



HAL
open science

Les dispositifs d'aide à distance : lignes de force de la prévention du suicide en France

C.-E. Notredame, R. Jorioz, M. Wathelet, C. Mannoni, P. Grandgenèvre, C. Debien, N. Pauwels, F. Ducrocq, E. Leaune, M. Morgiève, et al.

► To cite this version:

C.-E. Notredame, R. Jorioz, M. Wathelet, C. Mannoni, P. Grandgenèvre, et al.. Les dispositifs d'aide à distance : lignes de force de la prévention du suicide en France. La Presse Médicale Formation, 2022, 3 (4), pp.345-350. 10.1016/j.lpmfor.2022.07.010 . hal-03911416

HAL Id: hal-03911416

<https://hal.science/hal-03911416>

Submitted on 16 Jan 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Les dispositifs d'aide à distance : lignes de force de la prévention du suicide en France

C-E. Notredame^{1,2,3}, R Joriz¹, C. Mannoni⁴, M. Wathelet^{1,2,4}, P. Grandgenèvre^{1,2,3}, C. Debien^{1,3}, N. Pauwels⁴, F. Ducrocq^{1,3}, E. Leaune^{3,5}, M. Morgiève^{3,6}, P. Thomas^{1,2}, G. Vaiva^{1,2,3,7}

¹ CHU Lille, pôle de Psychiatrie, Médecine Légale et Médecine en Milieu Pénitentiaire, F-59000 Lille, France

² PSY Lab, Lille Neuroscience & Cognition, INSERM U1172, Université de Lille, F-59000 France

³ Groupement d'Étude et de Prévention du Suicide, F-86280 Saint-Benoît, France

⁴ Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts-de-France, F-59350 St-André, France

⁵ Centre de Prévention du Suicide, Centre Hospitalier le Vinatier, F-69500 Bron, France

⁶ CERMES3, CNRS, INSERM, Université de Paris, F-75006 Paris, France

⁷ Centre National de Ressources et Résilience pour les psychotraumatismes (Cn2r), F-75000 Paris and F-59000 Lille, France

Catégorie d'article : mise au point

Nombre de caractères : 18 575

Auteur correspondant :

Dr Charles-Edouard Notredame,
Hôpital Fontan, 2 rue André Verhaeghe, 59000 Lille, France
Email : charles-edouard.notredame@chru-lille.fr.
Téléphone : 03 20 44 6747

Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts.

Cet article n'a pas fait l'objet de financement particulier.

Introduction

Presque aussi anciens que la téléphonie elle-même, les dispositifs d'aide à distance figurent parmi les modalités de prévention du suicide les plus anciens [1]. Du fait de leur très grande hétérogénéité et des difficultés méthodologiques qu'il y a à les étudier, la littérature internationale peine encore à dégager un corpus de preuves convergent pour étayer leur efficacité sur les taux de conduites suicidaires [2]. En revanche, leur intérêt individuel en termes de lutte contre l'isolement, d'apaisement, de réduction des idées suicidaires et d'orientation vers les soins est davantage étayé [2,3]. Aussi, les dispositifs d'aide à distance sont recommandés comme l'une des pierres angulaires des stratégies nationales de prévention [4,5], notamment afin de potentialiser les actions de communication et de promotion de l'accès à l'aide.

Or, depuis deux ans, l'aide à distance a justement pris une place de premier rang dans le champ de la santé mentale en général et plus particulièrement de la prévention du suicide. Deux événements permettent de l'expliquer. D'une part, l'épidémie de Covid-19 et son sillage de détresse psychique ont vu se mobiliser de nombreux acteurs associatifs et sanitaires, donnant lieu à une multiplication de dispositifs téléphoniques locaux, départementaux et régionaux. En parallèle, le ministère des Solidarités et de la Santé a confié aux cellules d'urgence médico-psychologiques le pilotage d'une ligne nationale animée par un regroupement d'associations [6]. D'autre part, la France a franchi depuis le 1^{er} octobre 2021 une étape décisive en se dotant pour la première fois d'un numéro national professionnel de prévention du suicide. Du point de vue de la santé publique, le lancement du 3114 donne lieu à une évolution du paysage de l'aide psychologique et sociale à distance. Afin de mieux penser les articulations et les complémentarités, il invite notamment à un travail de revalorisation et de clarification des rôles, positions et objectifs des dispositifs déjà en place, en même temps que d'opérationnalisation des coopérations entre ces dispositifs et le 3114.

À l'appui de cette perspective, nous proposons dans cet article un rapide panorama du champ de la prévention du suicide par l'aide à distance en France, en retraçant les lignes de force historiques, en tâchant d'en délimiter une typologie et en ouvrant sur les perspectives de devenir de ce champ.

Les services de prévention et d'aide à distance en santé

Quelques repères historiques

Pour l'aide à distance européenne et française, la prévention du suicide représente un *primum movens*. En 1953, le révérend Edward Chad Varah, prêtre anglican ému par le suicide d'une adolescente dont il avait organisé les funérailles, fonde en Grande-Bretagne les *Samaritans*, le tout premier service bénévole d'écoute dédié à la souffrance psychique et à la lutte contre la solitude [7]. Quelques années plus tard, en France, l'association *SOS Amitié* lui emboîte le pas, amorçant le développement massif des services dits de « téléphonie sociale ». Initialement nourri de militantisme solidaire, ce mouvement a d'abord été exclusivement porté par le monde associatif avant d'être investi par les services de l'État [8]. Il s'est alors accompagné d'une large diversification de nature et d'objet aboutissant à ce que le champ de l'aide à distance conquiert de nombreux territoires de la santé publique, bien au-delà de la seule prévention du suicide.

Structuration de l'aide à distance en France

À ce jour plusieurs plus de nombreux service d'aide à distance existent aux échelons local et national. Leur typologie est complexe, mouvante et s'appuie sur des critères multiples tels que [7–9] :

- l'objet exact du dispositif, souvent traité selon un abord populationnel (ex. jeunes, femmes victimes de violence, etc.) ou thématique (solitude, prévention du suicide, postvention, etc.)
- le profil des personnes qui assurent la réponse au public : bénévoles, professionnels ou équipes mixtes
- le statut juridique du dispositif : le plus souvent, association ou groupement d'intérêt public
- les modalités de financement : financements d'État ou organisme indépendant
- le type d'actions menés : accompagnement, prévention, postvention, soins, formations, etc.
- le périmètre géographique : infra-départemental, départemental, régional ou national

Depuis le début des années 2000 des initiatives successives ont été entreprise afin de structurer ce foisonnement de dispositifs, en particulier dans le champ de la prévention du suicide. Structuration par l'auto-organisation d'abord, lorsque plusieurs associations se sont fédérées en 1996 en une Union Nationale de Prévention du Suicide (UNPS) afin de renforcer

le maillage territorial et de porter une voix commune auprès des pouvoirs publics. À ce jour, l'UNPS compte près d'une quarantaine de membres [10], dont trois lignes nationales œuvrant directement pour la prévention du suicide : *SOS Amitiés*, *Suicide Écoute* et *SOS Suicide Phénix*. Structuration par la régulation d'État ensuite, lorsque la Direction Générale de la Santé (DGS) a confié à Santé Publique France (SPF) le financement et le pilotage de 16 associations d'aide à distance, dont 5 participent directement ou significativement à la prévention du suicide¹. Ce pilotage a donné lieu à une réorganisation collaborative des dispositifs d'aide à distance passant notamment par l'homogénéisation et la généralisation des modalités d'évaluation, l'harmonisation d'une partie des formations, la mise en place d'un processus de labellisation et la modernisation des outils de recueil de données et d'orientation [8]. Par ailleurs cette consolidation méthodologique s'est accompagnée d'une évolution conceptuelle, les lignes de « téléphonie sociale » devenant successivement « ligne de téléphonie en santé » puis « dispositifs de prévention et d'aide à distance en santé » (PADS) afin de prendre en compte leur adossement quasi-systématique à un site internet d'information et de ressources [8].

Valeurs et principes d'action

D'une façon générale, les PADS œuvrant pour la prévention du suicide proposent un accueil, une écoute et un accompagnement pour les personnes en souffrance et leurs proches. Leur particularité tient à ce qu'ils s'appuient sur un référentiel valoriel et éthique fort pour mener à bien leurs missions [11]. Héritage de leurs racines socio-historiques et infléchi par le large recours au bénévolat, ce référentiel constitue une véritable colonne vertébrale identitaire (il participe à définir les PADS *en tant que* PADS) et pragmatique (il guide leur pratique et leurs actions). Souvent formalisées par de chartes que les bénévoles ont à signer au moment de s'engager (ex. [12]), il s'articule autour de principes-pivot :

- l'anonymat, qui porte autant sur l'appelant que le bénévole, et qui n'est levé que pour porter assistance en cas de danger imminent ;
- la non-directivité, conçue comme la condition de la juste position de l'écoutant et le moyen de respecter voire de restituer son autonomie à l'appelant. Ce principe de non-directivité se concrétise par l'adoption de la pratique de « l'écoute active » ;
- l'absence de jugement, et la résistance à toute influence professionnelle, philosophique, morale ou politique.

¹ *SOS Amitié*, *SOS Suicide Phénix*, *PHARE Enfants-Parents*, *Suicide Écoute*, *Fil Santé Jeunes* et *la ligne Azur*

Bien que recommandant un renforcement de l'évaluation des pratiques d'écoute et des meilleurs liens avec les circuits de prise en charge, le Haut Conseil de Santé Publique a souligné l'intérêt social des PADS et leur rôle de levier pour l'orientation des personnes en détresse [4]. De fait, les écoutants des 16 dispositifs pilotés par SPF a reçu près d'un million d'appels en 2017 [13]. En 2014, *SOS Amitié* avait quant à elle répondu à plus de 681 600 appels, dont 2,2 % avaient directement trait au suicide [8].

Les dispositifs professionnels de prévention du suicide à distance

VigilanS

Maturée à la faveur de plusieurs protocoles de recherche-action successifs [14], la mise en place du dispositif VigilanS en 2014 a marqué, en France, l'entrée de la prévention du suicide à distance dans le champ professionnel. Inspiré d'expériences pionnières marquantes [15,16] et appuyé sur un corpus empirique fort [17,18], VigilanS s'inscrit dans la lignée des dispositifs de recontact bref qu'il double d'une dimension de veille. Comme d'autres dispositifs loco-régionaux (voir, par ex. [19]), il vise à prévenir la réitération suicidaire (prévention dite « ciblée ») en combinant de façon algorithmique différentes modalités d'action [20].

De façon schématique, tout patient sortant d'un centre d'inclusion VigilanS (urgences hospitalières ou service de soins) se voit remettre une carte-ressource sur laquelle figure un numéro de téléphone joignable en journée les jours de semaine. Il reçoit par ailleurs une fiche d'information lui rappelant le déroulement de la veille ainsi que ses droits. En cas de difficulté, il peut alors trouver assistance auprès d'une équipe de professionnels, infirmiers et psychologues sous supervision médicale, formée à l'intervention de crise téléphonique. Dans le cas où la tentative de suicide ayant motivé l'inclusion n'était pas la première, un appel proactif systématique est organisé entre J10 et J20 afin de prendre des nouvelles du patient. Si ce dernier reste injoignable, ou si un surcroît de sollicitude est jugé nécessaire, une carte postale personnalisée lui est envoyée chaque mois pendant quatre mois. En parallèle, l'équipe VigilanS assure un travail de mobilisation de l'entourage personnel et professionnel de la personne afin de tisser autour d'elle un réseau de veille actif.

Placée sous la coordination d'une mission d'appui basée au CHU de Lille, la généralisation de VigilanS sur l'ensemble du territoire national a été inscrite dans la feuille de route de la Santé Mentale et de la Psychiatrie 2021 du ministère des Solidarités et de la Santé [21], puis réaffirmée à l'occasion du Ségur de la Santé. Elle devrait être effective d'ici la fin 2022. Depuis son lancement, près de 110 000 personnes ont d'ores et déjà bénéficié du

dispositif, avec des premiers résultats concluants. Une étude de cohorte historique comparant 3 068 suicidants inclus dans Vigilans à 3 694 suicidants contrôles retrouvait ainsi un risque de réitération suicidaire divisé par presque 5 dans le premier groupe [22]. De façon concordante, dans le Nord – Pas-de-Calais, les trois années qui ont suivi la mise en place de Vigilans ont également connu une baisse de mortalité par suicide de près de 10% en comparaison des trois années antérieures [23].

Le 3114, numéro national de prévention du suicide

En 2016, le Haut Conseil de Santé Publique, dans son évaluation du plan d'action contre le suicide 2011-2014, faisait écho aux aspirations de plusieurs experts et acteurs de la prévention en recommandant la mise en place d'une ligne téléphonique professionnelle dédiée, aux côtés des PADS [4]. Préfigurée dans une instruction de 2019 de la DGS relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide, cette mise en place a finalement été accélérée à la faveur de l'épidémie de Covid-19. Après appel à projet sur cahier des charges, elle a été confiée en février 2022 au CHU de Lille, qui s'est associé à plusieurs partenaires pour se constituer en « Pôle national ».

Le déploiement du « Numéro national de prévention du suicide » (2NPS), rapidement devenu « 3114 », a été conçu selon un modèle décentralisé à travers l'implantation de centres régionaux (CR) sur l'ensemble du territoire, outre-mer compris. Sa structuration a d'emblée été organisée autour d'une double valence :

1. Un service de recours à distance destiné aux personnes en détresse, inquiètes pour un proche, et aux professionnels. L'objectif est de couvrir l'ensemble du spectre du processus suicidaire, depuis l'émergence des premières idées jusqu'au risque imminent de passage à l'acte en passant par la postvention individuelle. Comme pour Vigilans, ce service est assuré par des infirmiers et psychologues spécialement formés, alors qualifiés de « répondants ». Gratuitement accessible 24h/24, 7j/7 en tout point du territoire, le 3114 vise à offrir à tout appelant un accueil soucieux de la qualité du lien relationnel, une évaluation stratégique articulée autour de l'urgence suicidaire, une intervention proportionnée (conseil, information, désescalade émotionnelle, envoi de secours) et une orientation adaptée aux besoins vers les services sanitaires, médico-sociaux, sociaux ou associatifs pertinents.
2. Un acteur territorial au service de la prévention du suicide. Incarnée par le médecin responsable, un chargé de réseau et un assistant de service social, chaque CR dispose d'une mission propre d'ancrage à l'écosystème loco-régional de la prévention du

suicide, d'articulation aux actions et dispositifs déjà déployés, de stimulation et d'intégration dans le cadre des stratégies régionales pilotées par les ARS. Une attention particulière est portée à l'accessibilité du 3114, notamment aux personnes porteuses d'un handicap, ainsi qu'à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Depuis son ouverture le 1^{er} octobre 2021, le nombre d'appels quotidiens au 3114 a connu une croissance quasi-constante (voir **Figure 1**). Au jour de la soumission du présent article, ce sont près de 85.000 personnes qui ont appelé le 3114, avec un taux de décroché de plus de 70%.

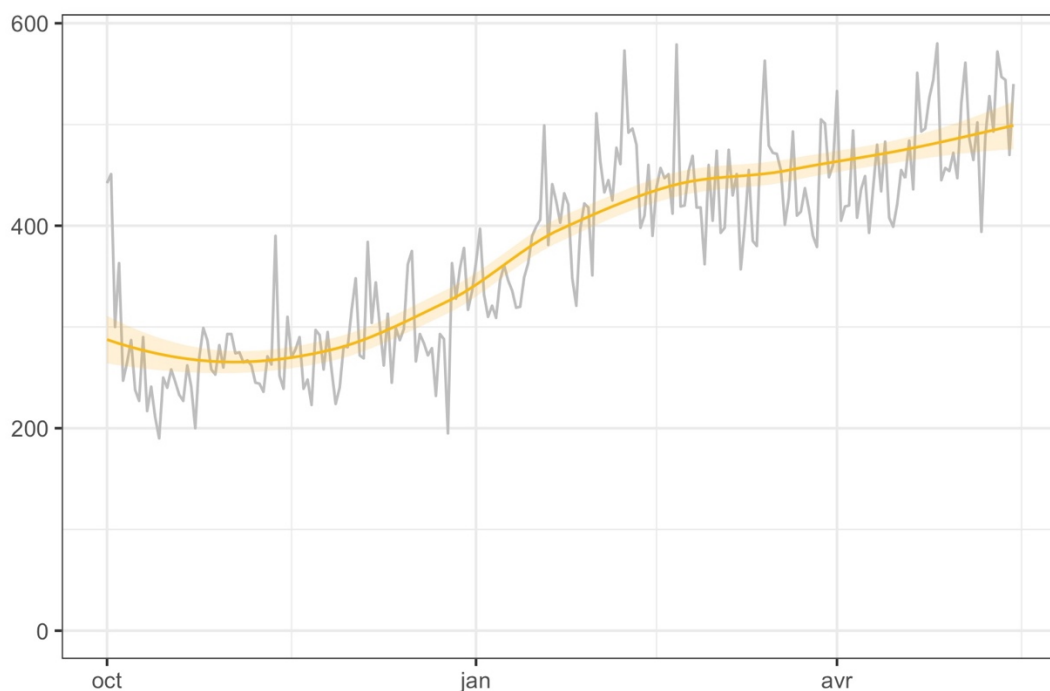


Figure 1. Évolution du nombre moyen d'appels reçus au 3114 depuis son ouverture, le 1^{er} octobre 2021. La ligne jaune représente un lissage de la courbe par régression polynomiale locale. Elle est accompagnée de son erreur-type (ombre jaune).

Valeurs et principes d'action

Contrairement aux PADS, les dispositifs professionnels de prévention du suicide à distance français sont encore jeunes. Si leur assise scientifique empirique et théorique est solide, leur identité, leur cadre éthique et déontologique et leurs principes d'action sont en cours de maturation. Des lignes de force, qui traversent à la fois Vigilans et le 3114, se dégagent néanmoins :

- La confidentialité des échanges plutôt que l'anonymat. Dans le cadre de Vigilans, ce dernier est rendu impossible par le processus d'inclusion. Dans le cadre du 3114, les répondants s'efforcent de le lever afin de gagner en efficacité d'évaluation et en latitude

d'intervention au bénéfice de la prévention. Dans un cas comme dans l'autre, le principe de confidentialité s'inscrit dans le cadre déontologique plus large du secret médical auquel sont rompus les soignants.

- La proactivité, conçue comme une réponse aux difficultés de demande d'aide des personnes en détresse psychique. Mise en balance par le principe de non-intrusion, cette proactivité se traduit par une propension à aller au-devant des personnes, à intervenir auprès d'elle de façon d'autant plus directive qu'elles sont en danger et à leur porter assistance.
- L'attention à la qualité relationnelle et du lien avec l'appelant. Le substrat éthique est celui de l'inquiétude comme une aiguillon à ne pas rester indifférent ou inerte face à la détresse, dans une dynamique de souci de l'autre [24].

Évolution des dispositifs d'aide et de prévention à distance : l'aire du numérique

En France, 77% de la population sont équipés d'un smartphone [25], 93% sont usagers réguliers d'internet et 80,3% disposent d'un compte sur les réseaux sociaux [26]. La transformation numérique de la société et la reconfiguration des interactions sociale qui l'accompagne ont entraîné dans leur mouvement une évolution des modalités d'aide à distance. En effet, si les espaces sociaux digitaux viennent avec leur cortège de risques nouveaux ou augmentés, ils offrent également des leviers inédits pour surmonter les barrières traditionnelles de la recherche d'aide : omniaccessibilité spatiale et temporelle, gratuité, anonymat, immatérialité ou encore impression de contrôle des interactions [27,28].

Capitalisant sur ces leviers, plusieurs PADS ont développé un espace tchat où les bénévoles et intervenants peuvent interagir en ligne avec les personnes qui les sollicitent. D'autres ont opté pour immersion encore plus complète dans l'écosystème numérique de leur public. C'est par exemple le cas de *Fil Santé Jeunes* qui a noué un partenariat avec le jeu vidéo *Habbo* pour proposer un espace d'échange de proximité sous la forme d'un bus virtuel [29]. Dans la même perspective, mais davantage dans le champ de la prévention professionnelle à distance, le CHU de Lille porte un projet de mise à disposition d'une équipe de web-cliniciens (infirmiers et psychologues) joignable directement depuis les réseaux sociaux par les adolescents et jeunes adultes en détresse. Baptisé Elios, ce projet est fondé sur le postulat selon lequel il est aujourd'hui plus facile pour les jeunes en souffrance d'établir un premier contact avec des ressources d'aide en passant par les réseaux sociaux que par téléphone ou en prenant un rendez-vous en personne [28]. En s'appuyant sur un système numérique spécialement développé, le dispositif aura vocation à fonctionner comme un portail digital dynamique vers

les soins de santé mentale. Initialement implémenté dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé, Elios pourrait être généralisé, en cas d'efficacité prouvée, comme un dispositif de prévention universelle.

Conclusions

Ancrée de longue date dans la prévention du suicide française, l'aide à distance connaît depuis moins de 10 ans une accélération de son développement et de sa diversification. Depuis la mise en place de Vigilans et du 3114, c'est une structuration autour de deux modalités de cette aide qui s'organise, l'une associative, l'autre professionnelle. Si chacune de ces modalités dispose de caractéristiques, de valeurs et de principe d'action qui font leur identité et guide leur action (voir **Tableau I**), il reste à dégager les conditions de leur mise en synergie et de leur articulation. La multiplicité des déterminants des conduites suicidaires et la variété des expressions et besoins en lien avec la souffrance psychique plaide pour la préservation de la richesse de l'écosystème de l'aide à distance. Cette richesse pose néanmoins des défis d'ampleur pour soutenir une prévention du suicide stratégique, opérante et coordonnée : comment offrir à la population une lisibilité suffisante du panel des offres disponibles ? Comment se saisir pleinement et de façon collaborative des possibilités nouvelles qu'offrent le numérique ? Quelles articulations avec les soins et les associations n'agissant pas directement dans le champ de la prévention du suicide ? Enfin, et surtout, comme l'aide à distance peut-elle se mettre au service d'une perspective globale de prévention du suicide en soutenant l'ensemble des autres actions et dispositifs qui la constituent ?

Tableau I. Comparaison des principales caractéristiques des dispositifs de prévention du suicide et d'aide à distance en santé et des dispositifs professionnels de prévention du suicide à distance.

	Dispositifs de prévention et d'aide à distance en santé	Dispositifs professionnels de prévention du suicide à distance
Portage	Associations ou groupements d'intérêt public	Établissements de santé
Périmètre d'action	Local, régional ou national avec des antennes territoriales	National avec des antennes territoriales
Qualité des personnes assurant le service	Principalement des bénévoles. Plus rarement des professionnels ou des équipes mixtes	Des professionnels soignants, infirmier et psychologues, sous responsabilité d'un médecin psychiatre
Valeurs et principes prévalents	<ul style="list-style-type: none"> - Anonymat - Non-directivité - Non-jugement et neutralité 	<ul style="list-style-type: none"> - Confidentialité - Pro-activité - Inquiétude et souci de l'autre

Références

- [1] Shneidman ES, Farberow NL. Clues to suicide. vol. 56981. McGraw-Hill Companies; 1957.
- [2] Hoffberg AS, Spitzer E, Mackelprang JL, Farro SA, Brenner LA. Suicidal Self-Directed Violence Among Homeless US Veterans: A Systematic Review. *Suicide Life Threat Behav* 2018;48:481–98. <https://doi.org/10.1111/sltb.12369>.
- [3] Gould MS, Cross W, Pisani AR, Munfakh JL, Kleinman M. Impact of Applied Suicide Intervention Skills Training on the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide Life Threat Behav* 2013;43:676–91. <https://doi.org/10.1111/sltb.12049>.
- [4] Haut Conseil de la santé publique. Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. Paris: 2016.
- [5] World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization; 2014.
- [6] Gillaizeau I, Chareyre L, Brasseur P. Le dispositif national d'écoute téléphonique dans le cadre de l'épidémie de COVID-19: *Rhizome* 2021;N° 79:14–14. <https://doi.org/10.3917/rhiz.079.0014>.
- [7] Chareyre L, Smadja O. De la téléphonie santé aux forums sur le Net : cinquante ans d'évolution de l'aide à distance en santé. *La santé de l'homme* 2012;3.
- [8] Observatoire National du Suicide. Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2015.
- [9] IGAS (Inspection générale des affaires sociales). La téléphonie sociale entre information et écoute du public. Paris: Inspection générale des affaires sociales; 1999.
- [10] Union Nationale de Prévention du Suicide. Les membres adhérents. Union Nationale de Prévention du Suicide Prévenir ensemble et partout n.d. https://www.unps.fr/les-membres-adherents-_r_8.html.
- [11] Huët R. De si violentes fatigues. Les devenirs politiques de l'épuisement quotidien. Presses Universitaires de France. Paris: 2021.
- [12] SOS Amitié. Charte des bénévoles de SOS Amitié n.d.
- [13] Santé Publique France. Aide à distance en santé: l'offre de service 2019. <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/aide-a-distance-en-sante-l-offre-de-service>.
- [14] Vaiva G, Walter M, Al Arab AS, Courtet P, Bellivier F, Demarty AL, et al. ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry* 2011;11:1.
- [15] Motto JA, Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services* 2001;52:828–33.
- [16] Carter GL, Clover K, Whyte IM, Dawson AH, Este CD. Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *BMJ* 2005;331:805. <https://doi.org/10.1136/bmj.38579.455266.E0>.
- [17] Milner AJ, Carter G, Pirkis J, Robinson J, Spittal MJ. Letters, green cards, telephone calls and postcards: systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *The British Journal of Psychiatry*

2015;206:184–90.

- [18] Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Sugimoto T, Furuno T, et al. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2015;175:66–78. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.048>.
- [19] Notredame C-E, Medjkane F, Porte A, Desobry O, Ligier F. Pertinence et expérience des dispositifs de veille et de recontact dans la prévention suicidaire auprès des enfants et des adolescents. *L'Encephale* 2019;45:S32–4. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.10.007>.
- [20] Duhem S, Berrouiguet S, Debien C, Ducrocq F, Demarty AL, Messiah A, et al. Combining brief contact interventions (BCI) into a decision-making algorithm to reduce suicide reattempt: the Vigilans study protocol. *BMJ Open* 2018;8:e022762. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022762>.
- [21] Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie. Feuille de route - Santé mentale et psychiatrie. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018.
- [22] Plancke L, Amariei A, Danel T, Debien C, Duhem S, Notredame C-E, et al. Effectiveness of a French Program to Prevent Suicide Reattempt (Vigilans). *Archives of Suicide Research* 2020;1–12. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1735596>.
- [23] Duhem S, Dambry S, Marchand E, Creton A, Debien C, Hedouin V, et al. Premières analyses de mortalité par suicide en Nord-Pas-de-Calais depuis l'implantation de Vigilans. *L'Encéphale* 2019;45:S38–41. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.09.008>.
- [24] Walter M, Jousset D, Traisnel C, Berrouiguet S, Lemey C. Les racines philosophiques du « rester en lien »: la clinique du souci. *L'Encéphale* 2019;45:S3–6. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.10.006>.
- [25] Institut National de la Statistique et des Études Économiques. 94 % des 15-29 ans ont un smartphone en 2021 2022.
- [26] We are social, Hootsuite. Digital 2022: another year of bumper growth 2022. <https://wearesocial.com/uk/blog/2022/01/digital-2022-another-year-of-bumper-growth-2/> (accessed May 15, 2022).
- [27] Notredame C-E, Grandgenèvre P, Pauwels N, Morgiève M, Wathelet M, Vaiva G, et al. Leveraging the Web and Social Media to Promote Access to Care Among Suicidal Individuals. *Front Psychol* 2018;9:1338. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01338>.
- [28] Lille C. Prendre soin des jeunes suicidaires jusque sur les réseaux sociaux : le projet Elios. *Information psychiatrique* 2020;96:9.
- [29] Fil Santé Jeunes. Fil Santé Jeunes sur Habbo. Fil Santé Jeunes Santé, Sexualité, Amour, Mal-Être 2021.