

F2RSM Psy

Fédération régionale de recherche
en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France



▲ Intervention de crise et crise suicidaire

Organisation et évaluation d'un programme de formation
de personnels hospitaliers dans les Hauts-de-France

Un programme financé par l'



et mené en collaboration avec le



GRUPEMENT D'ETUDES ET
DE PREVENTION DU SUICIDE

Auteurs : Dr Marielle Wathelet, Estelle Coisne

Couverture : Jean Chelala

Directeur de la F2RSM Psy : Dr Thierry Danel

Relecture et corrections : Dr Thierry Danel, Laurent Plancke

Suivi administratif du programme et saisie des questionnaires : Estelle Coisne

Comité de pilotage du programme et de son évaluation :

Dr Isabelle Loens (ARS Hauts-de-France) ;

Dr Charles-Edouard Notredame, Dr Pierre Grandgenèvre (CHU de Lille) ;

Dr Thierry Danel, Dr Marielle Wathelet, Laurent Plancke (F2RSM Psy)

Remerciements : les auteurs remercient les responsables et les professionnels des services hospitaliers qui ont répondu aux questionnaires.

Citation recommandée : Wathelet M., Coisne E., Plancke L., Danel T. Intervention de crise et crise suicidaire. Organisation et évaluation d'un programme de personnels hospitaliers dans les Hauts-de-France, Saint-André-lez-Lille, F2RSM Psy Hauts-de-France, juin 2020, 36 p.

Table des matières

Introduction	6
Présentation du contexte	7
Les partenaires	7
La Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts-de-France	7
L'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France.....	7
Le Groupement d'Etudes de Prévention du suicide.....	8
Le programme de formation au risque suicidaire du GEPS en 3 axes.....	8
Module 1 : Intervention de crise/ crise suicidaire	8
Module 2 : Evaluation et orientation.....	8
Module 3 : Dispositif sentinelle – formation et constitution d'un réseau sentinelle.....	8
Formation intervention de crise/ crise suicidaire.....	9
Descriptif de la formation - intervention de crise suicidaire	9
Les formateurs.....	9
Les modalités de la formation	9
Matériel et méthodes	10
Moyens humains et financiers	10
Méthodes.....	10
Formations et participants.....	12
Les sessions de formation.....	12
Les participants.....	12
Remarques formulées par les représentants des établissements de santé et points d'amélioration	15
Diversité des voies de communication au sein des établissements	15
Nombre de participants aux sessions	15
Absence de numéro d'agrément de formation.....	15
Retour d'expérience des formateurs régionaux.....	16
Difficulté à avoir des participants répondant exactement aux critères d'inclusion	16
Taille de groupe trop importante.....	16
Les supports de formation	16
Évaluation du programme de formation.....	17
Objectif de l'évaluation.....	17
Méthodes d'évaluation	18
Population et design de l'étude	18
Données recueillies (cf. questionnaires, p 28 et p 32)	18

Analyses statistiques	19
Résultats.....	20
Caractéristiques des répondants	20
Niveau 1 du modèle de Kirkpatrick : satisfaction	21
Niveau 2 : capacité ressentie du soignant concernant la prise en charge d'un patient en crise suicidaire.....	21
Niveau 2 : compétences relationnelles du soignant concernant la prise en charge d'un patient en crise suicidaire (SIRI-2-VF)	22
Discussion des résultats	23
Synthèse.....	25
Conclusion.....	26
Annexe 1 : Fiche descriptive de formation Intervention de crise / crise suicidaire	27
Annexe 2 : Questionnaire d'évaluation de la formation à T0.....	28
Annexe 3 : Questionnaire d'évaluation de la formation à T1 et T2	32

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des sessions de formation	12
Tableau 2 : Effectifs en fonction des structures participant à la formation	13
Tableau 3 : Caractéristiques des répondants.....	20
Tableau 4 : Caractéristiques des répondants et des non-répondants à T2	21
Tableau 5 : Sentiment de capacité en fonction de la profession.....	22
Tableau 6 : Sentiment de capacité en fonction de l'existence d'une formation antérieure	22
Tableau 7 : Score SIRI-2-VF en fonction de la profession.....	23
Tableau 8 : Score à la SIRI-2-VF en fonction de l'existence d'une formation antérieure	23

Liste des figures

Figure 1 : Localisation des établissements de santé gérant des services de psychiatrie dans les Hauts-de-France contactés	11
Figure 2 : Localisation des établissements participants et nombre de professionnels formés.....	14
Figure 3 : Modèle d'évaluation de Kirkpatrick	17
Figure 4 : Exemple de cotation selon la méthode des TCS.....	19

Introduction

Le plan d'action santé mentale du Programme Régional de Santé (PRS) 2018-2022 de l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France (ARS HdF) comporte un objectif visant à repérer et à prendre en charge précocement le risque suicidaire. L'un des axes porte sur la formation des professionnels en contact avec des personnes à risque suicidaire.

Dans ce cadre, l'ARS HdF a lancé le 13 mars 2019 un appel à candidatures quant à sur l'organisation et la coordination de sessions de formation auprès des personnels hospitaliers de service psychiatrique portant sur le thème de l'intervention de crise/crise suicidaire. La Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie (F2RSM Psy) a été mandatée pour ce projet en mai 2019.

Le projet qui s'est déroulé de début septembre 2019 à juin 2020, consistait en l'organisation logistique de sessions de formation sur le territoire des Hauts-de-France, la coordination entre les établissements hospitaliers et l'ARS HdF afin de constituer les listes de participants, et en l'évaluation du programme de formation auprès des personnels formés.

A la demande de la Direction Générale de la Santé (DGS), la mise en œuvre de l'action de formation reposait sur des modalités définies par le Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide (GEPS).

Présentation du contexte

Les partenaires

La Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts-de-France

La Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts-de-France (F2RSM Psy) est un GIP qui regroupe l'ensemble des établissements de santé ayant une activité en psychiatrie qu'ils soient publics, privés et privés d'intérêt collectif (Espic).

Son objectif est de promouvoir la recherche en psychiatrie et santé mentale dans la région des Hauts de France : connaissance épidémiologique, soutien aux recherches cliniques, partage d'expériences, réflexion éthique, renforcement du dialogue avec la société. Son action fédère et mobilise les énergies de ses adhérents pour une meilleure prise en charge de la personne souffrant de troubles psychiques.

Depuis sa création en 2007, la F2RSM Psy Hauts-de-France demeure un modèle unique de part :

- la dynamique de recherche régionale qu'elle insuffle pour les questions de psychiatrie et de santé mentale,
- les travaux qu'elle mène,
- les collaborations qu'elle initie,
- les partenaires qui la composent,
- sa totale autonomie dans la décision des projets de recherche qu'elle entreprend et son indépendance financière.

L'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France

La feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie du Ministère de la Santé du 28 juin 2018 s'inscrit en cohérence avec les objectifs de la stratégie nationale de santé, en particulier avec ses axes majeurs d'action que sont le repérage et la prise en charge précoces des troubles psychiques et la prévention du suicide.

Pour l'ARS HdF, « le contexte est marqué par des inégalités importantes dans l'offre de soins et de professionnels présents sur les territoires, par un gradient social dans la prévalence des troubles et par des réponses hétérogènes mises en œuvre par les territoires. Il s'agit d'adopter une approche transversale de la politique de santé mentale, territorialisée dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (source site internet ARS HDF) ».

Elle propose trente-sept mesures, déclinées autour de trois grands axes d'intervention :

- promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide ;
- garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ;
- améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

L'instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide présente notamment les modalités de la formation en prévention du suicide¹

¹ https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2019/19-10/ste_20190010_0000_0124.pdf

Le Groupement d'Etudes de Prévention du suicide

Créé en 1969, le GEPS est une Association Loi 1901 qui a pour vocation de regrouper des professionnels et des intervenants concernés par les problèmes du suicide.

Les missions du GEPS, définies par ses statuts, sont de :

- promouvoir et coordonner les recherches dans le domaine du suicide,
- favoriser toutes les demandes susceptibles d'aboutir à la création d'organisations et d'actions de prévention du suicide,
- agir auprès des organismes compétents afin d'élaborer un programme cohérent de prévention du suicide,
- représenter officiellement les réalisations nationales au sein de l'Association Internationale pour la Prévention du Suicide (IASP)².

Le programme de formation au risque suicidaire du GEPS en 3 axes

Le Programme de formation nationale³ déployé par le GEPS repose sur la méthode québécoise de Monique Séguin et de Nadia Chawky, adaptée au contexte français. Il s'articule autour de 3 axes différenciés selon le rôle de l'intervenant : la formation à l'intervention de crise, la formation à l'évaluation du risque suicidaire et l'orientation des patients et enfin la formation de sentinelles. Ces trois modules actualisent l'ensemble de la formation au repérage de Séguin-Terra, 2002.

Module 1 : Intervention de crise/ crise suicidaire

La formation « Intervention de crise suicidaire » s'adresse à des professionnels directement concernés par la crise suicidaire, avec risque imminent de passage à l'acte : professionnels cliniciens intervenant dans les services d'urgence. Cette formation porte sur la définition de la crise suicidaire, la typologie de la crise, le développement de la vulnérabilité et l'évaluation de la crise et enfin la pratique de l'intervention de crise.

Module 2 : Evaluation et orientation

La formation « Evaluation et Orientation » porte sur l'outil clinique d'évaluation du potentiel suicidaire : risque, urgence, dangerosité (RUD) et sur l'orientation appropriée des patients dans les services de psychiatrie adaptés.

Module 3 : Dispositif sentinelle – formation et constitution d'un réseau sentinelle

L'objectif du dispositif est de faciliter, à l'échelle d'un territoire, le repérage et l'accès aux soins des personnes suicidaires qui n'y auraient pas spontanément eu recours.

Le module permet de renforcer les habilités et dispositions spontanées de citoyens ou professionnels non soignants pré-identifiés pour repérer, au sein de leur communauté de vie, les signes d'alerte d'un risque suicidaire et orienter les personnes repérées vers les ressources d'évaluation et/ou de soins adaptées.

² Site internet du GEPS - <https://www.geps.asso.fr/>

³ <https://www.geps.asso.fr/articles.php?rub=111>

Formation intervention de crise/ crise suicidaire

Descriptif de la formation - intervention de crise suicidaire

Les formateurs

Le déploiement de la formation repose sur une trentaine de formateurs nationaux répartis sur la totalité du territoire national, qui localement étaient en charge de former les formateurs régionaux.

Les conditions d'exercice et d'engagement pour être formateurs régionaux étaient les suivantes :

- Professionnels exerçant comme psychiatres, psychologues, infirmiers, cadres de santé ou travailleurs sociaux ;
- Expérience professionnelle d'au moins 5 ans en intervention de crise en tant qu'intervenant de crise ou superviseur clinique ;
- Expérience d'enseignement ou de formation ;
- Engagement à participer à l'intégralité de la session ;
- Engagement à former des intervenants au moins 2 fois par an au cours des deux premières années ;
- Engagement à participer à la journée annuelle de suivi régional.

La sélection des formateurs régionaux a été convenue par l'ARS HdF. Ainsi dans les Hauts-de France, la formation des formateurs régionaux, dispensée par les formateurs nationaux les Dr. Pierre Grandgenèvre et Dr. Charles Edouard Notredame, psychiatres exerçant au CHU de Lille, s'est déroulée en janvier 2019. A l'issue de cette session, la formation de 8 professionnels a été validée à savoir :

- Dr Anne Creton, psychiatre au CH de Valenciennes
- M. Stéphane Duhem, psychologue au CHU de Lille
- Dr Vincent Jardon, psychiatre au CHU de Lille
- Dr Nicolas Gaud, psychiatre au CHU de Lille
- Dr Cécile Lalanne, psychiatre au CHU d'Amiens
- Mme Stéphanie Lebrun, psychologue au CH de Beauvais
- Dr Laure Rougegrez, psychiatre au CH d'Arras
- Dr Frédérique Warembourg, psychiatre au CHU de Lille

Ces formateurs régionaux forment ainsi localement les publics cibles à l'intervention de crise.

Les modalités de la formation

La formation s'est déroulée sur deux jours consécutifs au sein des établissements publics. Chaque session comprenait entre 15 à 21 participants.

Les critères d'inclusion avaient été définis par l'ARS HdF. La formation s'adresse à des professionnels directement concernés par la crise suicidaire au sens de crise imminente de passage à l'acte ; soit des praticiens hospitaliers, IDE, cadres IDE et psychologues, intervenant dans les services d'urgence, les centres d'accueil et de crise, les CUMP, les centres d'accueil et d'orientation psychiatriques, le dispositif de recontact, etc.

Matériel et méthodes

Moyens humains et financiers

Un budget spécifique de 26 940€ HT a été alloué au projet pour l'année 2019/2020 et réparti sur les postes suivants :

- Un poste administratif à mi-temps en contrat d'usage d'une durée de 7 mois en charge notamment de l'organisation logistique des formations ;
- 8 formateurs régionaux réalisant chacun 2 sessions de formation, en binôme ;
-
- Défraiement des 8 formateurs régionaux ;
- Remboursement des frais de déplacement, de bouche et de logement sur place des formateurs ;
- Reprographie des supports de formation ;
- Frais de gestion.

Méthodes

Choix des établissements contactés dans la région des Hauts-de-France

La région des Hauts-de-France comprend 52 services d'urgence, parmi lesquels 42 sont généralistes ; 26 établissements de santé autorisés en psychiatrie y interviennent pour prendre en charge les patients présentant des troubles psychiques et/ou ayant fait une tentative de suicide. Dans le cadre de ce projet, 27 établissements de santé ont été contactés dont 7 établissements monodisciplinaires (Établissements publics de santé mentale, EPSM) et 19 centres hospitaliers généraux gestionnaires de services de psychiatrie adulte et/ou infanto-juvénile (**Figure 1**).



Figure 1 : Localisation des établissements de santé gérant des services de psychiatrie dans les Hauts-de-France contactés

Communication du programme de formation auprès des établissements

En mars 2019, l'ARS HdF a fait part de l'organisation de la formation sur l'intervention de crise suicidaire aux directeurs d'établissement, présidents de CME et chefs de service de psychiatrie adulte, infant-juvénile, addictologie, et de services d'urgences générales des centres hospitaliers généraux gestionnaires de psychiatrie. Cette communication a été suivie d'un second courrier électronique de relance en date du 27 juin 2019. Pour les établissements ayant répondu, une pré-liste de participants potentiels a été constituée par l'ARS HdF, puis transmises à la F2RSM Psy le 12 septembre 2019.

Celle-ci a ensuite pris contact avec les établissements, en s'adressant dans un premier temps aux mêmes interlocuteurs. En cas d'absence de réponses des établissements, la liste des contacts a été élargie aux directeurs de soins, cadres de santé, chef de pôle, responsables de service de formation continue, etc.

Ainsi la communication du programme de formation a été adaptée au cas par cas, selon le mode de fonctionnement des établissements et des Groupements Hospitaliers de Territoire.

Les listes des participants potentiels ont été constituées par la F2RSM Psy et validées par l'ARS HdF. Une fiche descriptive de la formation, présentant son contenu et les prérequis nécessaires des participants, a été transmise à chaque établissement – ou/et personne qui en faisait la demande. Cette fiche descriptive est présentée en Annexe 1, p 27.

Constitution des binômes de formateurs et répartition des sessions

Les binômes ont été constitués par les formateurs régionaux. Puis selon la demande de l'ARS Hdf, la proximité géographique entre les lieux de sessions de formation et le lieu d'exercice des formateurs a été privilégiée afin de favoriser la constitution de réseaux par l'identification des formateurs en tant que personnes ressources et pour de faciliter les futurs échanges sur la thématique de l'intervention de crise.

Organisation des sessions

La F2RSM Psy, en charge du projet, s'est entretenue avec les centres hospitaliers participants pour la mise à disposition de salle de formation et d'une collation d'accueil quotidienne, reproduction des supports de formation des formateurs et des participants, préparation des salles de réunions, accueil des formateurs et des participants au démarrage de chaque session, remise des imprimés de formation ainsi que des documents relatifs aux évaluations individuelles, tenue des présences et recueil des adresses électroniques des participants afin de transmettre le lien d'accès à l'évaluation à 1 mois via un questionnaire en ligne et présentation des options de restauration le midi.

Attestation de présence

La F2RSM Psy n'est pas un organisme de formation et ne possède de fait pas de code formation. Les feuilles d'émargement signées par demi-journée par chaque participant, faisant office d'attestation de présence, ont été transmises aux cadres de santé, responsables de service de formation ou praticiens hospitaliers ayant coordonné l'organisation de la formation au sein de leurs équipes respectives.

Formations et participants

Les sessions de formation

Huit sessions de formation ont été réalisées sur une période de 3 mois de novembre 2019 à janvier 2020 et réparties sur l'ensemble du territoire des Hauts de France (**Tableau 1**).

Tableau 1 : Caractéristiques des sessions de formation

	Date de formation	Lieu de formation	PTSM	Nombre de participants
Session 1	25-26 nov. 2019	CH St Amand les eaux	Hainaut	20
Session 2	26-27 nov. 2019	EPSM AL	Agglomération de Lille	20
Session 3	28-29 nov. 2019	CH Lens	Artois Audomarois	21
Session 4	12-13 déc. 2019	CHI Clermont	Somme - Oise	10
Session 5	8-9 jan. 2020	CHU Lille	Agglomération de Lille	18
Session 6	13-14 jan. 2020	CH Calais	Littoral du Pas-de-Calais	20
Session 7	15-16 jan. 2020	CH St Quentin	Aisne	12
Session 8	27-28 jan. 2020	EPSM Flandres	Flandres	20

Les participants

Le personnel de 22 établissements publics de rattachement a assisté à la formation.

Il était anticipé de former entre 120 et 168 personnes (à raison de 15 à 21 participants par session). Sur 149 inscrits, 141 ont participé à la formation et 135 étaient présents les 2 jours entiers.

L'ensemble des professions ciblées a été représenté : parmi les 141 participants, 17 praticiens hospitaliers, 6 assistants spécialistes, 13 psychologues, 97 infirmiers et 8 cadres de santé.

Les services des 141 participants sont les suivants : CAC (21 participants), CUMP (5), service de recontact (7), urgences générales (22), psychiatrie adulte (92), addictologie (5), psychiatrie infantile-juvénile (19).

Le détail des effectifs des personnels formés par établissement est présenté ci-dessous (**Tableau 2 et Figure 2**).

Tableau 2 : Effectifs en fonction des structures participant à la formation

Centres hospitaliers	Effectifs inscrits	Effectifs présents	Centres hospitaliers	Effectifs inscrits	Effectifs présents
CH Abbeville	2	2	CH Saint-Amand-les-Eaux	4	4
CH Calais	7	7	CH Saint-Quentin	7	7
CH Arras	6	6	CHAM	12	12
CH Cambrai	2	2	CHU Amiens	12	8
CH Clermont	5	5	CHU Lille	23	22
CH Denain	3	3	CHS Pinel	4	4
CH Douai	11	11	EPSM Agglomération Lilloise	13	12
CH Fourmies	2	2	EPSM des Flandres	6	6
CH Hénin-Beaumont	2	2	EPSM Lille-Métropole	5	4
CH Lens	13	13	EPSM Val de Lys-Artois	4	4
CH Sambre-Avesnois	3	2	EPSMD Prémontré	3	3

Remarques formulées par les représentants des établissements de santé et points d'amélioration

Diversité des voies de communication au sein des établissements

L'hétérogénéité de structuration des centres hospitaliers et des GHT selon les Territoires de Démocratie Sanitaire rend parfois complexe les modes de communication internes pour des personnes extérieures aux établissements. En effet, certains établissements ont des voies de communication très formalisées et la communication au sujet de cette formation a été efficace. Pour d'autres établissements, la communication a été moins évidente avec une incertitude concernant une absence d'intérêt ou de besoin en formation ou simplement la non-communication de l'information aux personnes concernées par le sujet.

Une piste d'amélioration à envisager en cas de reconduction du programme : les services de formation continue pourraient être contactés en parallèle de façon systématique pour assurer une meilleure communication au sein des établissements. L'Association Nationale de Formation Hospitalière (ANFH) peut fournir la liste à jour des contacts de chaque service de formation couvrant les 122 établissements publics de santé de la région des Hauts-de-France.

Nombre de participants aux sessions

Certains services ont eu des difficultés à libérer leur personnel pour la formation et ce malgré un besoin en formation clairement verbalisé : départ d'IDE non remplacés, arrêt maladie de plusieurs IDE des services d'urgence qui ont nécessité des réorganisations de plannings, déménagement de service en décembre pour la psychiatrie adulte de Valenciennes, etc.

Certains responsables de service ont également mentionné l'existence d'une formation interne sur la prise en charge du risque suicidaire, ce qui a pu expliquer la faible présence du personnel de certains établissements.

De plus, certains participants n'ont pas eu la possibilité de se déplacer jusqu'au lieu de formation lors la grève des transports fin 2019.

Absence de numéro d'agrément de formation

Certains cadres de santé et responsables de service de formation continue ont demandé un code de formation lors de l'inscription de leur personnel. La F2RSM Psy n'étant pas un organisme de formation, nous n'avons pas été en mesure de leur transmettre. La conséquence principale de l'absence de code de formation est que la formation ne peut pas être valorisée en étant intégrée au Plan National de Développement Professionnel Continu. Ainsi les frais de déplacement et de restauration des participants ont été imputés en frais généraux ou sur ceux du service et non sur le budget de formation. De plus, aucune attestation de présence n'a pu être délivrée.

La formalisation du suivi des formations est également utile aux services Qualité. En effet, certains GHT ont mentionné l'importance de la prise en charge du risque suicidaire dans le cadre de la préparation de la certification HAS V2020.

Une piste d'amélioration à envisager en cas de reconduction du programme : le GEPS pourrait être en mesure d'établir une convention de formation spécifique avec chaque professionnel de santé ou par établissement. Le coût à anticiper de la prise en charge serait approximativement de 25€ par participant.

Retour d'expérience des formateurs régionaux

Difficulté à avoir des participants répondant exactement aux critères d'inclusion

Au cours des sessions, les formateurs ont noté l'hétérogénéité des connaissances cliniques préalables des participants sur la prise en charge des patients suicidants. La conséquence pratique principale étant qu'il est difficile d'adapter le contenu de la formation à chacun des niveaux avec une incompréhension des novices et une attente non comblée des spécialistes.

Parmi les 141 participants, 42 (29,8%) ont mentionné avoir déjà suivi une formation sur le risque suicidaire, dont 13 (9,2%) indiquaient qu'ils avaient été formés au RUD (Risque - Urgence - Dangerosité).

Les raisons pouvant expliquer la difficulté de respect des prérequis à la formation auprès des participants ont été notamment : plusieurs niveaux de communication au sein des GHT, des centres hospitaliers et des services, confusion autour du terme intervenant de crise et de la définition de la prise en charge du patient suicidant, remplacement de participants de dernière minute, etc.

En piste d'amélioration à envisager en cas de reconduction du programme : redéfinir plus précisément les prérequis techniques minimum du clinicien intervenant de crise dans la communication écrite à l'attention des établissements et potentiels participants ; discuter de la nécessité de réaliser la formation « Evaluation et orientation » auprès de ce même public en prérequis indispensable ou non.

Il semble utile d'échanger de façon générale du profil des participants : est-il souhaité de former exclusivement des cliniciens ou de faire le choix de former aussi un cadre de santé qui n'est pas intervenant de crise mais qui décidera de la pertinence de la formation pour le reste de ses équipes suite à cette formation, ou un profil de poste décisionnaire au niveau du GHT ? Le but n'étant pas de s'approprier le contenu de la formation pour former soi-même le reste de l'équipe mais plutôt de mettre l'accent sur une action de promotion interne du programme de formation en 3 volets (Intervention de crise, évaluation et orientation et dispositif Sentinelle).

Taille de groupe trop importante

Selon plusieurs formateurs, il faudrait un maximum de 15 participants par session de formation. Certains ont également mentionné la nécessité de disposer de plusieurs salles de réunion ou du moins de plus d'espace afin de pouvoir réaliser les jeux de rôle dans de meilleures conditions. Il conviendrait de s'accorder sur la superficie minimale à requérir par participant.

Les supports de formation

Les supports de formation des formateurs ont été appréciés, à une exception près, portant sur le côté un peu austère de la forme du livret pédagogique. Un consensus net a été noté sur la qualité des jeux de rôle tant du côté des formateurs que des participants.

Évaluation du programme de formation

Objectif de l'évaluation

L'objectif principal était d'évaluer la qualité du contenu de la formation dispensée selon le modèle de Kirkpatrick⁴.

Donald Kirkpatrick à la fin des années 50 a défini un modèle d'évaluation de la formation basé sur 4 niveaux (**Figure 3**).

Niveau 1 : Évaluation des réactions : Il s'agit d'une évaluation du degré de satisfaction des participants vis-à-vis du programme de formation et de leur perception. Dans quelle mesure les participants ont-ils apprécié l'évènement d'apprentissage ?

Niveau 2 : Évaluation des apprentissages : compétences, connaissances ou comportement. Idéalement l'évaluation se fait avant et après la formation. Dans quelle mesure les participants ont-ils acquis des connaissances, habiletés et attitudes visées par l'évènement d'apprentissage ?

Niveau 3 : Évaluation du niveau de transfert. Ce niveau est l'évaluation des changements d'ordre comportemental de l'apprenant suite à la formation, autrement dit la mise en œuvre des compétences nouvellement acquises. Dans quelle mesure les apprenants appliquent-ils les apprentissages réalisés lorsqu'ils sont de retour au travail ?

Niveau 4 : Évaluation des résultats. L'évaluation porte sur des éléments factuels et chiffrables générés par la formation ; Les indicateurs peuvent être divers selon les domaines d'activité. Dans quelle mesure l'évènement d'apprentissage a-t-il contribué aux résultats organisationnels ?

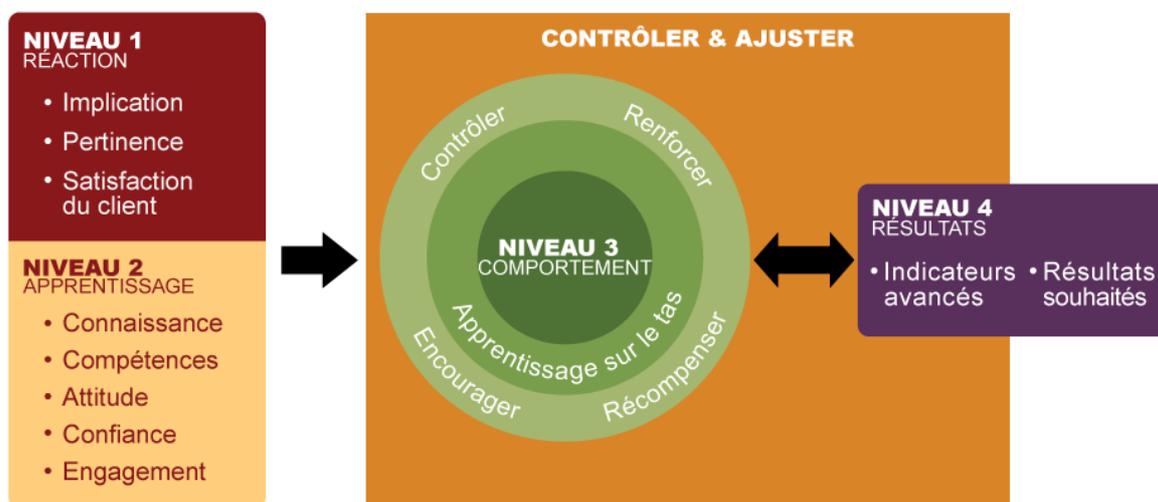


Figure 3 : Modèle d'évaluation de Kirkpatrick

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'impact de la formation en fonction de la profession des participants et en fonction de l'existence d'une formation antérieure ou non.

⁴ Kirkpatrick, D., & Kirkpatrick, J. (2006). Evaluating training programs: The four levels. Berrett-Koehler Publishers.

Méthodes d'évaluation

Population et design de l'étude

Une étude avant-après a été réalisée. L'ensemble des personnes participant à la formation a été sollicité afin de répondre au questionnaire d'évaluation à 3 reprises : en version papier juste avant (T₀) et juste après (T₁) la formation puis en version électronique un mois après la fin de la formation (T₂).

Les participants ont été informés du caractère anonyme de l'étude, tant sur leur nom que sur leur établissement. Cependant, afin de pouvoir évaluer l'évolution de leurs connaissances, il leur a été proposé d'employer un pseudonyme permettant de relier les questionnaires entre eux tout en garantissant leur anonymat.

Données recueillies (cf. questionnaires, p 28 et p 32)

Seuls les 2 premiers niveaux du modèle de Kirkpatrick ont été explorés. Le niveau 1, relatif aux réactions des participants, correspondait à la satisfaction de ces derniers, notée sur 10. Le niveau 2, relatif aux apprentissages des participants était évalué au moyen de 2 indicateurs : une note sur 10 de confiance en ses capacités professionnelles à gérer les crises suicidaires, et la note obtenue à version française de la *Suicide Intervention Response Inventory -2* (SIRI-2-VF)⁵ évaluant les compétences relationnelles du répondant en cas de crise suicidaire. La SIRI-2-VF comporte 15 énoncés correspondant à des échanges entre patients et aidants, tirés d'extraits de consultations. Ainsi chaque échange commence par la phrase d'un patient concernant un aspect de la situation à laquelle il/elle fait face. Puis deux réponses possibles proposées par 2 aidants différents sont présentées. Le participant doit juger le caractère adapté ou inadapté de chaque réponse proposée en donnant une note allant de -3 (réponse très inadaptée) à +3 (réponse très adaptée). Les notes des répondants étaient obtenues via des tests de concordance de scripts (TCS).

La méthode des TCS a été développée pour évaluer les compétences face à une situation complexe pour laquelle il n'existe pas de certitude. Le système de notation du test est conçu pour mesurer la distance, ou l'écart, qui existe entre les réponses des participants et les réponses d'un panel d'experts.

Pour notre étude, un panel de 9 experts en suicidologie a été sollicité. Leurs réponses constituaient la référence à laquelle comparer les réponses des participants à la formation via la méthode des TCS. De la même façon que les participants, les experts étaient invités à répondre à la SIRI-2-VF en cotant chaque item de « -3 » (réponse très inadaptée) à « +3 » (réponse très adaptée).

Pour les participants, une note était alors attribuée à chaque modalité de la façon suivante : en divisant le nombre d'experts ayant choisi la modalité par le nombre d'experts ayant choisi la réponse modale.

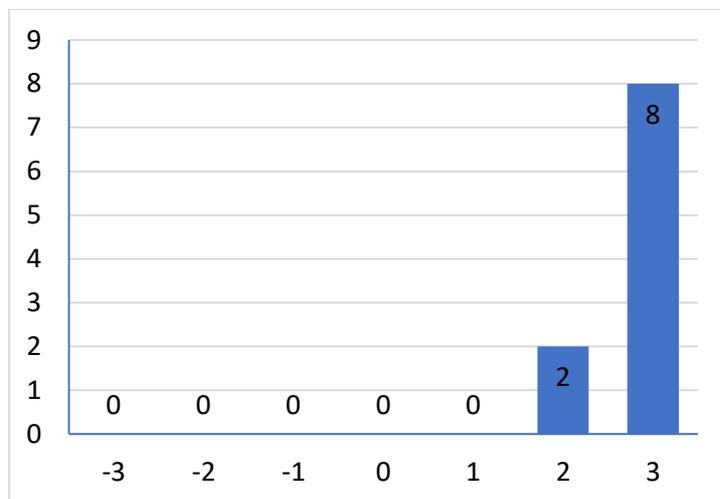
Par exemple, dans un panel de 10 experts, si 8 ont répondu « + 3 » et 2 ont répondu « +2 » à un item, les scores des participants pour cet item sont les suivants :

- 1 point est attribué au participant ayant choisi la réponse « +3 » (8/8) (modalité la plus choisie par les experts),
- 0,25 point est attribué au participant ayant choisi la réponse « +2 » (2/8),
- 0 point attribué pour les autres choix de réponse (0/8) (**Figure 4**).

⁵ Kopp-Bigault, C., Audouard-Marzin, Y., Scouarnec, P., Beauchamp, G., Séguin, M., & Walter, M. (2018). French translation and validation of a short version of the Suicide Intervention Response Inventory-2 (SIRI-2-VF). *L'Encephale*, 44(5), 435-445.

Cette cotation permet d'obtenir une note allant de 0 (écart maximal avec les experts) à 1 (écart minimal avec les experts). Le score total sur 30 à la SIRI-2-VF était obtenu en faisant la somme des notes aux items.

Le score total est obtenu en faisant la somme de chaque option de l'ensemble des mises en situation.



- Réponse la plus fréquente = 1
- Ici, réponse 3 = 1 pt*
- Les autres : effectif de répondants / effectif de la classe la plus fréquente
- Ici, réponse 2 = 2 / 8 = 0,25 pt*
- Les autres = 0 / 8 = 0 pt*

Figure 4 : Exemple de cotation selon la méthode des TCS

En plus des critères de jugement (satisfaction, sentiment de capacité et SIRI-2-VF), les caractéristiques des répondants étaient également recueillies (âge, sexe, profession, antécédent de formation à la gestion de crise suicidaire).

L'ensemble des données étaient recueillies à T0, T1 et T2, sauf la satisfaction que n'était recueillie qu'à T1. Les exemplaires de questionnaire sont présentés en Annexes B et C, p 28-32.

Analyses statistiques

Les caractéristiques de l'échantillon et les critères de jugement ont d'abord fait l'objet d'une étude descriptive : les moyennes et écarts-types des variables quantitatives ont été présentées, ainsi que les effectifs et pourcentages par modalité des variables qualitatives.

Les répondants et non-répondants à T2 ont été comparés afin de s'assurer de la représentativité des résultats à T2. Les moyennes ont été comparées via des tests de Student, les proportions ont été comparées via des tests de Chi-2 ou des tests de Fisher en cas de non-respect des conditions d'application de tests paramétriques.

Des analyses en sous-groupes des critères de jugement (scores de satisfaction, capacité ressentie et SIRI-2-VF) en fonction des professions ont été réalisées. Les moyennes ont été comparées au moyen de tests de Kruskal-Wallis. Les analyses ont également été stratifiées sur l'existence d'une formation antérieure ou non, les moyennes étaient comparées au moyen de tests de Student.

Enfin, afin de répondre à l'objectif principal, les notes à T1 et T2 ont été comparées aux notes obtenues à T0. Ces comparaisons ont été réalisées au moyen de tests de Student appariés ou de tests de Wilcoxon appariés quand les conditions d'application des tests paramétriques n'étaient pas respectées. Afin de calculer la taille d'effet de la formation, un d de Cohen a été calculé en rapportant les différences des notes entre 2 temps sur l'écart-type des notes. Les seuils d'interprétation suivants ont été proposés : effet faible autour de 0,2, modéré autour de 0,5, élevé autour de 0,8.

Un test était considéré comme significatif en cas de p-valeur inférieure à 0,05. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel R. 3.6.1⁶.

Résultats

Caractéristiques des répondants

Parmi les 141 personnels hospitaliers ayant suivi la formation, 139 ont répondu au moins une fois au questionnaire. L'âge moyen était de 38,6 ans ($\pm 8,8$) et 45 participants étaient des hommes (32,4%). Une majorité des participants à la formation était des infirmiers (69,8%) et déclarait exercer en psychiatrie adulte. Enfin, 46 répondants (33,1%) indiquaient avoir déjà suivi une formation relative à la crise suicidaire auparavant (6 psychologues sur 7, 10 médecins sur 22, 29 infirmiers sur 97 et 1 cadre sur 7, soit respectivement 85,7%, 45,4%, 29,9% et 14,3%). Les caractéristiques détaillées sont présentées dans le **Tableau 3**.

Tableau 3 : Caractéristiques des répondants

	N = 139 (100,0)
Sexe masculin, n (%)	45 (32,4)
Age, m (sd)*	38,6 (8,8)
Profession, n (%)	
Cadre de santé	7 (5,0)
Infirmier	97 (69,8)
Médecin	22 (15,8)
Psychologue	13 (9,4)
Exercice, n (%)	
Psychiatrie adulte	95 (68,3)
Psychiatrie infanto-juvénile	19 (13,7)
CAC, CPAA, Capi, UAU, etc.	23 (16,5)
Médecin (urgences, etc.)	23 (16,5)
Addictologie	6 (4,3)
CUMP	5 (3,6)
Service de recontact	8 (5,8)
Autre	28 (20,1)
Formation à l'intervention de crise suicidaire, n (%)	46 (33,1)

* m (sd) : moyenne (écart-type)

Les taux de participation aux différents temps de l'étude étaient les suivants : respectivement 99,3% (138 participants), 96,4% (134) et 46,0% (64) à T₀, T₁ et T₂.

Au vu de la participation limitée des personnels formés à T₂, les non-répondants et répondants ont été comparés (**Tableau 4**). Les groupes n'étaient pas significativement différents excepté pour le sexe. Les hommes étaient en proportion moindre chez les répondants (21,9% vs 41,3%, $p = 0,024$). Cependant, les caractéristiques autres ne variaient pas, notamment les critères de jugement mesurés à T₀ et T₁ avec des niveaux de satisfaction, capacité ressentie et compétences relationnelles similaires aux temps précédents.

⁶ Team, R. C. (2013). R: A language and environment for statistical computing.

Tableau 4 : Caractéristiques des répondants et des non-répondants à T2

	Non-répondants N = 75	Répondants N = 64	P
Sexe masculin, n (%)	31 (41,3)	14 (21,9)	0,024
Age, m (sd)*	38,0 (8,2)	39,4 (9,4)	0,349
Profession, n (%)			0,900
Cadre de santé	2 (2,7)	5 (7,8)	
Infirmier	53 (70,7)	44 (68,8)	
Médecin	13 (17,3)	9 (14,1)	
Psychologue	7 (9,3)	6 (9,4)	
Formation antérieure, n (%)	25 (33,3)	21 (32,8)	1,000
Satisfaction, m (sd)	8,6 (1,5)	8,7 (1,2)	0,914
Capacité, m (sd)			
To	6,8 (1,8)	6,8 (1,8)	0,862
T1	8,2 (1,0)	8,0 (1,3)	0,346
SIRI-2-VF, m (sd)			
To	14,8 (4,3)	15,2 (4,1)	0,573
T1	18,0 (3,4)	17,0 (3,5)	0,073

* m (sd) : moyenne (écart-type)

Niveau 1 du modèle de Kirkpatrick : satisfaction

Les participants ont donné la note de $8,6 \pm 1,3$ sur 10 à la formation. Le niveau de satisfaction ne différait pas significativement en fonction de la profession ($9,2 \pm 0,4$ pour les cadres de santé, $8,8 \pm 1,0$ pour les psychologues, $8,8 \pm 1,2$ pour les infirmiers et $7,8 \pm 2,0$ pour les médecins, $p = 0,208$). La satisfaction ne différait pas non plus en fonction de l'existence d'une formation antérieure ($8,7$ pour ceux ayant déjà suivi une formation vs $8,6$ chez les autres, $p = 0,852$).

Niveau 2 : capacité ressentie du soignant concernant la prise en charge d'un patient en crise suicidaire

La capacité ressentie était notée à $6,8 (\pm 1,8)$ sur 10 en moyenne avant la formation. Une augmentation significative était constatée juste après la formation ($8,1 \pm 1,2$ vs $6,8 \pm 1,8$, $p < 0,001$), et persistait à 1 mois ($8,1 \pm 1,1$ vs $6,8 \pm 1,8$, $p < 0,001$). L'impact de la formation était élevé avec un d de Cohen mesuré à $0,81$ à T1, maintenu à $0,74$ à T2.

Le sentiment de capacité était significativement différent d'une profession à l'autre à To (de $4,5 \pm 1,6$ pour les cadres de santé à $8,0 \pm 1,0$ pour les médecins, $p < 0,001$), persistait à T1 (de $7,4 \pm 0,9$ pour les cadres de santé à $8,8 \pm 0,8$ pour les médecins, $p = 0,007$) et avait tendance à se résorber à T2 (de $7,2 \pm 0,8$ pour les cadres de santé à $8,7 \pm 1,0$ pour les psychologues, $p = 0,079$).

Une amélioration significative du sentiment de capacité à T2 était montrée chez les infirmiers ($8,0 \pm 1,1$ vs $6,7 \pm 1,8$, $p < 0,001$). Une augmentation nette mais à la limite de la significativité était observée chez les psychologues ($8,7 \pm 1,0$ vs $7,1 \pm 0,9$, $p = 0,057$) et les cadres de santé ($7,2 \pm 0,8$ vs $4,5 \pm 1,6$, $p = 0,097$). Une amélioration plus faible et non significative était observée chez les médecins ($8,4 \pm 1,0$ vs $8,0 \pm 1,0$, $p = 0,234$) (**Tableau 5**).

Tableau 5 : Sentiment de capacité en fonction de la profession

	Cadres N = 7	Infirmiers N = 97	Médecins N = 22	Psychologues N = 13	P
Sentiment de capacité, m (sd)*					
To	4,5 (1,6)	6,7 (1,8)	8,0 (1,0)	7,1 (0,9)	<0,001
T1	7,4 (0,9)	8,0 (1,2)	8,8 (0,8)	8,3 (0,9)	0,007
T2	7,2 (0,8)	8,0 (1,1)	8,4 (1,0)	8,7 (1,0)	0,079
p [§]	0,097	<0,001	0,234	0,057	

* m (sd) : moyenne (écart-type)
[§] comparaison des scores à To et T2

Le sentiment de capacité différait en fonction de l'existence d'une formation antérieure ou non, et elle persistait aux 3 temps de mesure. Les participants déjà formés par le passé avaient un sentiment de confiance plus important que les autres ($7,6 \pm 1,4$ vs $6,4 \pm 1,8$ à To, $p = 0,001$; $8,5 \pm 0,8$ vs $7,9 \pm 1,2$ à T1, $p = 0,004$; et $8,5 \pm 0,8$ vs $7,9 \pm 1,5$ à T2, $p = 0,034$).

Une augmentation du sentiment de capacité à l'issue de la formation était observée, que le participant ait eu ou non une formation par le passé. Le sentiment de capacité des participants déjà formés augmentait de 0,9 point ($8,5 \pm 0,8$ à T2 vs $7,6 \pm 1,4$ à To, $p = 0,004$) et de 1,5 point chez les autres ($7,9 \pm 1,5$ à T2 vs $6,4 \pm 1,8$ à To, $p < 0,001$) (**Tableau 6**).

Tableau 6 : Sentiment de capacité en fonction de l'existence d'une formation antérieure

	Pas de formation antérieure N = 93	Formation antérieure N = 46	p
Sentiment de capacité, m (sd)*			
To	6,4 (1,8)	7,6 (1,4)	0,001
T1	7,9 (1,2)	8,5 (0,8)	0,004
T2	7,9 (1,5)	8,5 (0,8)	0,034
p [§]	<0,001	0,004	

* m (sd) : moyenne (écart-type)
[§] comparaison des scores à To et T2

Niveau 2 : compétences relationnelles du soignant concernant la prise en charge d'un patient en crise suicidaire (SIRI-2-VF)

Le score à la SIRI-2-VF était de $15,0 (\pm 4,2)$ sur 30 en moyenne avant la formation. Une augmentation significative était constatée juste après la formation ($17,5 \pm 3,5$ vs $15,0 \pm 4,2$, $p < 0,001$), et persistait à 1 mois ($17,0 \pm 4,0$ vs $15,0 \pm 4,2$, $p < 0,001$). L'impact de la formation était modéré avec un d de Cohen mesuré à 0,63 à T1, maintenu à 0,47 à T2.

Le score à la SIRI-2-VF était significativement différent d'une profession à l'autre à To (de $12,0 \pm 4,8$ pour les cadres à $17,0 \pm 5,3$ pour les médecins, $p = 0,011$) et se résorbait à T1 (de $16,7 \pm 6,1$ pour les cadres à $18,9 \pm 3,5$ pour les psychologues, $p = 0,262$) et à T2 (de $16,7 \pm 3,8$ pour les infirmiers à $17,9 \pm 5,3$ pour les médecins, $p = 0,839$).

Une amélioration significative du score SIRI-2-VF à T2 était relevée chez les infirmiers ($16,7 \pm 3,8$ vs $14,5 \pm 3,8$, $p = 0,004$). Une amélioration à la limite de la significativité était constatée chez les cadres ($17,4 \pm 4,2$ vs $12,0 \pm 4,8$, $p = 0,062$). En revanche, l'amélioration n'était pas significative dans les autres sous-groupes : les psychologues ($17,1 \pm 4,6$ vs $16,8 \pm 3,6$, $p = 0,219$) et les médecins ($17,9 \pm 5,3$ vs $17,0 \pm 5,3$, $p = 0,910$), probablement en raison de la faiblesse des effectifs de ces sous-groupes comparés aux infirmiers (respectivement 13, 7 et 22 individus) (**Tableau 7**).

Tableau 7 : Score SIRI-2-VF en fonction de la profession

	Cadres N = 7	Infirmiers N = 97	Médecins N = 22	Psychologues N = 13	P
SIRI-2-VF, m (sd)					
To	12,0 (4,8)	14,5 (3,8)	17,0 (5,3)	16,8 (3,6)	0,011
T1	16,7 (6,1)	17,2 (3,2)	18,3 (4,0)	18,9 (3,5)	0,262
T2	17,4 (4,2)	16,7 (3,8)	17,9 (5,3)	17,1 (4,6)	0,839
p [§]	0,062	0,004	0,910	0,219	

* m (sd) : moyenne (écart-type)
[§] comparaison des scores à To et T2

Le score à la SIRI-2-VF à To différait en fonction de l'existence d'une formation antérieure ou non ($16,6 \pm 4,1$ chez les formés vs $14,2 \pm 4,1$ chez les autres, $p = 0,002$). Cette différence ne persistait pas à T1 et T2 (respectivement $18,1 \pm 3,7$ vs $17,3 \pm 3,4$, $p = 0,215$ et $17,0 \pm 4,1$ vs $17,0 \pm 4,0$, $p = 0,933$).

Une augmentation du score à la SIRI-2-VF à l'issue de notre formation n'était observée que chez les participants n'ayant jamais été formés par le passé ($17,0 \pm 4,0$ à T2 vs $14,2 \pm 4,1$ à To, $p < 0,001$). Chez ceux ayant déjà bénéficié d'une formation, l'augmentation n'était pas significative ($17,0 \pm 4,1$ à T2 vs $16,6 \pm 4,1$ à To, $p = 0,641$ (**Tableau 8**)).

Tableau 8 : Score à la SIRI-2-VF en fonction de l'existence d'une formation antérieure

	Pas de formation antérieure N = 93	Formation antérieure N = 46	p
Sentiment de capacité, m (sd)*			
To	14,2 (4,1)	16,6 (4,1)	0,002
T1	17,3 (3,4)	18,1 (3,7)	0,215
T2	17,0 (4,0)	17,0 (4,1)	0,933
p [§]	<0,001	0,641	

* m (sd) : moyenne (écart-type)
[§] comparaison des scores à To et T2

Discussion des résultats

La formation FICS présente des résultats encourageants dans la mesure où elle satisfait les participants et permet d'améliorer nettement le sentiment de capacité et les compétences relationnelles des candidats.

Les analyses en sous-groupes ont permis de montrer que l'amélioration s'effectuait de façon variée en fonction de la profession avec une augmentation plus forte des scores chez les cadres de santé. L'augmentation du sentiment de capacité était plus faible chez les médecins, l'augmentation des compétences relationnelles était plus faible chez les psychologues, ces 2 groupes ayant les scores les plus élevés au début de la formation. L'absence de mise en évidence d'effet significatif dans les sous-groupes des cadres de santé, médecins et psychologues est probablement due à un effectif particulièrement faible dans chacune de ces catégories.

Les analyses en sous-groupes ont également permis de montrer que tous les participants, qu'ils aient bénéficié ou non d'une formation par le passé, amélioraient leur sentiment de capacité à gérer la crise suicidaire. En revanche, l'amélioration significative des compétences relationnelles n'était observée que chez ceux n'ayant jamais été formés par le passé.

Les analyses par service n'ont pas été réalisées du fait de la faible représentativité des effectifs de certains services.

En ce qui concerne les perspectives, une évaluation des niveaux 3 et 4 du modèle de Kirkpatrick est à envisager, ainsi qu'une évaluation de l'effet de la formation au-delà d'un mois.

Synthèse

Le programme de formation au risque suicidaire élaboré par le Groupement d'Etudes de Prévention du Suicide (GEPS) est décliné en 3 axes selon les rôles spécifiques de chaque intervenant : l'intervention de crise/crise suicidaire ; l'évaluation et l'orientation ; et le dispositif sentinelle.

Le module « intervention de crise/crise suicidaire » a été déployé pour la première fois sur l'ensemble du territoire des Hauts-de-France auprès des personnels hospitaliers des services de psychiatrie.

Huit sessions de formation ont été dispensées par les formateurs régionaux du GEPS de novembre 2019 à janvier 2020. Chaque session, réalisée au sein des établissements publics autorisés en psychiatrie, consistait en 2 jours consécutifs de formation pour des groupes de 15 à 21 participants.

Ainsi, 141 professionnels, répartis dans les 22 établissements de rattachement, parmi les 28 établissements contactés, ont bénéficié de cette formation. L'ensemble des professions ciblées a été représenté avec la présence de 17 praticiens hospitaliers, 6 assistants spécialistes, 13 psychologues, 97 infirmiers et 8 cadres de santé. Les services étaient les Centres d'Accueil de Crise (CAC : 21 participants), les Cellules d'Urgences Médico-Psychologiques (CUMP : 5), un service de recontact des suicidants (7), urgences générales (22), psychiatrie adulte (92), addictologie (5), psychiatrie infanto-juvénile (19).

Le retour des établissements concernant l'organisation et la qualité de la formation a été positif, avec notamment la demande de plusieurs d'entre eux de renouveler la formation au sein de leur établissement. Plusieurs demandes ont été faites concernant la transmission de numéro d'agrément de formation permettant le suivi qualité de besoin en formation des équipes et la délivrance d'une attestation de présence pour les participants.

Participants et formateurs ont globalement apprécié ce module et notamment la dynamique et la qualité des jeux de rôle. Les formateurs ont cependant noté l'hétérogénéité des connaissances cliniques préalables des participants sur la prise en charge des patients suicidants et ont parfois été mis en difficulté par la taille trop importante de certains groupes.

Une évaluation qualitative de ce module de formation a été réalisée selon le modèle de Kirkpatrick. Le niveau 1, relatif aux réactions des participants, correspondait à leur satisfaction vis-à-vis de la formation, notée sur 10. Le niveau 2, relatif aux apprentissages des participants était évalué au moyen de 2 indicateurs : une note sur 10 de confiance en leurs capacités professionnelles à gérer les crises suicidaires, et la note obtenue à la SIRI-2-VF (version française de la Suicide Intervention Response Inventory -2) évaluant les compétences relationnelles du répondant en cas de crise suicidaire.

La formation « Intervention de crise/crise suicidaire » présente des résultats encourageants dans la mesure où elle satisfait les participants et permet d'améliorer nettement le sentiment de capacité et les compétences relationnelles des candidats.

Les analyses en sous-groupes ont également permis de montrer que tous les participants, qu'ils aient bénéficié ou non d'une formation par le passé, amélioraient leur sentiment de capacité à gérer la crise suicidaire. En revanche, l'amélioration significative des compétences relationnelles n'était observée que chez ceux n'ayant jamais été formés par le passé.

Conclusion

Si le programme devait être poursuivi ou répliqué, il serait opportun de budgéter et d'établir des conventions de formation spécifiques entre chaque participant et le GEPS et de contacter de façon systématique les services de formation continue des établissements et des GHT. Ce programme de formation pourrait ainsi être éventuellement inclus dans les plans de formation anticipés dans les dossiers de certification HAS V2020. Il semble également nécessaire de rediscuter de façon collégiale les prérequis indispensables des participants selon le niveau de compétence clinique préalablement attendu et réécrire clairement la fiche descriptive de ce module de formation.

Enfin le nombre de participants par session pourrait également être reconsidéré selon les souhaits des formateurs régionaux d'avoir des groupes plus restreints et une superficie de salle de formation plus appropriée selon le nombre de participants.

De manière plus générale, plusieurs services ont fait part de la satisfaction des professionnels formés et manifesté leur souhait d'une reconduite du programme de formation au sein de leurs établissements.

Les perspectives du GEPS pour 2020/2021 concernant le module de formation 'intervention de crise suicidaire' sont de :

- évaluer le nombre de personnes qu'il reste à former dans la région des Hauts-de France,
- préciser et affiner les critères de sélection des participants : imposer une preuve des connaissances sur le suicide (formation préalable...) et un respect des pré-requis,
- en fonction des besoins, organiser des sessions complémentaires sur 2021.

Les perspectives du GEPS pour 2020/2021 concernant le programme national sont de mettre en place les modules Evaluation/orientation et Sentinelle. Les demandes pour la formation sentinelle sur le territoire des Hauts de France deviennent de plus en plus nombreuses.

Il est important de noter que la mise en place des formations 'Intervention' ne doit pas différer le déploiement des deux autres modules de formations pour 2021.

Annexe 1 : Fiche descriptive de formation Intervention de crise / crise suicidaire

FORMATION EN PRÉVENTION DU SUICIDE : MODULE INTERVENTION DE CRISE SUICIDAIRE

1. DE QUOI S'AGIT-IL ?

Formation développée par Monique Séguin et Nadia Chawky au Québec et déployée par le GEPS (Groupement d'Études et de Prévention du Suicide).

Dans la stratégie nationale française, les fonctions nécessaires à la prévention du suicide se distribuent en trois rôles impliquant des responsabilités distinctes: Le rôle de sentinelle pour le repérage et l'orientation; l'évaluateur/évaluatrice pour l'évaluation du risque suicidaire et l'orientation et l'intervenant.e de crise pour l'évaluation et l'intervention de crise.

Module intervention de crise suicidaire : effectuer des interventions de crise à l'aide d'approches cliniques efficaces reconnues et d'outils cliniques adaptés au contexte

2. LES FONCTIONS : À quoi cela sert ?

Objectifs : Transmission d'un cadre conceptuel et d'un langage communs, augmentation des compétences cliniques, contribution à mieux servir les besoins des personnes en souffrance, soit

- Définir les concepts-clés de la crise
- Comprendre le développement d'une crise tout en reconnaissant et en identifiant les différentes phases associées à ce processus
- Connaître les principes de base de la typologie de la crise
- Identifier les éléments essentiels d'une estimation clinique de la crise
- Décrire les principes de base, les opérations et les étapes de l'intervention de crise en fonction des concepts appris lors de la formation
- Avoir mis en pratique les modes d'intervention adaptés aux différentes phases d'un état de crise

À quoi cela ne sert pas ?

Ne concerne pas la formation des professionnels de santé ayant un rôle d'évaluation et d'orientation du patient présentant un risque suicidaire sans intention de passage à l'acte immédiat, ni du patient ayant des pensées suicidaires

3. À QUI CELA S'ADRESSE ?

Conditions d'accès au module :

- Être un.e intervenant.e de crise/ crise suicidaire; principalement infirmier.es, cadres de santé, psychologues, psychiatres, médecins urgentistes
- Travailler au sein de services d'urgence, les centres d'accueil et de crise, les CUMP, les centres d'accueil et d'orientation psychiatriques, services de psychiatrie juvéno-infantiles, dispositifs de recontact...

4. LES ORGANISMES ?

- L'ARS - Hauts de France
- Les formateurs nationaux et régionaux du GEPS
- La F2RSM Psy des Hauts de France
- Les EPSM, les Centres Hospitaliers, les cliniques privées

5. LES MODALITES ?

- Formation des intervenants de crise de 2 jours consécutifs
- 15 à 21 participants par session de formation

Annexe 2 : Questionnaire d'évaluation de la formation à TO

Étude d'évaluation de la formation *Intervention de crise suicidaire*

Questionnaire début de formation

À remettre au formateur après remplissage

|

Dans le cadre de l'évaluation de la formation *Intervention de crise suicidaire*, vous serez **interrogé(e) trois fois** : une fois juste avant votre formation, une fois juste après la formation, et une fois 1 mois après la formation.

L'évaluation de la formation est particulièrement importante afin que nous puissions juger de son efficacité dans l'immédiat mais aussi à moyen terme (d'où un rappel à 1 mois) et afin de pouvoir l'améliorer pour les sessions ultérieures. **Votre participation à chacun des temps de l'évaluation est donc primordiale.**

Remplir ce questionnaire ne vous prendra pas plus de 10 minutes.

Pseudonyme (à lire et remplir)

Ce questionnaire est totalement **anonyme**.

Afin que nous puissions relier vos réponses tout en garantissant votre anonymat, nous vous proposons d'employer un pseudonyme comme suit.

Veillez compléter votre pseudonyme à 7 lettres :

3 premières lettres du prénom de votre mère

(si cela n'est pas possible, indiquez « AAA ») :

3 premières lettres du prénom de votre père

(si cela n'est pas possible, indiquez « AAA ») :

Première lettre de votre ville de naissance

(si cela n'est pas possible, indiquez « X ») :

Avertissement et ressources (à lire)

Si vous vous sentez déstabilisé(e) ou en difficulté à l'issue du remplissage du présent questionnaire, n'hésitez pas à demander du soutien. Vous pouvez en parler à votre médecin généraliste, ou appeler la ligne d'astreinte de l'hôpital Fontan, CHU de Lille :

03 20 44 42 15

En cas d'urgence, vous pouvez appeler le SAMU-centre 15 en composant le 15.

En cas de question sur le protocole d'évaluation, vous pouvez contacter le Dr Marielle Wathelet à l'adresse suivante : watheletmarielle@gmail.com.

Partie 1

Vous êtes : Un homme
 Une femme

Vous êtes âgé(e) de : _____ ans

Vous êtes : Médecin
 Infirmier(e)
 Psychologue
 Cadre de santé
 Autre, précisez : _____

Vous exercez (plusieurs réponses possibles) : Psychiatrie adulte Addictologie
 Psychiatrie infanto-juvénile CUMP
 CAC, CPAA, Capi, UAU... Service de recontact
 Médecine (Urgences...)
 Autre, précisez : _____

Avez-vous déjà été formé(e) à l'intervention de crise suicidaire ?

Non
 Oui, précisez le type de formation : _____

Partie 2

Veuillez attribuer une note entre 0 (pas du tout d'accord) et 10 (tout à fait d'accord) à l'affirmation suivante (entourez la note choisie) :

Je me sens capable d'aider une personne en crise suicidaire

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Partie 3

Les échanges suivants ont été tirés d'extraits de consultations. Chaque échange commence par la phrase d'un patient, concernant un aspect de la situation à laquelle il/elle fait face. Cette phrase est suivie par deux réponses possibles faites par deux intervenants différents (Aidant A / Aidant B).

Vous devez **juger le caractère adapté ou inadapté de chaque réponse** aux énoncés du patient.

Dans la case à droite des réponses des intervenants, il faut **donner une note de -3 à +3**, selon la grille de notation

figurant ci-dessous :

	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Réponse	Très inadaptée	Inadaptée	Assez inadaptée	Ni adaptée ni inadaptée	Assez adaptée	Adaptée	Très adaptée

Efforcez-vous de **répondre à toutes les questions** et ne laissez pas de cases vides.

1. Patient : Et maintenant, ma santé se dégrade aussi. Sans mon mari présent pour prendre soin de moi, j'ai l'impression que c'est la fin du monde.

Aidant A *Essayez de ne pas trop vous inquiéter à ce propos. Tout va bien se passer.*

Aidant B *Vous devez vous sentir plutôt seule et avoir peur de ce qui pourrait se passer.*

	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Réponse	Très inadaptée	Inadaptée	Assez inadaptée	Ni adaptée ni inadaptée	Assez adaptée	Adaptée	Très adaptée

2. Patient : Personne ne peut comprendre la douleur que je traverse. Parfois je ressens un besoin de me faire mal, donc je me taille les poignets.

Aidant A *Il semble que vous souffrez tellement que vous tailler les poignets vous paraît être le seul moyen de faire partir la douleur.*

Aidant B *Mais vous êtes si jeune, vous avez tellement de raisons de vivre. Comment pouvez-vous penser à vous tuer ?*

3. Patient : Qui êtes-vous en fait ? Vous êtes médecin ? Comment pouvez-vous comprendre ce que j'ai traversé ? Vous avez probablement eu une vie plutôt facile.

Aidant A *Donc vous vous demandez si je suis capable de comprendre ce que vous ressentez ?*

Aidant B *Vous ne me laissez pas ma chance. J'ai eu une vie plutôt difficile aussi, vous n'êtes pas le/la seul(e) à avoir vécu des moments pénibles.*

4. Patient : J'ai vraiment besoin d'aide... c'est juste que... (la voix se brise. Silence)

Aidant A *Ça doit être difficile pour vous de parler de ce qui vous dérange.*

Aidant B *Allez, je suis là pour vous écouter parler.*

5. Patient : Comment pourriez-vous m'aider ? Avez-vous déjà eu l'envie de vous tuer ?

Aidant A *Il semble que vous êtes inquiet à propos de ma capacité à vous comprendre et à vous aider.*

Aidant B *Bien sûr, j'ai déjà pensé au suicide par moments. Mais j'ai toujours trouvé des solutions plus réalistes à mes problèmes.*

6. Patient : Je ne sais pas... Toute cette situation avec ma femme m'affecte tellement (sanglots). J'essaie si fort de ne pas pleurer...

Aidant A *Pensez-vous qu'être un homme est la raison pour laquelle il est vous est difficile de pleurer ?*

Aidant B *Avec toute cette douleur que vous ressentez, il doit être impossible de retenir vos larmes.*

7. Patient : Je ne sais pas pourquoi je vous appelle. Ma famille est à l'aise financièrement et mon mari passe beaucoup de temps avec moi, même s'il a fait une belle carrière dans le droit. Mes enfants vont bien. Ils obtiennent de bonnes notes à l'école et ils ont beaucoup d'activités sur leur temps libre avec leurs amis. Mais rien ne m'intéresse. La vie m'ennuie.

Aidant A *Vu tout ce qui va bien dans votre vie, vos problèmes ne peuvent pas être si sérieux. Essayez de vous concentrer sur les aspects positifs de votre situation.*

Aidant B *Donc même si tout à l'air d'aller bien en apparence, la vie vous semble déprimante, même s'il est difficile de dire pourquoi.*

8. Patient : Je suis si seul(e), si fatigué(e) (En pleurs). Je suis dans une impasse.

Aidant A *Vous semblez si seul(e), si malheureux(se). Avez-vous des idées suicidaires ?*

Aidant B *Allons, les choses ne peuvent pas être si mauvaises.*

	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Réponse	Très inadaptée	Inadaptée	Assez inadaptée	Ni adaptée ni inadaptée	Assez adaptée	Adaptée	Très adaptée

9. Patient : (Au téléphone). C'est difficile de parler ici, avec toutes ces personnes...

- Aidant A *Cela aiderait-il si je posais des questions ?*
- Aidant B *Pourquoi ne rappelez-vous pas à un autre moment, quand vous pourrez parler plus facilement ?*

10. Patient : Qu'en avez-vous à faire de moi de toute façon ?

- Aidant A *J'ai été formé(e) pour m'occuper des gens. C'est mon travail.*
- Aidant B *Je pense que votre mort serait un gâchis terrible et cela m'inquiète que les choses soient difficiles au point que vous pensiez au suicide. Vous avez besoin d'aide pour traverser cette période difficile.*

11. Patient : Je hais mon père ! Il ne m'a jamais montré d'amour, juste une indifférence totale.

- Aidant A *Vous devez être très en colère contre lui de n'avoir pas été là quand vous aviez le plus besoin de lui.*
- Aidant B *Vous ne devriez pas ressentir ça. Après tout, c'est votre père et il mérite du respect.*

12. Patient : Je ne crois pas que cela intéresse vraiment qui que ce soit que je sois vivant ou mort.

- Aidant A *Il semble que vous vous sentez plutôt seul.*
- Aidant B *Pourquoi pensez-vous que personne ne s'intéresse à vous ?*

13. Patient : J'ai essayé de voir un thérapeute une fois, ça n'a pas aidé... Rien de ce que je vais faire maintenant ne va changer les choses.

- Aidant A *Vous devez regarder le bon côté des choses ! Il doit bien y avoir quelque chose que vous pouvez faire pour améliorer la situation, n'est-ce pas ?*
- Aidant B *D'accord, vous vous sentez désespéré, et même un thérapeute n'a pas pu vous aider. Mais n'y a-t-il jamais eu auparavant quelqu'un pour vous aider ? Un ami, un proche, un prof, un religieux ?*

14. Patient : Je ne peux parler à personne de ma situation. Tout le monde est contre moi.

- Aidant A *Ce n'est pas vrai. Il y a probablement beaucoup de personnes qui tiennent à vous, si vous leur donnez une chance.*
- Aidant B *Ça doit être dur de trouver de l'aide lorsqu'il est difficile de faire confiance aux gens.*

15. Patient : (Voix inarticulée, pas claire au téléphone)

- Aidant A *Vous semblez fatigué. Pourquoi n'allez-vous pas dormir et vous rappellerez dans la matinée.*
- Aidant B *Vous paraissez somnolent. Avez-vous pris quelque chose ?*

Annexe 3 : Questionnaire d'évaluation de la formation à T1 et T2

Étude d'évaluation de la formation *Intervention de crise suicidaire* Questionnaire fin de formation

À remettre au formateur après remplissage (ne pas emmener)

Dans le cadre de l'évaluation de la formation *Intervention de crise suicidaire*, vous serez interrogé(e) **trois fois** : une fois juste avant votre formation, une fois juste après la formation, et une fois 1 mois après la formation.

L'évaluation de la formation est particulièrement importante afin que nous puissions juger de son efficacité dans l'immédiat mais aussi à moyen terme (d'où un rappel à 1 mois) et afin de pouvoir l'améliorer pour les sessions ultérieures. **Votre participation à chacun des temps de l'évaluation est donc primordiale.**

Remplir ce questionnaire ne vous prendra pas plus de 10 minutes.

Pseudonyme (à lire et remplir)

Ce questionnaire est totalement **anonyme**.

Afin que nous puissions relier vos réponses tout en garantissant votre anonymat, nous vous proposons d'employer un pseudonyme comme suit.

Veillez compléter votre pseudonyme à 7 lettres :

3 premières lettres du prénom de votre mère

(si cela n'est pas possible, indiquez « AAA ») :

3 premières lettres du prénom de votre père

(si cela n'est pas possible, indiquez « AAA ») :

Première lettre de votre ville de naissance

(si cela n'est pas possible, indiquez « X ») :

Avertissement et ressources (à lire)

Si vous vous sentez déstabilisé(e) ou en difficulté à l'issue du remplissage du présent questionnaire, n'hésitez pas à demander du soutien. Vous pouvez en parler à votre médecin généraliste, ou appeler la ligne d'astreinte de l'hôpital Fontan, CHU de Lille :

03 20 44 42 15

En cas d'urgence, vous pouvez appeler le SAMU-centre 15 en composant le 15.

En cas de question sur le protocole d'évaluation, vous pouvez contacter le Dr Marielle Wathelet à l'adresse suivante : watheletmarielle@gmail.com.

Partie 1

Vous êtes : Un homme Une femme

Vous êtes âgé(e) de : _____ ans

Vous êtes : Médecin
 Infirmier(e)
 Psychologue
 Cadre de santé
 Autre, précisez : _____

Vous exercez (plusieurs réponses possibles) : Psychiatrie adulte Addictologie
 Psychiatrie infanto-juvénile CUMP
 CAC, CPAA, Capi, UAU... Service de recontact
 Médecine (Urgences...)
 Autre, précisez : _____

Avez-vous déjà été formé(e) à l'intervention de crise suicidaire ?

Non
 Oui, précisez le type de formation : _____

Partie 2

Veillez attribuer une note entre 0 (pas du tout d'accord) et 10 (tout à fait d'accord) pour chacune des affirmations suivantes (entourez la note choisie) :

<i>Je me sens capable d'aider une personne en crise suicidaire</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Je suis satisfait(e) de la formation Intervention de crise suicidaire</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Partie 3

Les échanges suivants ont été tirés d'extraits de consultations. Chaque échange commence par la phrase d'un patient, concernant un aspect de la situation à laquelle il/elle fait face. Cette phrase est suivie par deux réponses possibles faites par deux intervenants différents (Aidant A / Aidant B).

Vous devez juger le caractère adapté ou inadapté de chaque réponse aux énoncés du patient.

Dans la case à droite des réponses des intervenants, il faut donner une note de -3 à +3, selon la grille de notation figurant ci-dessous :

	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Réponse	Très inadaptée	Inadaptée	Assez inadaptée	Ni adaptée ni inadaptée	Assez adaptée	Adaptée	Très adaptée

Efforcez-vous de répondre à toutes les questions et ne laissez pas de cases vides.

1. Patient : Et maintenant, ma santé se dégrade aussi. Sans mon mari présent pour prendre soin de moi, j'ai l'impression que c'est la fin du monde.

Aidant A *Essayez de ne pas trop vous inquiéter à ce propos. Tout va bien se passer.*

Aidant B *Vous devez vous sentir plutôt seule et avoir peur de ce qui pourrait se passer.*

	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Réponse	Très inadaptée	Inadaptée	Assez inadaptée	Ni adaptée ni inadaptée	Assez adaptée	Adaptée	Très adaptée

2. Patient : Personne ne peut comprendre la douleur que je traverse. Parfois je ressens un besoin de me faire mal, donc je me taille les poignets.

Aidant A *Il semble que vous souffrez tellement que vous tailler les poignets vous paraît être le seul moyen de faire partir la douleur.*

Aidant B *Mais vous êtes si jeune, vous avez tellement de raisons de vivre. Comment pouvez-vous penser à vous tuer ?*

3. Patient : Qui êtes-vous en fait ? Vous êtes médecin ? Comment pouvez-vous comprendre ce que j'ai traversé ? Vous avez probablement eu une vie plutôt facile.

Aidant A *Donc vous vous demandez si je suis capable de comprendre ce que vous ressentez ?*

Aidant B *Vous ne me laissez pas ma chance. J'ai eu une vie plutôt difficile aussi, vous n'êtes pas le/la seul(e) à avoir vécu des moments pénibles.*

4. Patient : J'ai vraiment besoin d'aide... c'est juste que... (la voix se brise. Silence)

Aidant A *Ça doit être difficile pour vous de parler de ce qui vous dérange.*

Aidant B *Allez, je suis là pour vous écouter parler.*

5. Patient : Comment pourriez-vous m'aider ? Avez-vous déjà eu l'envie de vous tuer ?

Aidant A *Il semble que vous êtes inquiet à propos de ma capacité à vous comprendre et à vous aider.*

Aidant B *Bien sûr, j'ai déjà pensé au suicide par moments. Mais j'ai toujours trouvé des solutions plus réalistes à mes problèmes.*

6. Patient : Je ne sais pas... Toute cette situation avec ma femme m'affecte tellement (sanglots). J'essaie si fort de ne pas pleurer...

Aidant A *Pensez-vous qu'être un homme est la raison pour laquelle il est vous est difficile de pleurer ?*

Aidant B *Avec toute cette douleur que vous ressentez, il doit être impossible de retenir vos larmes.*

7. Patient : Je ne sais pas pourquoi je vous appelle. Ma famille est à l'aise financièrement et mon mari passe beaucoup de temps avec moi, même s'il a fait une belle carrière dans le droit. Mes enfants vont bien. Ils obtiennent de bonnes notes à l'école et ils ont beaucoup d'activités sur leur temps libre avec leurs amis. Mais rien ne m'intéresse. La vie m'ennuie.

Aidant A *Vu tout ce qui va bien dans votre vie, vos problèmes ne peuvent pas être si sérieux. Essayez de vous concentrer sur les aspects positifs de votre situation.*

Aidant B *Donc même si tout à l'air d'aller bien en apparence, la vie vous semble déprimante, même s'il est difficile de dire pourquoi.*

8. Patient : Je suis si seul(e), si fatigué(e) (En pleurs). Je suis dans une impasse.

Aidant A *Vous semblez si seul(e), si malheureux(se). Avez-vous des idées suicidaires ?*

Aidant B *Allons, les choses ne peuvent pas être si mauvaises.*

	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Réponse	Très inadaptée	Inadaptée	Assez inadaptée	Ni adaptée ni inadaptée	Assez adaptée	Adaptée	Très adaptée

9. Patient : (Au téléphone). C'est difficile de parler ici, avec toutes ces personnes...

Aidant A *Cela aiderait-il si je posais des questions ?*

Aidant B *Pourquoi ne rappelez-vous pas à un autre moment, quand vous pourrez parler plus facilement ?*

10. Patient : Qu'en avez-vous à faire de moi de toute façon ?

Aidant A *J'ai été formé(e) pour m'occuper des gens. C'est mon travail.*

Aidant B *Je pense que votre mort serait un gâchis terrible et cela m'inquiète que les choses soient difficiles au point que vous pensiez au suicide. Vous avez besoin d'aide pour traverser cette période difficile.*

11. Patient : Je hais mon père ! Il ne m'a jamais montré d'amour, juste une indifférence totale.

Aidant A *Vous devez être très en colère contre lui de n'avoir pas été là quand vous aviez le plus besoin de lui.*

Aidant B *Vous ne devriez pas ressentir ça. Après tout, c'est votre père et il mérite du respect.*

12. Patient : Je ne crois pas que cela intéresse vraiment qui que ce soit que je sois vivant ou mort.

Aidant A *Il semble que vous vous sentez plutôt seul.*

Aidant B *Pourquoi pensez-vous que personne ne s'intéresse à vous ?*

13. Patient : J'ai essayé de voir un thérapeute une fois, ça n'a pas aidé... Rien de ce que je vais faire maintenant ne va changer les choses.

Aidant A *Vous devez regarder le bon côté des choses ! Il doit bien y avoir quelque chose que vous pouvez faire pour améliorer la situation, n'est-ce pas ?*

Aidant B *D'accord, vous vous sentez désespéré, et même un thérapeute n'a pas pu vous aider. Mais n'y a-t-il jamais eu auparavant quelqu'un pour vous aider ? Un ami, un proche, un prof, un religieux ?*

14. Patient : Je ne peux parler à personne de ma situation. Tout le monde est contre moi.

Aidant A *Ce n'est pas vrai. Il y a probablement beaucoup de personnes qui tiennent à vous, si vous leur donnez une chance.*

Aidant B *Ça doit être dur de trouver de l'aide lorsqu'il est difficile de faire confiance aux gens.*

15. Patient : (Voix inarticulée, pas claire au téléphone)

Aidant A *Vous semblez fatigué. Pourquoi n'allez-vous pas dormir et vous rappellerez dans la matinée.*

Aidant B *Vous paraissez somnolent. Avez-vous pris quelque chose ?*

Financé par l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France, un programme de formation à l'intervention de crise/crise suicidaire auprès de personnels hospitaliers spécialisés en psychiatrie a été déployé dans la région des Hauts-de-France de novembre 2019 à janvier 2020.

Huit sessions de formation ont été dispensées par les formateurs régionaux du GEPS au sein d'établissements publics autorisés en psychiatrie, et consistaient en 2 jours consécutifs de formation pour des groupes de 15 à 21 participants.

Ainsi, 141 professionnels de santé (praticiens hospitaliers, psychologues, infirmiers et cadres de santé), répartis dans 22 établissements de rattachement ont bénéficié de cette formation ; Les services couverts étant les Centres d'Accueil de Crise, les Cellules d'Urgences Médico-Psychologiques, service de recontact, urgences générales, psychiatrie adulte, addictologie, psychiatrie infanto-juvénile.

Une évaluation qualitative de ce module de formation a été réalisée par la F2RSMP Psy selon le modèle de Kirkpatrick et en évaluant notamment les compétences relationnelles des soignants en cas de crise suicidaire via la version française de la Suicide Intervention Response Inventory -2.

La formation 'Intervention de crise/crise suicidaire' présente des résultats encourageants dans la mesure où elle satisfait les participants et permet d'améliorer nettement le sentiment de capacité et les compétences relationnelles des candidats.

