postes que le service ne souhaite pas perdre en adoptant Vigilans. Les deux dispositifs sont alors perçus comme concurrentiels. Lever ce type de frein prend du temps et de la diplomatie. Par exemple : dans un département dans lequel la situation était bloquée et les visites de centres n'arrivaient pas à s'organiser, un compromis a été trouvé pour faire coexister les 2 dispositifs : la veille des patients est assurée par le dispositif de l'équipe du centre partenaire et l'appel à 6 mois est effectué par l'équipe Vigilans. La réussite de cette solution dépendra également du bon fonctionnement du logiciel informatique qui devra permettre de recueillir et de suivre les informations sur le patient ;
- Les psychiatres qui effectuent les visites de bilan à la sortie des patients peuvent avoir l'impression que Vigilans va leur prendre ce rôle et qu'à terme ils n'auraient plus à assurer ces visites ;

- Le service peut craindre que la mise en place de Vigilans ajoute un surcroît de travail. Ce n'est pas intégré en routine dans les pratiques. « Dans ce cas il faut y retourner, guider les gens, les prendre par la main » ;
- Les cliniques privées : cela dépend beaucoup du mode de gouvernance. Certaines sont enclines à intégrer les dispositifs régionaux, d'autres moins. D'autres peuvent craindre que le dispositif « capte » certains de leur patient vers le CHU ;
- Les services s'engagent dans le dispositif sur la base du volontariat dans la perspective de l'amélioration du parcours de soin de leurs patients. Des remarques sur les taux d'inclusion des patients pourraient être mal perçues en laissant penser que Vigilans se préoccupe plus de l'évaluation du fonctionnement des centres partenaires que du suivi des patients. Surtout que l'équipe nationale d'appui technique de Vigilans est plutôt portée par des médecins qui sont par ailleurs des universitaires. Cela peut apporter une connotation négative, l'étiquette « recherche » ayant alors un effet contreproductif sur l'implantation ;
- Dans certains endroits, le contexte de désert médical est tel que les professionnels de santé qui y exercent ne peuvent consacrer leur temps qu'à des actes médicaux de soin ;
- La démographie médicale est telle qu'elle entraîne un gros turn-over des soignants, ce sont des remplaçants qui sont là pour accomplir des actes de soin. Ils sont présents pour une durée limitée et ne vont pas s'investir dans des dispositifs spécifiques au service, en particulier lorsqu'il s'agit d'intérimaires ;
- Certains services, notamment de pédopsychiatrie, peuvent s'opposer à la mise en place du dispositif. De leur point de vue, c'est une façon de pratiquer la psychiatrie de façon « bradée », *a minima*. Ce dispositif viendrait au détriment du recrutement de professionnels comme des psychologues, des infirmiers ou des psychiatres. La relation à distance avec les jeunes patients est perçue comme une forme de désengagement ;
- Le dispositif peut être ainsi perçu comme un dispositif de remplacement plutôt que comme un dispositif complémentaire, avec la crainte qu'il vienne concurrencer des missions déjà remplies et qu'à terme les services perdent des postes (par exemple dans les Centres médico-psychologiques - CMP).

Des préconisations

- Pour certains, l'idéal serait d'identifier des référents Vigilans dans toutes les équipes des établissements partenaires. Cela permettrait de présenter le dispositif à des professionnels référents qui pourraient relayer cette information auprès de leurs collègues, y compris en cas de changements de personnels.
- En amont de l'implantation du dispositif Vigilans, il est souhaitable d'identifier les territoires prioritaires, notamment en termes de prévalences des conduites suicidaires, afin de concentrer les efforts de recrutement des sites partenaires (les visites prennent du temps) sur les territoires les plus concernés et pour lesquels il serait pertinent d'avoir un bon taux de pénétrance du dispositif⁸.
- Enfin, il est également souhaitable de disposer d'une cartographie des acteurs du champ de la prévention et de la prise en charge des conduites suicidaires sur le territoire, de connaître quels sont les parcours de soin habituels des suicidants, afin de mieux orienter le parcours des patients inclus dans la veille.

⁸ Le taux de pénétrance est « le nombre de suicidants entrants dans la veille rapporté au nombre total de suicidants passés aux urgences ». 45% est considéré comme un bon taux de pénétrance. Vaiva, G. *et al.* Évolution du nombre de tentatives de suicide dans le Nord-Pas-de-Calais depuis l'implantation de Vigilans : premières estimations. *Encéphale*, 2019, vol 45(1), p 22- 26.

10. LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Le médecin traitant (médecin généraliste) du patient inclus dans Vigilans reçoit un courrier pour l'informer de cette inclusion et lui présenter le dispositif. Il est également informé du numéro de téléphone (réservé aux professionnels de santé) mis à sa disposition s'il souhaite prendre contact avec la cellule de veille.

Pendant la durée de la veille, le médecin généraliste (MG) est destinataire des comptes-rendus d'entretiens des cellules de veille avec le patient. Il peut également être contacté directement par les vigilanseurs si besoin.

Dans toutes les régions les vigilanseurs reçoivent un bon accueil de la part des MG et les appels sur les lignes dédiées aux professionnels de santé augmentent progressivement.

Les MG considèrent de plus en plus les vigilanseurs comme des professionnels partenaires dans le parcours de soin de leur patient.

Les vigilanseurs estiment que les MG ont une bonne perception du dispositif, « les médecins traitants nous appellent de plus en plus. Quand on les appelle on est toujours bien reçu ».

Avec le temps, les MG appellent pour prévenir qu'un patient ne va pas bien ou encore pour demander à ce qu'un autre de leurs patients pour lequel ils sont inquiets soit inclus dans le dispositif.

Lors du décès d'un patient, le coordinateur peut être amené à appeler le médecin traitant afin de débriefer sur cette situation et envisager l'éventualité d'une postvention en direction de la famille du patient décédé.

La formation des médecins généralistes à la prévention du suicide et à la gestion de la crise suicidaire potentialise l'action du dispositif Vigilans. Une des régions consacre d'ailleurs un temps important à la formation continue des professionnels de santé sur ce sujet.

11. PERCEPTIONS DU DISPOSITIF

Perception du dispositif par les patients

Les patients gardent le numéro de téléphone, parfois ils l'accrochent sur le frigidaire, l'enregistrent dans leur portable. Les patients ont identifié le dispositif comme une ressource possible. La notion de sortie de veille devient alors plus « floue ».

Perception du dispositif par les équipes des cellules de veille

Les équipes des cellules de veille perçoivent Vigilans comme un dispositif qui favorise la coordination et l'optimisation des soins ambulatoires post-hospitaliers et contribue à organiser activement et efficacement le parcours de soin : vérification du compromis de sortie, rappel des décisions et projets thérapeutiques, facilitation de la prise de rendez-vous avec des professionnels de santé.

C'est un dispositif d'orientation des patients vers le soin et aussi vers les secteurs associatifs et sociaux.

Les équipes constatent que les patients sont souvent d'accord avec tout ce qui leur est proposé au moment de la sortie, mais une fois rentrés chez eux « ils oublient tout ». Vigilans est un dispositif « d'aller vers » qui permet de raccrocher un suivi du patient, d'avancer des rendez-vous, de préciser une orientation, voire de la suggérer.

Perception du dispositif sur le territoire

L'implantation du dispositif favorise une dynamique territoriale sur la thématique du suicide. Les médecins traitants des patients, les professionnels des centres partenaires, ceux des CMP, des associations, du secteur social... autant de professionnels qui vont être sensibilisés à la thématique de la prévention du suicide. Cela crée un « bruit de fond » sur le suicide, « on en parle, on remobilise les gens sur le suicide, on lève les résistances. » Vigilans crée ainsi, à l'échelle du territoire, un environnement favorable à la prévention du suicide.

12. PRÉCONISATIONS POUR L'IMPLANTATION D'UNE CELLULE RÉGIONALE DE VEILLE ET DE RECONTACT VIGILANS

Au regard des données recueillies et synthétisées dans ce rapport, quelques préconisations importantes peuvent être avancées pour favoriser l'implantation et le bon fonctionnement d'une cellule régionale de veille et de recontact Vigilans.

1. Réaliser un diagnostic territorial des conduites suicidaires et de leur prise en charge afin de :

- cibler les territoires prioritaires pour le recrutement des établissements partenaires (en charge de l'inclusion des patients dans le dispositif de veille) ;
- connaître les acteurs de prévention et de prise en charge des suicidants afin de mieux orienter, à l'échelle du territoire, le parcours des patients inclus dans la veille.

2. Prévoir un nombre d'ETP suffisant au sein de la cellule de veille :

- 1 ETP pour la coordination médicale (nécessaire pour assurer efficacement le recrutement et le maintien des relations avec les établissements partenaires, la supervision clinique et les sessions de débriefing des équipes) ;
- 1 ETP pour le secrétariat ;
- 2 ETP pour les vigilanseurs (chargés de la veille et du recontact des patients).

Les ETP de secrétariat et de vigilanseurs nécessitent d'être périodiquement réévalués en fonction de l'augmentation de la file active des patients dans le dispositif Vigilans.

3. Conforter les postes de vigilanseurs :

- favoriser des postes à mi-temps plutôt qu'à temps complet (en raison de la charge psychologique et mentale inhérente au métier de vigilanseur) ;
- favoriser un fonctionnement en binôme (ne pas être seul face à des situations problématiques) ;
- porter une attention particulière au recrutement et à la formation des vigilanseurs (du fait de la difficulté particulière du métier de vigilanseur) ;
- s'assurer que l'équipe de coordination médicale dispose du temps nécessaire pour la supervision et le débriefing des vigilanseurs ;
- former un ou deux vigilanseurs suppléants dans les services (urgences ou psychiatrie) afin d'anticiper et d'assurer les remplacements nécessaires lors des congés ou des arrêts de longue durée (maternité, maladie).

4. Assurer le matériel logistique nécessaire à la veille des patients :

- anticiper le financement et le choix des outils de gestion des données et de suivi de la veille du patient ;
- sécuriser le financement annuel du matériel de recontact et de veille (papèterie, cartes, timbres casques audios...) ;
- envisager pour les cellules de veille la possibilité de pouvoir communiquer les comptes-rendus des entretiens aux médecins traitants des patients (MG et psychiatres) au moyen de leur messagerie sécurisée afin de réduire les ressources humaines et financières dédiées à cette activité (impression des courriers, enveloppes, timbres).

5. Consolider et maintenir les relations avec les centres partenaires :

- consacrer le temps nécessaire au recrutement des partenaires. L'ouverture d'un centre partenaire nécessite a minima 3 visites (une rencontre avec l'encadrement du service, médecins et cadres infirmiers ; une rencontre avec les équipes opérationnelles du service ; une visite pour la remise du « kit » Vigilans). Toutefois, selon les contextes, le nombre de visites peut être considérablement augmenté ;
- prévoir au moins une visite par an dans chacun des centres partenaires pour « entretenir la relation », faire un bilan des inclusions de l'année précédente, envisager des modifications et / ou des améliorations pour les inclusions à venir ;
- identifier des référents Vigilans stables dans les établissements partenaires afin de favoriser la pérennité de l'inclusion des patients suicidants dans le dispositif (relai, transmission et mise à jour des informations en direction des personnels impliqués) notamment en cas de turn-over du personnel au sein des établissements partenaires.