

Bilan

Programme national d'actions contre le suicide 2011 - 2014

juin 2015
Direction générale de la santé



Préambule

En 2011, 11 400 décès par suicide environ ont été enregistrés en France métropolitaine. Globalement, les taux de décès par suicide ont tendance à diminuer dans le temps : les taux standardisés ont diminué de 14 % entre 2000 et 2010. Les taux diminuent pour toutes les classes d'âge à l'exception des 45-54 ans et des 55-64 ans. Le nombre de décès et le taux de décès standardisés par âge sont nettement plus élevés chez les hommes que chez les femmes : respectivement 27,7 et 8,1 pour 100 000 habitants, soit un taux trois fois supérieur chez les hommes. Le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge, et un tiers de celles et ceux qui se suicident ont plus de 60 ans. En revanche, la part par suicide dans la mortalité générale est nettement plus élevée chez les jeunes : entre 15 et 24 ans, le suicide représente 16% du total des décès et constitue la seconde cause de décès après les accidents de la circulation. Les inégalités sociales face au suicide mises en évidence par les sociologues s'accompagnent d'importantes inégalités régionales. Les taux de décès par suicide sont particulièrement élevés en Bretagne, Basse-Normandie, Nord-Pas-de-Calais et Champagne-Ardenne. Les régions Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes et Alsace enregistrent au contraire les plus bas taux de décès par suicide.

Par ailleurs, chaque année, environ 70 000 personnes sont hospitalisées pour tentatives de suicide cumulant environ 90 000 séjours hospitaliers, dont 65% de séjours féminins. Ce sont les jeunes filles de 15 à 19 ans qui représentent les taux d'hospitalisations les plus élevés (43 pour 10 000 par an). On estime par ailleurs qu'entre 175 000 et 200 000 tentatives de suicide sont prises en charge par les urgences hospitalières¹.

Responsable, en France, d'une mort toutes les cinquante minutes et cause d'un décès sur cinquante, chaque suicide est un drame humain, une tragédie pour l'entourage proche dont les répercussions impactent de multiples champs de notre société. C'est également un enjeu majeur de santé publique auquel doit répondre une politique volontariste. C'est pourquoi, le suicide est reconnu depuis la fin des années 90 comme une priorité de santé publique.

Le programme national d'actions 2011-2014 contre le suicide s'inscrit dans cette continuité. Engagé en 2011, à l'issue d'une large concertation, il s'est attaché, grâce à une forte dimension interministérielle (santé, justice, travail, éducation nationale, enseignement supérieur et recherche, agriculture), à mettre en œuvre une stratégie d'intervention globale allant de la prévention à la postvention, et à mobiliser une prise en charge adaptée. Ce programme, qui met l'accent sur une politique de prévention active s'est ainsi pleinement inscrit dans les orientations de la stratégie nationale de santé lancée par le gouvernement en 2013.

En écho, l'Organisation mondiale de la santé, dans son rapport « Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial » publié en 2014, élève la prévention du suicide au rang des priorités de santé publique et promeut la mise en place d'une stratégie d'intervention adossée à une « approche multisectorielle et globale du suicide impliquant toutes les parties prenantes et tous les secteurs concernés ».

La réponse à un tel enjeu de santé publique s'inscrit nécessairement dans la durée. Aussi la ministre en charge de la santé a annoncé, en décembre 2014, la poursuite de la politique de prévention avec un nouveau programme national d'actions.

1 - Suicide, état des lieux des connaissances et perspectives de recherche, 1er rapport de l'Observatoire National du Suicide, Novembre 2014

S'agissant du programme national parvenu à son terme, en décembre 2014, j'ai engagé un bilan national des actions qui est présenté dans ce document, et qui agrège les bilans réalisés par chacun des pilotes. J'ai demandé, par ailleurs, au Haut conseil de la santé publique, de procéder à l'évaluation de ce programme. L'ensemble de ces éléments constituera, avec les orientations du premier rapport de l'Observatoire national du suicide publié en novembre 2014, le socle de la réflexion pour le futur programme national de prévention du suicide.

Enfin, j'adresse mes sincères remerciements à tous les partenaires et acteurs de la mise en œuvre du programme national d'actions contre le suicide et sais compter sur le même investissement dans la poursuite de la politique de prévention du suicide dans laquelle ils s'impliquent depuis de nombreuses années.

Le Directeur Général de la Santé,

Professeur Benoît VALLET

SOMMAIRE

Préambule	2
Présentation du bilan	6
En résumé	6
AXE 1 Développement de la prévention et de la postvention	9
Mesure 1 : développer la qualité et l'efficacité des actions de promotion de la santé mentale et de la prévention du suicide	9
Mesure 2 : améliorer, développer et faire connaître les dispositifs d'intervention à distance dédiés à la prévention du suicide et à la prévention/promotion de la santé mentale	10
Mesure 3 : prévenir l'isolement social et la détresse psychique	11
Mesure 4 : renforcer la prévention du suicide en milieu institutionnel	13
Mesure 5 : soutenir les personnes et les équipes endeuillées par le suicide	15
Mesure 6 : agir sur la communication sur Internet concernant le suicide	15
Mesure 7 : limiter l'accès aux moyens létaux	17
AXE 2 L'amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire	19
Mesure 1 : améliorer la prise en charge de la dépression chez l'adolescent	19
Mesure 2 : développer les structures pour la prise en charge des personnes en risque suicidaire	19
Mesure 3 : améliorer la prise en charge psychiatrique des personnes en situation de précarité	19
Mesure 4 : renforcer la prévention en établissement de santé	20
Mesure 5 : améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance liée au travail	20
AXE 3 Information et communication autour de la prévention du suicide	23
Mesure 1 : développer l'information du grand public sur le suicide	22
Mesure 2 : mieux diffuser l'information sur les dispositifs d'aide et d'écoute	25
AXE 4 Formation des professionnels	26
Mesure 1 : renforcer les actions de sensibilisation et de formation sur la souffrance psychique et la crise suicidaire des enfants et des adolescents en direction des professionnels en contact avec ce public	26
Mesure 2 : renforcer les actions de sensibilisation et de formation sur la crise suicidaire	26
Mesure 3 : former les responsables en milieu de travail sur les risques psychosociaux	27

AXE 5	Études et recherche	29
Mesure 1 : améliorer la qualité des données et le suivi des tentatives de suicide en population générale et au sein de populations ou dans des lieux de vie spécifique (personnes détenues, travail...)		29
Mesure 2 : améliorer la qualité des données et le suivi de la mortalité par suicide en population générale et au sein de populations ou dans des lieux de vie spécifique (personnes détenues, travail...)		30
Mesure 3 : mener de nouvelles études et recherches pour améliorer l'état des connaissances, notamment sur les déterminants des actes suicidaires et de leur répétition		31
AXE 6	Suivi et animation du programme au niveau local	33
Mesure 1 : suivre et animer les déclinaisons régionales du programme national d'actions contre le suicide		33
Composition du comité de pilotage du programme national d'actions contre le suicide		34
Liste des abréviations		36

Présentation du bilan

Le programme national d'actions contre le suicide comporte 49 actions. Pour chacune d'entre elles, un pilote a été désigné. Chacun des pilotes a dressé sous forme de fiches le bilan des actions dont il assurait le pilotage, en lien avec les partenaires concernés par l'action. L'exploitation de ces éléments fait l'objet du présent document. L'ensemble des fiches actions est reproduit en annexe.

En résumé

Fort de son périmètre interministériel, le programme national de prévention du suicide, riche et diversifié, a couvert un champ continu de la prévention à la prise en charge, incluant la recherche. Piloté par la Direction Générale de la Santé, il s'est appuyé sur un comité national de pilotage et sur un partenariat multiple.

Il s'est articulé à d'autres plans tels que le *Plan de 2009 d'actions de prévention du suicide des personnes détenues* de la Garde des Sceaux, le *Plan stratégique de prise en charge des détenus* (2010-2014), le *Plan national d'actions contre le suicide* de la Mutualité sociale agricole (MSA) 2011-2014, le *Plan Santé au Travail* (2010-2014), et à certaines actions du *Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*.

L'axe 1 orienté sur **le développement de la prévention et de la postvention** comportait le plus grand nombre d'actions. Il s'est fortement appuyé sur l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) qui en a piloté la déclinaison de près d'un tiers.

Les dispositifs d'intervention à distance ou lignes d'appel, reconnus par la littérature internationale comme interventions probantes, se sont professionnalisés avec la mise en place d'un processus de labellisation (SOS Amitié a été le premier attributaire, en novembre 2014, du nouveau label de qualité de l'INPES « Aide en santé »). D'autres outils tels que des brochures d'information, un numéro cristal, des cartes com'thématiques, des publications scientifiques et de vulgarisation sur les interventions efficaces, ou des actions de promotion de la santé mentale et prévention du suicide, ont été mis en place.

Par ailleurs, des actions de prévention de l'isolement social et de la détresse psychique de certains publics fragiles ont été menées : soutien et renforcement des groupements d'entraide mutuelle, actions à destination des personnes sourdes et malentendantes, outils pour prévenir les comportements homophobes et leurs conséquences sur les jeunes...

De même, des actions de prévention du suicide en milieu institutionnel (milieu carcéral, établissements ou services intervenant auprès des personnes âgées) ont été réalisées. Elles visaient à renforcer la collaboration entre les professionnels et à améliorer les pratiques professionnelles, notamment autour de la dépression chez le sujet âgé.

S'agissant des moyens de communication, internet en particulier, très utilisé par les jeunes, des travaux ont été menés avec les responsables de sites internet tels que Doctissimo ou encore Skyrock ; leurs modérateurs et administrateurs de forums ont été sensibilisés à la question du suicide dans le cadre d'un partenariat avec une association, ce qui a permis de multiplier par deux les signalements après les actions de sensibilisation.

Enfin, la limitation de l'accès aux moyens létaux a sans doute été la mesure la plus complexe à mettre en œuvre. Des campagnes d'information et de sensibilisation sur les risques encourus par la détention d'armes à feu ont été menées, notamment auprès des chasseurs (diffusion de plaquettes et introduction d'éléments de sensibilisation dans les ouvrages spécialisés comme le « *Petit livre vert* », ou le « *Guide des armes de chasse* » en complément. En revanche, le projet de réaliser une cartographie des lieux à risque (notamment les voies ferrées) pour sécuriser des lieux de passage à l'acte suicidaire n'a pas pu être mené à bien en raison de sa complexité. De même, la proposition de dispensation à l'unité de certains médicaments psychotropes. Des marges de progrès restent sans doute à explorer pour ce type d'interventions reconnues, elles aussi, comme prometteuses par la littérature internationale.

L'axe 2 relatif à l'amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire a permis de mettre en place des interventions auprès de publics spécifiques : les adolescents, les personnes en situation de précarité. Pour ces dernières, des dispositifs dédiés à la coordination psychiatrique et somatique ont été renforcés, avec les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) en milieu psychiatrique et les équipes mobiles en psychiatrie précarité (EPP). Enfin, en lien avec le Plan santé au travail, au niveau des entreprises, le repérage et la prise en charge de la souffrance au travail ont été pris en compte dans le cadre plus global de la qualité de vie au travail.

L'axe 3 portait sur l'information et la communication autour de la prévention du suicide. L'INPES a été très impliqué dans la mise en œuvre de cet axe. Une campagne d'information du grand public sur les facteurs de risque de suicide, a été déployée, ainsi que la diffusion d'un guide « *La dépression, en savoir plus pour en sortir* » réactualisé en partenariat avec le Psycom (organisme public d'information). D'autres outils pour prévenir des addictions à destination des adolescents et des parents ont vu le jour (guide d'aide à l'arrêt du cannabis, synthèse de la littérature portant sur les interventions de prévention des addictions et consommations chez les jeunes...). La mise en œuvre de cet axe a été particulièrement soutenue par la direction générale de la santé qui contribue aux financements d'actions d'information et de communication, menées par des associations nationales comme le groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS), SOS Amitié ou la fédération européenne vivre son deuil (FEVSD).

Une action innovante (« Papageno ») a également été engagée avec succès auprès des étudiants en journalisme, initiée par la fédération de recherche en santé mentale du Nord-Pas-de-Calais (F2RSM), en partenariat avec l'École supérieure de journalisme de Lille (ESJ) et le GEPS. Sous la supervision d'experts, cette action, qui sera, à terme, menée auprès de 19 écoles de journalisme, consiste à proposer un regard différent, moins stigmatisant, sur la maladie psychiatrique et à communiquer de façon moins « sensationnelle » sur les actes suicidaires.

L'axe 4, sur la formation des professionnels, a été très largement déployé et a revêtu de nombreuses modalités différentes : formations de formateurs, formations de certaines catégories de professionnels ou formations pluridisciplinaires... Ainsi, pour les professionnels de l'éducation nationale, les enseignements sur la souffrance psychique et la crise suicidaire, ont été complétés par la diffusion de guides (« *Guide de repérage de la souffrance psychique et des troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent* », « *Une école bienveillante face au mal être des élèves* ») auprès des équipes éducatives des collèges et lycées. En milieu pénitentiaire, des sessions de formations pluridisciplinaires, sont proposées aux personnels des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Pour les personnels soignants, l'agence nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) organise, dans le cadre de la formation continue, des sessions de formation à la crise suicidaire. Enfin, dans le milieu de l'entreprise, la formation proposée porte plus globalement sur la santé au travail et l'exposition aux facteurs des risques psycho-sociaux liés à l'entreprise.

Le programme de formation structurant s'appuie sur un référentiel (Seguin/Terra) qui permet de former des personnes ressources (psychiatres/psychologues) à l'intervention de la crise suicidaire. Ce programme est toujours actif et principalement déployé en région.

L'axe 5 spécifique aux **études et la recherche**, visait à améliorer la qualité des données et du suivi des tentatives de suicide et de la mortalité par suicide, en population générale et selon des lieux de vie spécifiques. Il a été piloté par l'Institut de la veille sanitaire (InVS) et la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Une dynamique de travail a également été engagée entre l'administration pénitentiaire et l'InVS afin de mieux appréhender les données de décès par suicide en détention à partir des certificats de décès, dont le rapport est à paraître. Par ailleurs, les différentes actions de surveillance et de suivi des indicateurs du suicide et des tentatives de suicide inscrites dans le programme national se poursuivent et s'enrichissent dans le cadre du groupe de travail « surveillance » de l'Observatoire national du suicide piloté par l'InVS.

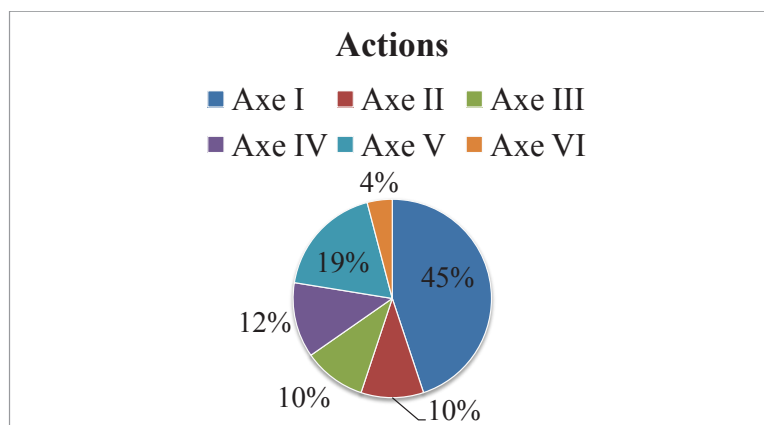
La recherche, quant à elle, se développe. La prévention du suicide devient une priorité nationale des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC). La création de l'Observatoire national du suicide devrait donner davantage de visibilité aux travaux de recherche, puisqu'il a notamment pour mission de coordonner et d'améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide.

L'axe 6 enfin portait sur **l'animation du programme au niveau local**. Les agences régionales de santé ont ainsi assuré la coordination des acteurs pour la mise en œuvre d'actions adaptées aux spécificités régionales. Elles ont également intégré la thématique du suicide dans le volet santé mentale de leurs projets régionaux de santé.

Il importe de signaler que la période de mise en œuvre du programme national d'actions contre le suicide a coïncidé avec la création des agences régionales de santé, leur montée en charge sur leurs différentes missions, ainsi que la mise en place de leur pilotage, confié au secrétariat général des ministères sociaux, facteurs qui ont pu impacter les diverses politiques régionales de santé publique.

Le programme national d'actions contre le suicide a impliqué la mobilisation d'un nombre important de partenaires institutionnels (ministères et opérateurs) et de partenaires associatifs tant au niveau local que national. Le présent bilan est réalisé à partir des contributions de chacun des pilotes d'actions.

Les 49 actions étaient regroupées autour des six axes suivants :



- Axe 1 : le développement de la prévention et de la postvention,
- Axe 2 : l'amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire et de leur entourage,
- Axe 3 : l'information et la communication autour de la santé mentale et de la prévention du suicide,
- Axe 4 : la formation des professionnels,
- Axe 5 : le développement des études et de la recherche,
- Axe 6 : le pilotage et l'animation du programme.

AXE 1 : Développement de la prévention et de la postvention

→ Mesure 1 : développer la qualité et l'efficacité des actions de promotion de la santé mentale et de la prévention du suicide

La nécessité d'agir le plus en amont possible de l'acte suicidaire impliquait le développement des connaissances sur ce thème ainsi que l'acquisition de compétences spécifiques tant chez les parents que chez leurs enfants. Dans cette optique, l'INPES a réalisé un travail de repérage, de synthèse et de diffusion des interventions efficaces de développement et de soutien des compétences psychosociales et des actions parentales. Des supports méthodologiques ont été élaborés. Ils ont été édités et diffusés en 2015 dans l'ouvrage « *Promouvoir la santé dès la petite enfance : Accompagner la parentalité* » édité en 10 000 exemplaires auprès des professionnels porteurs de projets dans les champs sanitaire et social. L'INPES a également réalisé un mini catalogue Petite enfance : « *Inpes - Catalogue - L'Inpes et ses publications "Petite enfance"* » pour présenter une offre complète dans ce domaine à tous ses opérateurs et en faciliter l'appropriation par les acteurs de terrain. (Action n° 1)².

Afin de développer la qualité et l'efficacité des actions de prévention du suicide, l'INPES a réalisé et diffusé, auprès des professionnels et de la communauté scientifique, une synthèse de littérature des interventions efficaces et validées en matière de prévention du suicide. Cinq publications scientifiques et de vulgarisation ont été diffusées, ainsi que des communications orales lors de manifestations scientifiques, institutionnelles ou de séminaires régionaux (Action n° 2)³.

Les 5 publications scientifiques et de vulgarisation sont les suivantes :

- Un article pour les professionnels : « *Réflexions autour des programmes de prévention par les pairs* » publié dans les cahiers de l'action n°43 en 2014, p 69-73.
- Une publication institutionnelle dans le rapport de l'Observatoire national du suicide (1er rapport, novembre 2014) : « *Actions évaluées dans le champ de la prévention du suicide* », P 90-96.
- Une publication à destination des pôles régionaux de compétence : « *Interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature scientifique* ». Publié dans les actes des journées nationales de rencontre des pôles régionaux de compétences en EPS/PS. 12 décembre 2014, centre Edouard VII, Paris.
- Un article scientifique : « *Efficient interventions on suicide prevention : a literature review* » publié dans la revue d'épidémiologie et de santé publique, volume 62, 2013.
- Un article destiné au grand public et aux professionnels publié dans le n° 422 de la revue « Santé de l'homme », novembre-décembre 2012 : « *Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature* ».

2 - Pilote : INPES

3 - Pilote : INPES

→ Mesure 2 : améliorer, développer et faire connaître les dispositifs d'intervention à distance dédiés à la prévention du suicide et à la prévention/promotion de la santé mentale

La prévention des actes suicidaires s'appuie tout particulièrement sur les partenaires associatifs, qui proposent des dispositifs de lutte contre l'isolement social, au travers notamment du développement de « l'aide à distance » qui constitue un moyen puissant d'écoute, de sociabilité et de soutien aux personnes à risque ainsi qu'aux proches des victimes. Un ensemble d'actions a été conduit par l'INPES afin d'améliorer, développer et promouvoir les dispositifs existants (Actions n° 3, 4, 5 et 6)⁴.

Des démarches ont par ailleurs été engagées afin de réaliser une étude des pratiques d'écoute dans ce champ de la téléphonie « santé/mal-être ». Toutefois, cette étude n'a pu être menée à bien (Action n° 3).

L'INPES a procédé à la réorganisation des dispositifs d'aide à distance en santé (Action n° 4) :

- Dans ce cadre, des outils d'évaluation et de reporting communs ont été finalisés et des modules de formations mutualisables ont été élaborés afin de renforcer la formation initiale et continue des écoutants bénévoles.
- Une base d'orientation commune (établissements d'accueil, d'accompagnement ou de soin) a été élaborée et mise à jour dans le but d'améliorer l'orientation des appelants.
- Une plateforme téléphonique permettant d'améliorer l'accessibilité des lignes d'écoute en réacheminant les appels entre les différents postes régionaux a été mise en place.
- Un processus de labellisation a été enclenché afin d'inscrire des dispositifs d'aide à distance en santé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de service. Ainsi SOS Amitié a été attributaire du label Aide en santé en novembre 2014.

La promotion de ces dispositifs a été assurée par l'INPES avec, notamment, l'édition d'une brochure d'information sur l'ensemble des dispositifs d'aide à distance en santé (diffusion de 25 000 dépliant) et de quatre cartes com'thématiques dont une dédiée aux dispositifs intervenant dans la prévention du suicide et du mal-être réalisée en septembre 2014. Cette dernière a été diffusée à 9 000 exemplaires aux professionnels de santé (médecins généralistes, infirmières scolaires...), aux professionnels du secteur médico-social et social, ainsi qu'aux associations de famille ou de patients (Action n° 5).

Par ailleurs, un numéro d'appel dédié à ses assurés en situation de détresse a été lancé le 13 octobre 2014 par la mutualité sociale agricole (Action n° 6)⁵. Ce service téléphonique « Agri'écoute » est accessible 24h/24 et 7j/7, et permet de dialoguer anonymement avec des écoutants formés aux situations de souffrance ou de détresse. Le service est joignable au 09.69.39.29.19, au prix d'un appel local (gratuit depuis une «box»). La MSA fait appel aux associations partenaires SOS Amitié et SOS Suicide Phénix, ainsi qu'à l'INPES pour assurer la mise en œuvre et la gestion de la plateforme technique. Vingt postes d'écoute sont reliés à ce jour au numéro d'appel. Le service devrait être prochainement étendu à une cinquantaine de postes.

En moyenne, la durée des appels pour des problèmes de mal-être, qui atteignent les « standards » habituels pour ce type d'entretien téléphonique, est de quarante minutes. A titre d'information, durant la mise en place du numéro Cristal, entre le 13 octobre et le 31 décembre 2014, il a été mesuré 567 appels dont 60 % traités.

4 - Pilotes : INPES - MSA

5 - Pilote : MSA

→ Mesure 3 : prévenir l'isolement social et la détresse psychique

Pour lutter contre l'isolement des personnes atteintes de handicap psychique, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (CNSA) ont soutenu et stabilisé l'action des Groupements d'entraide mutuelle (GEM) (Action n° 7)⁶.

Les GEM, structures de prévention et de compensation de la restriction de la participation à la vie sociale introduits par la loi « handicap » du 11 février 2005, sont un outil de prévention de l'isolement social des personnes en situation de grande fragilité. Ils reposent sur un modèle d'intervention associatif, fondé sur le principe d'une action « entre pairs » : il s'agit de collectifs de personnes animées d'un même projet d'entraide visant à favoriser des temps d'échanges, d'activités et de rencontres.

Un bilan d'activité 2012 des GEM a été publié par la CNSA : au total ce sont 373 GEM qui ont été financés en 2012 pour un montant total de 27 millions d'euros. Sur l'ensemble des GEM financés, 333 sont dédiés aux personnes présentant des troubles psychiques, soit près de 90% de l'enveloppe globale. Une majoration de l'enveloppe globale sur 2014 (+ 2 millions d'euros de mesures nouvelles) a permis la consolidation du financement de 107 GEM et la création de 20 nouveaux GEM. Une évaluation nationale de l'impact de la présence d'un GEM sur le territoire est actuellement menée par l'Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée (ANCREAI).

L'enveloppe globale des GEM a été majorée en 2015 (+ 1 million d'euros de mesures nouvelles), principalement pour revaloriser le plafond des GEM. Le travail partenarial et la bonne mobilisation des acteurs de terrain (fédérations nationales, associations représentant les GEM...) est à souligner.

Par ailleurs, s'agissant des mesures en faveur des personnes sourdes et malentendantes, il est apparu nécessaire de mieux prévenir et accompagner leur détresse psychologique, de mieux connaître leurs besoins d'accompagnement ainsi que l'offre de service et d'accompagnement disponible (Action n°8)⁷.

Ainsi, dans le cadre d'une convention avec la CNSA, l'INPES a inscrit à son programme 2011-2014, l'enquête Baromètre Santé pour les personnes sourdes et malentendantes, avec notamment des modules sur la souffrance psychique et le suicide. L'enquête a été réalisée, des premiers résultats ont été communiqués donnant lieu à une publication (Evolution n° 29, décembre 2013).

L'instruction DGCS/3B/DGS/MC4/DGOS/R4 n° 2012-410 du 12 décembre 2012 relative au recensement par les ARS des ressources locales compétentes en matière de soutien psychologique des personnes sourdes et malentendantes, propose aux ARS une méthodologie de recensement des réseaux de professionnels sensibilisés aux troubles spécifiques des personnes sourdes et malentendantes et de mettre à disposition, dans les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), l'information sur les aides psychologiques accessibles au public sourd et malentendant ainsi recensée.

Concernant la prévention des comportements homophobes et de leurs conséquences sur les jeunes (Action n° 9)⁸, l'INPES a conduit dès 2010 des actions d'information, sous l'égide du cinéaste André Téchiné : court métrage, site internet, brochures, ligne téléphonique dédiée (ligne AZUR). Ces actions se sont poursuivies et l'ouvrage « *Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Acquis des sciences*

6 - Pilotes : DGCS - CNSA

7 - Pilote : DGCS

8 - Pilote : INPES

sociales et perspectives » a été actualisé et réédité en avril 2014. 3 586 ouvrages ont été diffusés à la demande entre janvier 2011 et décembre 2014 et 797 diffusés lors de salons ou congrès. L'outil « *Jeunes homos sous le regard des autres* » (DVD + livret) a été diffusé à la demande 8 952 fois entre janvier 2011 et décembre 2014. Le DVD et l'ouvrage sont toujours disponibles à la commande auprès de l'INPES. Ce dispositif ne présente pas de nouvelles actions.

Concernant la prévention de l'isolement social chez les « aînés », des actions ont été menées par l'INPES, qui a élaboré et diffusé plusieurs outils visant à favoriser l'émergence et le développement d'actions de prévention de l'isolement social chez les personnes âgées (Action n° 10)⁹ :

- une session d'information « *Bien vieillir et déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés* » a été présentée lors des journées annuelles de la prévention 2011, et publiée dans la revue « Santé de l'homme » (n°411 janvier/février 2011) ;
- une synthèse sur les interventions efficaces en matière de prévention de la perte d'autonomie proposant un point sur la santé mentale, la prévention de l'isolement et du suicide a été mise en ligne sur le site internet de l'INPES ;
- l'ouvrage « *Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique* » a pour objectif de mieux faire connaître l'approche écologique de promotion de la santé. Cette approche est un cadre de recherche et d'action centré sur une vision large des déterminants de la santé, qui va au-delà des actions sur les capacités individuelles pour inclure une action sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Le guide fournit des pistes concrètes pour mettre en œuvre, planifier des interventions ou évaluer des programmes inspirés de ce modèle. Cet outil a été présenté lors des journées annuelles de la prévention de 2013 organisées par l'INPES, au cours de la session « *Avancer en âge : articulations des interventions de promotion de la santé en lien avec les territoires* ».

En 2014 :

- un module de formation « *Avancer en âge et promotion de la santé* » a été organisé à l'Université d'été en Santé Publique à Besançon ;
- le Baromètre Santé 55-85 ans, dont un chapitre consacré à la santé mentale, a été édité et diffusé à 3 500 exemplaires ainsi que le Guide « *Actions collectives bien vieillir : repères théoriques méthodologiques et pratiques* » avec un travail partenarial en 12 000 exemplaires ;
- un dispositif d'information et de communication vers le grand public avec un large partenariat a été réalisé ;
- 2 brochures, diffusées à 500 000 exemplaires chacune, ont été réalisées pour aider les seniors à adopter des comportements protecteurs, et pour une avancée sereine en âge : « *Vieillir, et alors ?* » ciblée auprès des jeunes seniors et « *Bien vivre son âge* » adressée au plus de 75 ans ;
- une web - série de 15 épisodes pour les jeunes seniors pour balayer l'ensemble des thématiques du Bien vieillir a été produite ainsi que la création d'un site internet : réponses-bien-vieillir.fr regroupant les brochures, la web-série (ci-dessus) et des pages conseils.

Ces multiples supports couvrent largement sur le territoire tant le grand public que les professionnels. Lors des journées annuelles de la prévention et de l'Université d'été en Santé Publique, les interventions touchent un public cible, important dans ce champ d'action.

Pour les bénéficiaires du régime agricole, des cellules pluridisciplinaires, pour détecter et prévenir les risques psychosociaux chez les assurés agricoles, ont été déployées dans les caisses de mutualité sociale

9 - Pilote : INPES

agricole (MSA) (Action n° 11)¹⁰. Ces cellules sont composées de médecins du travail, de travailleurs sociaux, d'agents des services techniques, de conseillers en prévention voire de psychologues, et ont pour mission de détecter, accompagner et orienter des assurés en situation de fragilité.

Entre 2012 et 2013 on constate une forte augmentation du nombre de situations détectées. Au 31 décembre 2014¹¹, 34 caisses de MSA sur 35 ont mis en place cette cellule. En 2004, 28 cellules étaient pleinement opérationnelles et ont détectées 966 situations de fragilisation, dans 296 cas (31%) il s'agissait de situation urgentes avec potentiellement un risque suicidaire. Les situations détectées touchent majoritairement les hommes (73%). La tranche d'âge la plus représentée est celle des 45-54 ans avec une forte majorité d'exploitants agricoles concernés, soit 68% pour 26% de salariés. Cette mesure s'inscrit dans le plan national de prévention du suicide de la MSA qui a permis d'adapter la prévention du suicide aux problématiques locales et territoriales. Le plan est ainsi poursuivi par la Caisse Centrale de la MSA (CCMSA) avec l'InVS (Institut de Veille Sanitaire) pour l'enquête sur la réalité du suicide des exploitants agricoles.

→ Mesure 4 : renforcer la prévention du suicide en milieu institutionnel

Les actions ont porté sur le secteur pénitentiaire et le secteur médico-social.

Le renforcement de la collaboration entre les intervenants sanitaires et pénitentiaires (Action n° 12)¹² s'appuyait notamment sur les travaux menés dans le cadre du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues afin d'améliorer l'efficacité des interventions en milieu carcéral.

Une circulaire interministérielle santé/justice et une instruction aux ARS sur la commission pluridisciplinaire unique et le partage d'informations (juin 2012) ont été élaborées afin de répondre aux interrogations des professionnels de la santé et de la justice, et précisant :

- le cadre et les limites du partage d'informations opérationnelles entre les professionnels de santé exerçant en milieu carcéral et ceux de l'administration pénitentiaire ;
- les modalités de participation des professionnels de santé à la commission pluridisciplinaire unique (CPU), le but étant d'harmoniser ces commissions dans le respect des domaines de compétences et des cadres professionnels de chacun.

Une évaluation des modalités de participation des professionnels de santé aux dispositifs pénitentiaires de protection d'urgence (dotation de protection d'urgence et cellules de protection d'urgence) a été réalisée et diffusée en août 2012 auprès des unités sanitaires en détention et des référents ARS « santé des détenus » (diffusée en août sur la plate-forme de l'observatoire de santé des personnes détenues). Ces résultats ont été pris en compte pour préciser les modalités d'articulation des interventions des différents intervenants (sanitaires, pénitentiaires...) dans le cadre de la révision du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, actualisé en octobre 2012.

Depuis, une évaluation a été réalisée en 2012 sur l'expérimentation relative à la mise en place de codétenus de soutien.

10 - Pilote : MSA

11 - Données non consolidées

12 - Pilote : DGS

Dans le champ médico-social, le renforcement de la prévention du suicide en milieu institutionnel s'appuie notamment sur les recommandations de l'ANESM, sur les pratiques de bientraitance et sur la qualité de vie en EHPAD. Ce programme est décliné à travers quatre recommandations ayant pour objectif de promouvoir l'ensemble des pratiques professionnelles destinées à améliorer la qualité de vie des résidents : le volet 4 de ces recommandations aborde les besoins de santé et a été diffusé en novembre 2012 (Action n°13)¹³.

L'ANESM a également émis, en mars 2014, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à la prise en compte de la souffrance psychique des personnes âgées : « *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement* ».

Afin d'améliorer les pratiques professionnelles autour de la dépression chez les personnes âgées, des outils de formation et d'élaboration d'une démarche d'amélioration de la qualité dans les pratiques professionnelles ont été élaborés par la société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG). Ainsi, le programme Mobiquat (présenté sous forme de mallette), porté depuis plusieurs années par la société Française de Gériatrie et Gérontologie en partenariat avec la CNSA, a développé plusieurs outils de formation à l'usage des soignants en EHPAD mais également à domicile sur les grands syndromes gériatriques. En 2013, un nouveau programme a été édité concernant la dépression du sujet âgé, son repérage, et l'identification des risques suicidaires des personnes âgées à domicile et en EHPAD. Des conventions ont été signées avec les fédérations d'aide à domicile pour la diffusion des mallettes « dépression ». Ces mallettes ont ainsi été diffusées auprès des professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux, des services de soins et d'aide intervenant aux domiciles. Cette diffusion a été conduite jusqu'en 2013, notamment lors des journées d'information et de sensibilisation co-organisées avec les ARS autour des bonnes pratiques de soins, allant jusqu'aux demandes directes adressées à l'équipe de coordination nationale du programme. (Action n° 14)¹⁴.

3 335 mallettes « dépression » ont été diffusées entre 2011 et mars 2013. A partir d'avril 2013, la nouvelle version de l'outil dépression a été diffusée en 1 529 exemplaires. Toutes les régions ont pu bénéficier de cette démarche et on estime à 23 000, le nombre de personnels ayant reçu ces informations. Depuis avril 2014 et le passage à la dématérialisation des supports sous forme numérique, un portail d'accès à ces outils dématérialisés a été mis en place.

Enfin, un groupe de travail, piloté par la direction générale de la cohésion sociale, dans le cadre des travaux du comité national des droits et de la bientraitance des personnes âgées et handicapées (CNBD), a élaboré des propositions d'action de lutte contre le suicide des personnes âgées.

13 - Pilote : DGCS

14 - Pilote : CNSA

→ Mesure 5 : soutenir les personnes et les équipes endeuillées par le suicide

A travers la postvention, un meilleur soutien des familles et des proches endeuillés par suicide est visé, en particulier au moyen de la formation des professionnels. Il s'agit de permettre l'appropriation par les professionnels de santé, de connaissances et savoir-faire concernant l'accompagnement et la prise en charge des personnes endeuillées par le suicide. Le thème de formation « Accueil et prise en charge de proches de personnes décédées en établissement de soins ou en structure médico-sociales, notamment par suicide » a été inscrit pour la première fois dans les axes de formation 2012 des agents des établissements publics dans l'orientation relative à l'amélioration de la qualité des soins (circulaire DGOS/RH4/2011/210 du 6 juin 2011). Cette orientation a été depuis reprise dans les circulaires postérieures (Action n°15)¹⁵.

Le même travail était prévu pour les professionnels des établissements médico-sociaux (Action n°16)¹⁶ avec un pilotage de l'ANESM, de même que la réalisation d'un guide sur la prévention du suicide décrivant les éléments spécifiques aux aînés, à destination des professionnels travaillant notamment en EHPAD (Action n°17)¹⁷.

→ Mesure 6 : agir sur la communication sur Internet concernant le suicide

La provocation au suicide est pénalisée (articles 223-13 et suivants du code pénal), ainsi que la propagande ou la publicité en faveur de moyens létaux, considérés comme participant à l'incitation au suicide. Le portail officiel de signalement des contenus illicites de l'internet : www.internet-signalement.gouv.fr permet aux internautes de signaler les contenus internet contrevenants. Les signalements sont traités par des policiers et gendarmes affectés à la Plateforme d'Harmonisation, d'Analyse, de Recoupement et d'Orientation des Signalements (PHAROS). Cette plateforme est intégrée à l'Office central de lutte contre la criminalité liée aux technologies de l'information et de la communication (OCLCTIC), service rattaché à la Direction Centrale de la Police Judiciaire.

Le signalement des contenus provoquant ou incitant au suicide est possible via le motif « mise en danger des personnes » (Action n° 18)¹⁸ :

Dans ce cadre, 50 signalements ont été recensés pour l'année 2011, 61 faits ont été signalés pour apologie ou incitation au suicide pour l'année 2012.

Pour l'année 2013 :

- 7 signalements en matière d'apologie du suicide (visant 5 contenus distincts) ;
- 29 signalements en matière de provocation au suicide (visant 19 contenus distincts).

15 - Pilote : DGOS

16 - Pilote : DGCS

17 - Pilote : DGCS

18 - Pilote : DGS

Par ailleurs, en 2013, PHAROS a diligenté 379 enquêtes pour secours à personne, principalement à la suite de pulsions suicidaires révélées sur Internet.

Pour l'année 2014, la plateforme PHAROS a enregistré au titre des provocations au suicide, 19 fiches et 38 signalements. Quant au titre de l'apologie du suicide, 9 fiches et 15 signalements ont été enregistrés. C'est parce que les signalements sont souvent répétitifs (plusieurs internautes peuvent faire le même signalement sur un seul contenu) que le nombre de fiches est moins conséquent.

Une des mesures du programme consistait à agir sur la communication en ligne et à contribuer à une meilleure connaissance des utilisateurs d'Internet sur la question du suicide (Action n° 19)¹⁹ :

La direction générale de la santé a mis en place un groupe de travail composé de l'INPES, de représentants des sites internet proposant des forums de discussion (Skyrock, Doctissimo) et d'associations œuvrant dans les champs de la prévention du suicide (UNPS, SOS amitié) ou auprès des jeunes (Fil santé jeunes, e-enfance). La réflexion a porté notamment sur :

- l'amélioration sur internet de l'information sur les associations d'aide et d'écoute et sur les structures de prise en charge ;
- la sensibilisation des modérateurs internet sur la thématique de la prévention du suicide : une 1^{re} expérimentation d'un séminaire de sensibilisation des modérateurs internet professionnels et bénévoles de Doctissimo a été mise en place et animée par la fédération SOS Amitiés, le 11 octobre 2014. Ce séminaire a rassemblé 45 participants autour de la mise en évidence de quelques repères de la crise suicidaire et de l'explicitation du positionnement de l'écouter. Des formations plus approfondies sur la crise suicidaire, le positionnement dans l'accompagnement et l'écoute non-directive sont envisagées pour poursuivre la sensibilisation des modérateurs.

De plus, une réflexion a été engagée, au niveau scientifique, sur l'intérêt et les questionnements éthiques autour de l'utilisation des nouvelles technologies à des fins de prévention du suicide : cette thématique a été abordée lors des journées nationales de prévention du suicide organisées par l'Union nationale de prévention du suicide (UNPS) en février 2015 : « *Prévention du suicide : un monde connecté?* ». C'est également l'un des thèmes du prochain congrès de l'association internationale de prévention du suicide en juin 2015 à Montréal : « *Dernières découvertes et nouvelles technologies en prévention du suicide* » (Action n° 19)²⁰.

Un dossier relatif au suicide et à sa prévention a été mis en ligne sur le site internet du ministère de la santé, ainsi que sur le site internet « service-public.fr ». Il comporte notamment une rubrique sur les dispositifs d'aide et d'écoute. Ce site est régulièrement actualisé. (Action n° 20)²¹.

Par ailleurs, toujours sur cette thématique, l'UNPS et les universités de Compiègne-Unit (numérique et technologie-UNF3S), Nantes (département de psychologie), Paris V (département de sociologie et psychologie) et l'Université Mc Gill de Montréal travaillent actuellement à l'élaboration d'un programme de formation en e-learning destiné aux acteurs de la prévention du suicide intervenant dans le cadre associatif. A terme, l'objectif est d'adapter et de déployer cette formation vers d'autres secteurs professionnels, y compris auprès de modérateurs Internet.

19 - Pilote : DGS

20 - Pilote : DGS

21 - Pilote : DGS

→ Mesure 7 : limiter l'accès aux moyens létaux

Des actions d'information ont été mises en place : concernant la sensibilisation des détenteurs d'armes à feu, les travaux ont été pilotés par la DGS avec la collaboration de l'INPES, du ministère de l'intérieur, de la fédération nationale des chasseurs (FNC), de l'office national des forêts et de l'office national de la chasse et de la faune sauvage (Action n° 21)²². Ils ont permis l'édition et la diffusion de documents de sensibilisation et de plaquettes destinées aux détenteurs d'armes à feu, appelant leur attention sur l'entreposage sécuritaire des armes.

De son côté la FNC a diffusé les informations auprès de ses réseaux :

- diffusion des informations transmises par le groupe de travail, et notamment des données épidémiologiques relatives aux suicides par armes à feu aux membres du conseil d'administration de la FNC, représentant l'ensemble des fédérations départementales et régionales ;
- intégration dans le guide Hachette Nature « *Guide des armes de chasse* » d'un chapitre consacré à la prévention du suicide. Le tirage de cet ouvrage est d'environ 10 000 exemplaires distribués auprès des points de vente spécialisés (armuriers) et des grandes surfaces spécialisées. Ce guide est également diffusé aux armuriers par le SNAFAM (Chambre Syndicale Nationale des Fabricants et Distributeurs d'Armes) en charge de la formation obligatoire de ces opérateurs économiques ;
- publication en 2014 de l'édition « *Petit livre vert* » consacrée à la nouvelle réglementation des armes de chasse. Le Petit livre vert est remis à chaque chasseur lors de la validation annuelle de son permis de chasser. Son tirage est de 1 500 000 exemplaires. L'édition 2014 comprend une information sur l'entreposage sécuritaire des armes et sur la « prévention des gestes désespérés ».

Par ailleurs, la DGS a travaillé dans la perspective d'élaborer des préconisations d'actions pour limiter l'accès aux moyens létaux et prévenir les actes suicidaires, d'une part, sur la réduction de la dangerosité des produits et d'autre part, sur la sécurisation des lieux utilisés pour des passages à l'acte suicidaire (Action n° 22)²³.

Concernant la « réduction de la dangerosité des produits », la DGS a réuni le Conseil national de l'ordre des médecins, le Conseil national de l'ordre des pharmaciens, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), le ministère de l'agriculture, l'INPES, l'UNPS et un représentant des centres anti-poison et de toxicovigilance.

A été proposé aux partenaires d'expérimenter, sur la base de collaboration entre médecins traitants et pharmaciens, des procédures de dispensation fractionnée des médicaments psychotropes (remis par une pharmacie de référence choisie par le patient et en lien avec le médecin traitant) pour les patients repérés en grande souffrance psychique (dépression sévère, tentative de suicide antérieure...) ayant donné leur accord. Cette préconisation s'inspire de la procédure de délivrance des traitements substitutifs ou des médicaments classés comme stupéfiants. Son objectif, réduire le nombre de suicide par intoxication médicamenteuse (2^e mode opératoire de suicide) est lourd à conduire et se heurte à des freins et contraintes soulevés par les membres du groupe de travail, par exemple :

- « *Les pharmaciens n'ayant pas accès au diagnostic, il leur est délicat d'apprécier l'état de gravité de la souffrance psychique à partir de l'ordonnance. La délivrance des médicaments à l'unité ou à la boîte suppose de s'appuyer, d'une part sur des conventions entre les médecins et pharmaciens, avec l'accord du patient et, d'autre part, sur un dispositif réglementaire ;*

22 - Pilote : DGS

23 - Pilote : DGS

- *Le dossier pharmaceutique n'est utilisé que par 45 % des français (29 millions de français ont un dossier) et il est non exhaustif (le patient peut refuser l'ouverture d'un dossier pharmaceutique ou l'inscription de certains médicaments dans ce fichier). De ce fait le pharmacien peut être dans l'ignorance du besoin de prise en charge adaptée du patient ».*

Concernant la « sécurisation des lieux », les principaux acteurs ont échangé leur vision et modalités internes de la prévention du suicide : SNCF, RATP, Réseau Ferré de France (RFF), l'Union internationale des chemins de fers (UIC), Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux (IFSTTAR), ministère en charge des transports, auxquels se sont associés l'INPES et l'UNPS.

L'IFSTTAR et l'UIC ont présenté les travaux menés dans le cadre du projet européen « Restrail » (Reduction of suicides and trespasses on railway property) et notamment une identification et analyse des mesures de réduction des suicides sur les voies ferrées.

L'élaboration d'une cartographie des lieux à risque à partir de l'implantation d'établissements autorisés en psychiatrie situés à proximité des voies ferrées a été proposée par RFF en collaboration avec la DGS. Cette proposition devait se concrétiser au vu des résultats d'une étude en Ile-de-France. Celle-ci, réalisée en 2014, n'a pas montré de corrélation entre la liste fournie des établissements autorisés en psychiatrie et les lieux de suicide. L'analyse n'a pas été poussée au-delà.

Les recommandations de la Haute autorité de santé sur la prise en charge de la dépression chez les

AXE 2 : L'amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire

→ Mesure 1 : améliorer la prise en charge de la dépression chez l'adolescent

adolescents ont été diffusées en décembre 2014. Les pratiques professionnelles seront actualisées pour prendre en compte les recommandations (Action n° 23)²⁴.

→ Mesure 2 : développer les structures pour la prise en charge des personnes en risque suicidaire

Pour les établissements de santé, le PNACS prévoyait la rédaction de recommandations organisationnelles de prise en charge graduée des personnes ayant fait une tentative de suicide, au sein des structures dédiées, afin d'intégrer les 3 éléments suivants :

- Renforcer la prise en charge des suicidants au moment de leur accueil ;
- Assurer l'accès à un niveau de recours pour les cas les plus lourds ;
- Améliorer le suivi des suicidants à leur sortie.

L'analyse des volets psychiatrie des schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale (SROSS) montre que le sujet du suicide est identifié par les ARS dans leur programmation d'organisation de l'offre de soins. (Action n° 24)²⁵.

→ Mesure 3 : améliorer la prise en charge psychiatrique des personnes en situation de précarité

Afin d'améliorer la prise en charge globale et coordonnée (somatique et psychiatrique) des troubles des patients en situation de précarité, des dispositifs dédiés à la coordination psychiatrique et somatique ont été mis en place dès 2005 : il s'agit des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) en milieu psychiatrique, en lien avec les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) (Action n° 25)²⁶. Ce dispositif a été coordonné et renforcé :

- Pour assurer une cohérence nationale au dispositif et organiser le suivi de leur activité, une rencontre nationale a eu lieu en décembre 2011 avec les PASS régionales. Les groupes de travail ont permis de définir des indicateurs d'activité (file active, nombre de consultations sociales, nombre de consultations médicales...).

24 - Pilote : HAS

25 - Pilote : DGOS

26 - Pilote : DGOS

- La circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des PASS a pour objet d'améliorer leur fonctionnement, d'harmoniser les prestations assurées dans les différents établissements où elles existent.
- Une journée des PASS psychiatriques a été organisée en décembre 2013, qui a permis d'échanger sur la diversité des pratiques, liées notamment aux besoins des populations locales.
- Par ailleurs, une évaluation de l'action des équipes mobiles psychiatrie précarité a été menée au moyen d'une enquête générale et d'investigations approfondies sur 8 sites « représentatifs » de la diversité. Cette évaluation a donné lieu à un rapport final en janvier 2015, présenté par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Les préconisations d'amélioration portent notamment sur l'articulation des EMPP avec les autres dispositifs, c'est-à-dire la fonction d'interface avec les dispositifs de soins psychiatriques, entre les dispositifs de soins spécialisés et les autres acteurs du champ sanitaire, entre les dispositifs de soins spécialisés ou non, les dispositifs sociaux et médico-sociaux.

→ Mesure 4 : renforcer la prévention en établissement de santé

Afin de renforcer la prévention en établissement de santé et prévenir le passage à l'acte suicidaire, les établissements et leurs personnels sont incités à améliorer le repérage des patients à risque suicidaire et l'organisation de leur prise en charge. Ainsi, la prévention et la prise en charge du suicide sont insérées dans le manuel de certification des établissements sanitaires (y compris les établissements autorisés en psychiatrie). Une attention particulière est portée sur les résultats du critère « risque suicidaire » lors des visites d'évaluation dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé (Action n° 26)²⁷.

→ Mesure 5 : améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance liée au travail

L'amélioration du repérage et de la prise en charge de la souffrance liée au travail nécessite une démarche spécifique de mise en réseau des professionnels dans certains contextes à risque, notamment lors de restructurations en entreprise. La Direction générale du travail (DGT) avait en charge l'élaboration des modalités de préservation de la santé dans le processus de restructuration (Action n° 27)²⁸. Cette mesure procédait de la mise en œuvre du plan d'urgence contre le stress au travail lancé en 2009. Elle s'est poursuivie en privilégiant l'implication des partenaires sociaux dans la prise en considération des questions de santé à l'occasion des restructurations d'entreprises.

C'est dans cet esprit que la feuille de route issue de la Grande Conférence Sociale des 9 et 10 juillet 2012 a prévu une négociation collective, au niveau national et interprofessionnel, sur la sécurisation de l'emploi, favorisant notamment « un rôle accru des salariés et de leurs représentants, tant dans les actions d'anticipation que dans les actions d'adaptation lorsque la situation que traverse l'entreprise est difficile ».

27 - Pilote : DGOS

28 - Pilote : DGT

Il en a résulté un accord national interprofessionnel (ANI), conclu le 11 janvier 2013, dont les termes ont été repris dans la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

Cette même grande conférence sociale a, par ailleurs, favorisé l'engagement, en septembre 2012, d'une négociation interprofessionnelle sur la qualité de vie au travail qui s'est effectivement traduite par la conclusion d'un accord national interprofessionnel (ANI) en date du 19 juin 2013. La question de la « Qualité de vie au travail » a largement occupé les débats de la conférence sociale de l'été 2013. Il est enfin à relever qu'en décembre 2013, cet ANI « Vers une politique de l'amélioration de la qualité de vie au travail et l'égalité professionnelle » a été examiné favorablement par la sous-commission des conventions et accords en vue de son extension. Cet accord national interprofessionnel a été étendu par arrêté en date du 15 avril 2014. L'entrée en vigueur des mesures de l'ANI nécessitera une transposition législative.

L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), à laquelle l'ANI a confié un rôle d'accompagnement de sa mise en œuvre, a choisi de mettre en œuvre les démarches « QVT » (Qualité de Vie au Travail) prioritairement dans le cadre de restructurations ou de réorganisations d'entreprise de grande envergure.

AXE 3 : Information et communication autour de la prévention du suicide

→ Mesure 1 : développer l'information du grand public sur le suicide

Des actions d'information autour des facteurs de risque de suicide ont été conduites par l'INPES auprès du grand public (Actions n° 28 et 29)²⁹, avec la poursuite des actions d'information autour de la dépression (375 000 exemplaires du guide *«la dépression, en savoir plus pour en sortir»* ont été diffusés et le site Internet : info-depression.fr) et des addictions (réédition de guides et brochures à destination des adolescents et des parents).

En complément, et pour alerter sur le risque suicidaire, une campagne d'information autour des consultations jeunes consommateurs a été lancée à l'automne 2014.

A titre d'information, les connexions au site [info-dépression.fr](http://info-depression.fr) en 2014 représentent 801 803 visites : 671 129 en visiteurs uniques, 3 367 944 concernant les pages vues soit un taux de rebond (visites à une page) de 50,93 %. Ces actions sont le fruit d'une rencontre entre les besoins de la population et les professionnels de santé en matière d'information sur les troubles psychiques et les offres de prise en charge. Selon l'INPES, d'un point de vue général, 40 % des personnes qui ont commandé et consulté le livret d'information dépression ont significativement augmenté leurs connaissances sur les structures, les traitements et les professionnels de santé (Action n° 28).

La prévention en amont de la souffrance psychique et des actes suicidaires s'est appuyée sur les partenaires associatifs, qui sont au contact direct de la population et à l'écoute des personnes en souffrance. Les partenaires associatifs sont en effet un relais important des actions de communication et d'information en matière de santé mentale et de prévention du suicide et contribuent par leur expertise au développement de la prévention (Action n° 30)³⁰.

Depuis de nombreuses années, ils participent à la mise en œuvre de la politique de prévention, dans le cadre de conventionnements avec la DGS.

Ainsi, des partenariats ont été noués par la DGS avec des associations, qui ont pris une part très active dans la mise en œuvre des mesures du plan correspondant à leur champ d'intervention :

- Le groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS) est une association de professionnels et intervenants en suicidologie, tant sur le territoire français que dans les pays francophones : psychiatres, médecins, psychologues, infirmiers, éducateurs, assistants sociaux, élus, chercheurs et d'autres professions y sont représentés. Les actions proposées par le GEPS s'articulaient tout particulièrement avec l'axe 3 (information et communication autour de la prévention du suicide) et l'axe 4 (formation des professionnels) du programme national d'actions contre le suicide. Ainsi, chaque année, le GEPS organise un congrès scientifique (journées nationales du GEPS) sur la thématique du suicide, précédé de journées de formation permettant de poursuivre la mobilisation des médecins et acteurs de la prévention du suicide dans une dynamique constante d'amélioration des pratiques.

29 - Pilote : INPES

30 - Pilote : DGS

- L'Union nationale de prévention du suicide (UNPS) est une fédération regroupant les principales associations d'aide et de téléphonie sociale dans le domaine de la prévention du suicide. A ce jour, 37 structures sont adhérentes de l'UNPS. Chaque année, de nombreuses manifestations sur la thématique de la prévention du suicide (colloques et conférences, ateliers rencontres et débats, village associatif, projections de films, représentations théâtrales, expositions...) sont organisées par l'UNPS et ses associations membres en direction du grand public, à l'occasion des journées mondiales (10 septembre) et des journées nationales de prévention du suicide (autour du 5 février).
- La fédération européenne «Vivre son deuil» (FEVSD) regroupe des associations régionales et francophones ayant pour but d'apporter un soutien aux personnes en deuil par une écoute téléphonique, des entretiens individuels et des groupes de parole. Des groupes spécifiques sont organisés pour les deuils après suicide. La FEVSD a contribué à la politique publique de prévention du suicide par le déploiement d'actions de formation sur la problématique du deuil après suicide. Son action s'inscrit dans le cadre de la mesure 5 « développement de la postvention : soutien des personnes endeuillées par le suicide » du programme national. L'association propose ainsi des formations innovantes sur les pratiques d'accompagnement des endeuillés, notamment par suicide. Ces formations sont destinées aux professionnels soignants, personnels paramédical et accompagnants bénévoles intervenant auprès des personnes endeuillées.
- Le Centre ressource en suicidologie (CRES), a été créé en avril 2012 afin de contribuer au développement de la suicidologie en France. L'objectif principal du CRES est de prévenir le suicide et réduire ses impacts négatifs en encourageant l'avancement et l'utilisation de connaissances et de pratiques interdisciplinaires sur le sujet. Ses actions répondent ainsi au besoin de transfert des connaissances sur le suicide auprès de tous les acteurs de sa prévention (chercheurs, praticiens, pouvoirs publics...) et s'articulent tout particulièrement avec l'axe 3 (information et communication autour de la prévention du suicide). Dès 2012, un réseau de ressources documentaires sur la suicidologie a été constitué et rendu accessible sur internet à partir de l'été 2014.
- La fédération SOS Amitié est un regroupement de 45 associations régionales comportant 50 postes d'écoute téléphonique. Reconnue d'utilité publique pour son action dans la prévention du suicide, elle offre une écoute anonyme, gratuite et non directive au téléphone 24h/24, 7j/7, au tchat chaque jour de 19 h à 23 h, et par messagerie. Environ 1 700 bénévoles, rigoureusement sélectionnés et formés à cet effet, reçoivent plus de 730 000 appels par an (appels téléphoniques, mails, tchats). L'action de la fédération SOS Amitié s'inscrit tout particulièrement dans l'axe 1 du programme « développement de la prévention » et l'axe 4 « formation de professionnels ». Par ailleurs, la fédération SOS Amitié participe activement aux travaux pilotés par l'INPES relatifs à l'amélioration, au développement et à la promotion des dispositifs d'intervention à distance dédiés à la prévention du suicide et à la promotion de la santé mentale (mesure n°2 du programme national). Les actions mises en œuvre dans ce cadre ont visé notamment à améliorer l'accessibilité au service offert par SOS Amitié en augmentant les capacités de réponse aux appels.
- La Fédération Trauma Suicide Liaison Urgence (FTSLU) regroupe quatre sociétés savantes représentatives à l'échelon national dans les domaines du psychotraumatisme, du suicide, de la psychiatrie de liaison et des urgences psychiatriques :
 - ◊ L'association de formation et de recherche des cellules d'urgence médico-psychologique – société française de psychotraumatologie (AFORCUMP-SFP)
 - ◊ Le groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS)
 - ◊ La société de psychologie médicale et de psychiatrie de liaison de langue française
 - ◊ L'association francophone pour l'étude et la recherche sur les urgences psychiatriques (AFERUP)

Ces quatre associations se sont regroupées en 2012 dans une structure représentative pour promouvoir et organiser la réflexion, la coordination et le développement d'actions dans leurs domaines communs, et notamment pour favoriser la formation, la recherche et proposer des recommandations.

- L'association Pour l'Harmonie des Relations Enfants Parents (Phare enfants-parents) a pour objet la prévention du mal-être et du suicide des jeunes. Sa spécificité est d'offrir un soutien aux parents en difficulté avec leur enfant en mal-être ainsi qu'aux parents endeuillés par le suicide en proposant des espaces d'accueil et d'écoute, une ligne d'écoute, et des groupes de paroles. L'association propose également un espace d'information et d'échanges sur son site internet ainsi que des interventions de prévention en milieu scolaire.
- L'association « Bien-être et société : observer et prévenir le suicide » rassemble des acteurs, professionnels et bénévoles de l'ensemble du territoire spécialisés dans la prévention du suicide et du mal être. Pour développer son réseau sur le territoire, cette association, récemment constituée a organisé à Lille, en octobre 2013, la 1^{re} rencontre des Ateliers de la Prévention du suicide. Elle a poursuivi son développement en 2014 avec l'organisation de la 1^{re} rencontre européenne des ateliers de la prévention du suicide sur le thème « Pratiques préventives et éthique de l'intervention ».

A titre d'illustration du travail partenarial entre institutions, associations et partenaires externes, l'action de sensibilisation menée auprès des étudiants journalistes est significative (Action n° 31)³¹. Le programme Papageno, parrainé par Patrick Poivre d'Arvor, conclu entre la F2RSM, le GEPS et l'association des internes et anciens internes de psychiatrie de Lille, avec le soutien de la DGS, s'est inscrit dans le cadre d'une convention tripartite signée en juillet 2014.

L'originalité de ce programme de sensibilisation/formation repose sur des rencontres entre pairs : internes en psychiatrie et étudiants en journalisme, sous le contrôle d'experts. Des premières expérimentations ont eu lieu, avant généralisation en 2014, à l'école de Journalisme et de Communication d'Aix-Marseille en mars 2014 et l'ESJ à Lille en décembre 2014. L'intervention a ensuite été proposée aux 19 écoles de journalisme françaises.

A l'initiative de la F2RSM en 2013, un partenariat a été conclu avec les deux branches de l'ESJ Lille (formation initiale) et l'ESJ Pro (formation continue) :

- Avec l'ESJ Lille : le 3 décembre 2013, 71 étudiants en journalisme ont participé à un carrefour d'actualité, sur les questions de psychiatrie et de santé mentale, animé par l'Association des internes et anciens internes en psychiatrie de Lille (AIAIP).
- Avec l'ESJ PRO : formation de 3 jours (du 11 au 13 juin 2014), sur la thématique des représentations associées à la psychiatrie et aux maladies mentales, animée par des experts nationaux et des acteurs de la région et destinée aux journalistes en activité.

Le programme est organisé autour :

- de rencontres-formations visant à sensibiliser les journalistes et futurs journalistes à l'importance de leur responsabilité en ce qui concerne le traitement médiatique du suicide. Elles sont animées par des internes en psychiatrie sous le regard expert de professionnels de la psychiatrie et du journalisme ;
- de mesures visant à informer les journalistes et futurs journalistes sur les recommandations en matière de traitement médiatique du suicide, notamment celles de l'OMS ;
- du développement de réseaux qui feront le support des collaborations actuelles et futures dans la prévention du suicide.

31 - Pilote : DGS

L'évaluation de l'amélioration des connaissances sur le suicide et de la réduction des représentations stigmatisantes auprès des étudiants en journalisme a été mise en place auprès de ceux ayant bénéficié du programme.

En décembre 2014, les outils d'évaluation ont été finalisés et une rencontre formation à l'ESJ de Lille a eu lieu auprès de 71 étudiants.

Une enquête de satisfaction aura lieu auprès des étudiants et des professeurs après l'évaluation de l'action. Il faudra alors veiller à la mise en œuvre d'actions de communication et de valorisation du programme Papageno auprès des instances représentatives des organismes de formation de journalistes telle que la Conférence des écoles de journalisme.

→ Mesure 2 : mieux diffuser l'information sur les dispositifs d'aide et d'écoute

L'action 32 préconisait une actualisation des annuaires recensant les ressources et contacts disponibles à destination des professionnels et du grand public. Après concertation avec les acteurs concernés, il a été convenu de ne pas procéder à leur mise à jour mais de privilégier une information sur les sites internet des associations, information relayée au niveau local.

AXE 4 : Formation des professionnels

La formation des professionnels qui interviennent auprès des publics les plus vulnérables est un levier essentiel pour la prévention du suicide. Historiquement, le programme de formation qui a structuré cet axe a été construit en 2001 par les professeurs Monique Seguin (université Québec) et Jean-Louis Terra (CHU le Vinatier-Lyon) à la demande de la DGS, dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie nationale d'actions contre le suicide et sur la base d'un référentiel qu'ils ont élaboré. Ce programme, toujours en vigueur, permet de former des personnes ressources (psychiatres/psychologues) à l'intervention de la crise suicidaire. Celles-ci relayent ensuite la formation à un niveau local auprès d'un public pluri professionnel.

Depuis 2001 des sessions de formations sont régulièrement dispensées puis ont été déployées en région.

→ Mesure 1 : renforcer les actions de sensibilisation et de formation sur la souffrance psychique et la crise suicidaire des enfants et des adolescents en direction des professionnels en contact avec ce public

En 2006, la Fédération Française de Psychiatrie (FFP), avec le soutien de la DGS et la collaboration de la Direction Générale de l'enseignement scolaire (DGESCO), a publié un référentiel d'observation à l'usage des Médecins pour un repérage précoce, intitulé « Souffrances Psychiques et Troubles du Développement chez l'enfant et l'adolescent ». C'est aujourd'hui un document de référence pour une formation de formateurs à destination des médecins. L'évaluation du redéploiement de cette formation avait par ailleurs permis d'identifier la demande des personnels non médecins en milieu scolaire, pour des outils de repérage, puisque le référentiel est approprié par des professionnels qui n'en étaient pas destinataires à l'origine (Action n° 33)³².

Mais, afin de cibler plus spécialement les personnels non médicaux, il a été réalisé par la Fédération Française de Psychiatrie (FFP), avec le soutien de la DGS et la collaboration de la DGESCO, un guide pour le repérage de la souffrance psychique et des troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent à destination des infirmières et assistantes sociales exerçant dans les lycées et collèges. Ce guide a été diffusé à 15 000 exemplaires en septembre 2013.

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

Dans le secteur de l'éducation nationale, des enseignements sur la souffrance psychique et la crise suicidaire sont inclus dans les formations initiales et continues de différentes catégories de professionnels. D'autres outils viennent en complément de ces formations, comme le guide élaboré à l'attention des équipes éducatives du second degré intitulé, « Une école bienveillante face au mal être des élèves » (Action n° 34)³³.

32 - Pilote : DGS

33 - Pilotes : DGESCO/DGS

En milieu pénitentiaire, des sessions de formations pluridisciplinaires et interprofessionnelles sont proposées aux personnels des unités sanitaires en détention et ont notamment pour objectif de mieux articuler les interventions conjointes des personnels sanitaires et pénitentiaires (Action n° 35)³⁴.

Le programme de formation à l'intervention de crise suicidaire, évoqué ci-dessus, est déployé depuis 2001 : plus de 700 professionnels (psychiatres, psychologues, milieu carcéral...) sont devenus formateurs et près de 70 000 personnes de différents milieux professionnels et associatifs ont bénéficié de ces formations qui sont financées par les ARS depuis 2010. Ces actions ont été poursuivies sur la durée du PNACS et une enquête auprès des ARS a été réalisée par la DGS en 2014 afin d'évaluer la mise en œuvre de ces actions de formations, les prévisions de déploiement, ainsi que pour mieux connaître les attentes et besoins régionaux (Action n° 36)³⁵.

Un module optionnel du Diplôme d'établissement EHESP « Fondamentaux en santé publique » propose cet enseignement, ouvert par ailleurs à la formation continue, à tous les élèves fonctionnaires ainsi qu'aux étudiants de certains masters.

Pour le personnel des équipes soignantes, le contenu de l'enseignement sur la crise suicidaire et sa prise en charge a été inclus dans la formation permanente. En effet, depuis la circulaire du 6 juin 2011 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires, cet enseignement est un axe de formation nationale prioritaire, repris annuellement. C'est l'organisme FORMAVENIR qui réalise cette formation, à l'issue d'un appel à projet de l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH). A ce jour, 28 sessions de formations ont été réalisées et près de 689 personnes ont été formées (principalement des infirmières diplômées d'Etat : 62 % et des aides soignantes : 22 %). La plupart des régions ont bénéficié de ces formations. Cette thématique est reprise dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et une vingtaine de programmes sur le site de l'organisme gestionnaire-DPC sont relatifs au suicide.

→ Mesure 3 : former les responsables en milieu de travail sur les risques psychosociaux

Le milieu de l'entreprise est un « milieu de vie » particulièrement sensible dans la survenue des risques psychosociaux. Il est essentiel que les responsables en milieu de travail soient formés à la prévention de ces risques et que l'ensemble du personnel puisse acquérir un socle de connaissances en matière de prévention des risques psychosociaux : dans cette optique la DGT a mis à disposition des outils pédagogiques sur ce sujet sur le site internet « travailler-mieux.gouv.fr » (Action n° 37)³⁶. Dans la mise en œuvre de cette action, la diffusion du bilan qualitatif des accords sur le stress au travail dans les entreprises de plus de mille salariés, est également présenté sur le site internet. En outre, un guide d'aide au choix d'un consultant a été publié en avril 2012 : « Risques psychosociaux : comment choisir un consultant » afin d'aider l'employeur, en concertation avec les représentants du personnel, à définir les besoins d'accompagnement, choisir le consultant, et encadrer sa mission.

Le guide « *Petites entreprises* » fournit des repères et des outils méthodologiques pour les entreprises de moins de cinquante salariés. Une page web leur est spécifiquement dédiée.

34 - Pilote : DGOS

35 - Pilotes : DGS/DGOS

36 - Pilote : DGT

La formation des managers et des responsables de santé au travail s'appuie sur un référentiel de compétences et sur des outils pédagogiques diffusés par le Réseau francophone de formation en santé au travail (RFFST) ouvert depuis le 1^{er} février 2011. Un bulletin « Les échos du réseau » diffusé via Internet permet une diffusion large des outils pédagogiques disponibles : il existe 25 outils pédagogiques, 37 fiches wiki, 322 termes dans le glossaire (Action n° 38)³⁷.

La première expérimentation menée à ce titre est considérée comme encourageante selon le conservatoire national des arts et métiers (CNAM), comme en témoigne l'enquête menée auprès de ses utilisateurs et/ou contributeurs par l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) en juillet 2012. Le CNAM a décidé en janvier 2013 de reprendre le portage de cet outil pour lequel des financements ont été apportés.

Par ailleurs, le CNAM propose, depuis 2014, un cours en ligne gratuit sur la santé au travail, essentiellement à destination des salariés (cadres, ingénieurs et techniciens). Ce cours ne vise pas à former des spécialistes de la santé au travail mais fournit des éléments en la matière permettant aux cadres ou futurs cadres d'intégrer cette dimension dans leur pratique professionnelle. Le Gepi (Groupe d'échange des préventeurs interentreprises), en lien avec le CNAM, qui rassemble des représentants d'une centaine de grands groupes français, a réalisé un test dénommé « Toosh » (test on occupational safety and health). Suivant la logique du « Toefl » (test of english as a foreign language), il doit permettre de valider un niveau de connaissance en santé et sécurité au travail.

Pour sa part, l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) assure le pilotage d'un programme dénommé « Faire école ». Il poursuit le projet de donner le meilleur accès possible à l'information en santé au travail. Il part du constat que la formation de divers acteurs, notamment les managers, en matière de politique de santé/sécurité au travail, a vocation à être largement renforcée. Le comblement des carences constatées est indispensable à l'exercice des fonctions d'encadrement, d'accompagnement du changement et d'animateur de la politique de santé/sécurité au travail. L'ANI du 19 juin 2013 reconnaît d'ailleurs le rôle primordial de ces acteurs dans la mise en œuvre de la démarche « Qualité de Vie au Travail », dite « QVT » (référence Action n° 27). Le programme « Faire école » mobilisera donc l'enseignement supérieur, en particulier la formation continue, afin de développer et valoriser une offre spécifique adaptée à ces enjeux. Cette mesure a vocation à figurer dans le Plan santé au travail (PST 3) en cours d'élaboration. L'ANACT poursuit ainsi l'objectif d'investir les lieux de formation des managers (formations continues d'école de commerce et d'ingénieurs) afin de mieux les préparer aux fonctions d'encadrement et de promouvoir le rôle central qui est le leur dans la prévention des risques psychosociaux.

Dans une approche plus large des risques psychosociaux, s'intéressant au lien entre la souffrance psychique et le travail, la DGS a procédé à une analyse des schémas régionaux de prévention des ARS, complétée par des échanges avec les correspondants régionaux des ARS. L'objectif était de repérer les initiatives et actions menées en région en matière de souffrance psychique au travail³⁸. Il est ressorti de cette analyse (non exhaustive) que plus d'un tiers des ARS a mis en place des initiatives à ce titre, à travers des interventions en milieu du travail sur la question des addictions ou du suicide, initiatives qui complètent celles prises par la majorité des ARS dans la déclinaison du programme national d'action contre le suicide.

37 - Pilotes : DGT/CNAM

38 - N'ont pas été prises en compte les initiatives réalisées au titre du dialogue social interne aux ARS ou avec les établissements au titre de la fonction publique hospitalière.

AXE 5 : Etudes et recherche

→ Mesure 1 : améliorer la qualité des données et le suivi des tentatives de suicide en population générale et au sein de populations ou dans des lieux de vie spécifique (personnes détenues, travail...)

Des travaux ont été conduits par l'InVS afin d'améliorer la qualité des données et le suivi dans le temps des tentatives de suicide en population générale, ainsi qu'en population spécifique (contexte professionnel, contexte carcéral). Par ailleurs, l'InVS est chargé du pilotage d'un groupe de travail sur la « surveillance épidémiologique des suicides et tentatives de suicide » de l'Observatoire national du suicide et est l'auteur du chapitre « *Les systèmes d'information sur les suicides et les tentatives de suicide* » figurant au premier rapport de l'Observatoire.

Afin d'améliorer les connaissances sur les données concernant les tentatives de suicide en population générale, ainsi que leur suivi au cours du temps, l'InVS réalise une analyse descriptive des tentatives de suicide à partir des données d'hospitalisation du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI-MCO) et du réseau OSCOUR (Action n° 39)³⁹. Des 1^{re} analyses ont été publiées dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire thématique suicide de décembre 2011. Une actualisation des données a fait l'objet d'un rapport publié en septembre 2014 « Hospitalisations et recours aux urgences pour tentatives de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour 2007-2011 ». Par ailleurs, le suivi des antécédents de tentatives de suicide déclarés dans le Baromètre santé fait par l'INPES a aussi été publié dans le BEH thématique suicide.

Dans le cadre du programme de surveillance de la santé mentale selon l'activité professionnelle « Samotrace », l'InVS a procédé à une analyse descriptive selon l'emploi des tentatives de suicide et du risque suicidaire en relation avec le travail publiée dans le BEH Thématique suicide de décembre 2011. (Action n° 40)⁴⁰.

Afin d'améliorer la qualité des données et le suivi des tentatives de suicide des personnes détenues (Action n° 41)⁴¹, l'InVS a réalisé une revue de littérature sur la prévalence des principales pathologies en milieu carcéral, ainsi qu'une étude de faisabilité de l'utilisation des dossiers médicaux des personnes détenues à des fins de surveillance épidémiologique. Dans l'état actuel des choses, les dossiers médicaux ne renseignent pas de façon exhaustive les tentatives de suicide et ne peuvent pas être utilisés comme moyen de surveillance. Ces travaux ont fait l'objet des publications suivantes :

- « État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger » juin 2014
- « Dispositifs de surveillance et enquêtes nationales sur la santé des personnes incarcérées en France et à l'étranger » juin 2014.

39 - Pilote : InVS

40 - Pilote : InVS

41 - Pilote : InVS

→ Mesure 2 : améliorer la qualité des données et le suivi de la mortalité par suicide en population générale et au sein de populations ou dans des lieux de vie spécifique (personnes détenues, travail...)

Sur un financement de la DREES, le CépiDc a réalisé en 2011 une étude visant à estimer la sous-déclaration du suicide dans les statistiques de décès (Action n° 42, sous-action 1)⁴² : Article « *Evaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine* », publié dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire thématique suicide de décembre 2011.

Les objectifs de l'étude étaient d'évaluer la sous-déclaration des suicides dans la statistique nationale des causes de décès et de proposer des recommandations.

Après investigation, le nombre total de suicides corrigé pour la France métropolitaine en 2006 s'élève à 11 405 contre 10 423 enregistrés dans la statistique nationale des causes de décès (+9,4 %). La sous-déclaration est plus importante pour les femmes que pour les hommes puisque le nombre de décès corrigé est 8 250 contre 7 293 pour les hommes (+8,7 %) et de 3 154 contre 2 830 pour les femmes (+11,5 %). La sous-déclaration varie aussi selon les régions, et l'étude montre l'importance d'obtenir l'ensemble des informations sur les causes de décès, en particulier auprès des Instituts médico-légaux (IML).

La DGS a conduit des travaux, en collaboration avec le ministère chargé de la justice (direction des affaires criminelles et des grâces) sur les certificats de décès électroniques et les modèles de certificats de décès afin d'organiser la transmission des informations depuis les instituts médico-légaux (Action n° 42, sous-action 2)⁴³. Ces travaux avaient notamment pour objectif la mise en place d'un volet complémentaire au volet médical de certificat de décès, à transmission uniquement électronique, permettant une transmission sécurisée de données anonymes, des IML vers le CépiDC. Le projet de décret a été soumis au Conseil d'Etat et au Conseil national des opérations funéraires. Sa parution est pendante à la publication de la loi de modernisation du système de santé.

L'amélioration de la qualité des données et du suivi dans le temps de la mortalité par suicide, en relation avec le travail (Action n° 43)⁴⁴, fait également l'objet de travaux réalisés par l'InVS avec notamment :

- la publication en octobre 2013 du rapport de l'étude exploratoire relative à la mise en place d'un système de surveillance des suicides en lien avec le travail ;
- la réalisation d'une première série d'analyses des données de mortalité chez les assurés agricoles portant sur les années 2007 à 2009. Le rapport a été publié en octobre 2013. L'actualisation par les données 2010-2011 est en cours et paraîtra en 2015. Pour le rapport de l'Observatoire national du suicide, deux fiches ont été réalisées :
 - ◇ « *Suicide selon l'emploi exercé* »
 - ◇ « *Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants* »

Dans le cadre de l'Observatoire national du suicide, des recommandations ont été formulées pour améliorer la surveillance des suicides en lien avec le travail :

- mise en place d'une étude de la mortalité par suicide chez les salariés agricoles de la MSA (lancement de l'étude en 2015) ;

42 - Pilote : DREES

43 - Pilote : DGS

44 - Pilote : InVS

- mise en place d'un groupe de travail sur la collaboration avec les services de médecine légale qui sera animé par l'InVS. .

Pour ce qui concerne le milieu carcéral (Action n° 44, sous-action 2)⁴⁵, l'InVS a évalué la qualité de remplissage des certificats de décès par suicide en prison et analysé les diagnostics associés aux suicides en détention (en particulier les pathologies mentales et les addictions).

Concomitamment à cette étude, (Action n°44, sous-action 1)⁴⁶, un groupe de travail, composé de professionnels de santé et de responsables administratifs exerçant en milieu carcéral, a proposé de mettre en place un dispositif de remontée des données médicales et socio-environnementales à des fins de surveillance épidémiologique des actes suicidaires en détention. Une fiche de recueil a été élaborée et diffusée pour test en mai 2014 auprès d'une dizaine d'unités sanitaires en détention. Le faible taux de retour interroge la méthode, une réflexion est engagée autour des suites à donner.

L'amélioration de la qualité des données sur les décès par suicide survenant en établissements médico-sociaux passe par une amélioration du système d'alerte. Dans ce sens, des instructions ont été adressées aux ARS et aux directions régionales de la jeunesse, du sport et de la cohésion sociale (DRJSCS) (Circulaires N°DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 et N° DGCS/SD2A/2011/282 du 12 juillet 2011). Des bilans d'activité des missions d'alerte et de veille des ARS ont été réalisés chaque année entre 2011 et 2013. Les données de chaque bilan ne sont pas exhaustives car elles sont issues uniquement des remontées d'information des établissements vers les ARS puis des ARS vers la mission d'alerte (Corruss). L'évolution des chiffres n'indique pas automatiquement une augmentation des suicides mais peut-être une meilleure transmission de ces informations. (Action n°45)⁴⁷.

→ Mesure 3 : mener de nouvelles études et recherches pour améliorer l'état des connaissances, notamment sur les déterminants des actes suicidaires et de leur répétition

Des recherches sont menées sur le suicide et la santé mentale afin de mieux documenter les facteurs de vulnérabilité et permettre de définir des stratégies de prévention adaptées (Actions n° 46 et 47)⁴⁸ :

- par l'introduction de cette thématique dans les appels à projets du programme de l'Agence Nationale de la Recherche consacré à la recherche en santé mentale (programme SAMENTA Santé mentale et addictions) ;
- dans le cadre de projets de cohortes des investissements d'avenir financés par le grand emprunt :
 - ◊ projet i-Share : suivi annuel pendant 10 ans de 30 000 étudiants en 1^{re} année universitaire. La dépression, le risque suicidaire, les addictions et la survenue d'accidents ou d'actes autodestructifs sont spécifiquement étudiés ;
 - ◊ projet Psy-Coh : suivi pendant 10 ans de 2000 jeunes adultes atteints de schizophrénie et de troubles bipolaires ;

45 - Pilote : InVS

46 - Pilote : DGS

47 - Pilote : DGCS

48 - Pilotes : DGS/ MESR - DGOS

- par l'inscription de la prévention du suicide dans les priorités nationales des Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique (PHRC). Pour exemple, l'étude ALGOS financée dans la cadre de l'appel à projet national PHRC 2009 a étudié l'efficacité d'un algorithme de veille au décours d'une tentative de suicide en termes de récurrence, de comportements suicidaires et d'impact médico-économique. Les résultats de cette étude ont été publiés dans le BMC Psychiatrie en 2011 (Vaiva et al. BMC Psychiatry 2011).

L'Observatoire national du suicide, installé en septembre 2013 par la ministre en charge de la santé, a reçu pour mission essentielle d'améliorer le suivi des suicides et tentatives de suicide, de développer la connaissance des facteurs de risque et des mécanismes conduisant aux suicides et aux tentatives de suicide. Ses missions sont définies par décret n°2013-809 du 9 septembre 2013. Il s'appuie sur deux groupes de travail, l'un sur la surveillance épidémiologique des suicides et des tentatives de suicide, et l'autre en charge de recenser les travaux d'étude et de recherche existants et d'initier de nouveaux travaux.

L'Observatoire national du suicide a lancé en 2015 un appel à projet de recherche sur la thématique du suicide, dont la coordination et la gestion scientifiques sont confiés à l'institut de recherche en santé publique (Iresp).

Les thématiques de cet appel à projets s'articulent autour de 2 axes :

- I - La connaissance des facteurs de risque et de protection du suicide et des mécanismes conduisant aux suicides
- II - L'évaluation de l'efficacité des actions de prévention du suicide.

AXE 6 : Suivi et animation du programme au niveau local

→ Mesure 1 : suivre et animer les déclinaisons régionales du programme national d'actions contre le suicide

Les actions nationales viennent en appui des actions menées par les ARS. La problématique du suicide et de sa prévention est ainsi inscrite dans les volets santé mentale des projets régionaux de santé (PRS) des ARS de façon adaptée aux particularités et priorités régionales.

Le suivi de ces actions est assuré dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre le ministère chargé de la santé et chaque ARS, avec l'insertion d'un indicateur de réduction du taux de suicide (Action n° 48)⁴⁹.

L'ensemble des régions a inscrit la prévention du suicide dans son PRS. Ainsi, chaque ARS déploie, en fonction des priorités qu'elle cible, des actions de prévention, en mobilisant des partenariats institutionnels ou associatifs, au moyen par exemple de conventions ou d'appels à projets pour mieux structurer les interventions. Une enquête spécifique relative au bilan des actions régionales menée en complément du programme national d'action a été réalisée en avril 2015 et a permis de constater la diversité des actions entreprises. Si les initiatives ciblées auprès du public jeunes et des actions de formation à la crise suicidaire (initiées avec le déploiement de la stratégie nationale d'actions face au suicide en 2000) se retrouvent dans toutes les régions, des actions innovantes émergent, liées à la particularité régionale ou infra régionale. A titre d'exemple, on peut citer des actions d'information du grand public, des initiatives de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide après leur sortie de l'hôpital, des partenariats avec des URML, URPS, ou les collectivités territoriales, des conventionnements avec la Mutualité Française ou la MSA, la mise en place de réseaux locaux de lutte contre le suicide. A cet égard, les contrats locaux de santé semblent être un levier intéressant de territorialisation de ces interventions.

Dans le cadre du suivi annuel des CPOM ARS, des dialogues techniques métiers sont organisés entre les ARS et la DGS. En 2014, les dialogues métiers ont permis d'aborder les actions innovantes en santé mentale mises en œuvre par les ARS.

Par ailleurs, la DGS a réuni en juillet 2014, les référents « santé mentale » des ARS (Action n° 49)⁵⁰. A cette occasion, les travaux conduits dans le cadre du programme national d'actions contre le suicide ont fait l'objet d'une présentation et de temps d'échange.

Il importe de signaler que la période de mise en œuvre du PNACS a coïncidé avec la création des ARS, leur montée en charge sur leurs différentes missions, ainsi que la mise en place du pilotage de ces établissements publics qui est désormais confiée au secrétariat général des ministères sociaux.

49 - Pilote : DGS

50 - Pilote : DGS

Composition du comité de pilotage du programme national d'actions contre le suicide

Directions ministérielles

Direction générale de la cohésion sociale
Direction générale de l'offre de soins
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Direction de l'administration pénitentiaire
Direction générale de la police nationale
Direction générale des infrastructures, des transports et de la mer
Direction générale de l'enseignement scolaire
Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle
Direction générale de la recherche et de l'innovation
Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt
Direction générale du travail
Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative

Agences et opérateurs

Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
Caisse nationale du Régime social des indépendants (CNRSI)
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
Institut de veille sanitaire (InVS)
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
Haute autorité de santé (HAS)
Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)
Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)
Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-Inserm (CépiDC)
Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM)
Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)
Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT)

Partenaires associatifs

Groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS)
Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS)
Fédération européenne vivre son deuil (FEVSD)
École des parents et des éducateurs d'Ile-de-France (EPE IDF)
Union nationale des amis et familles de malades mentaux (UNAFAM)
Fédération SOS Amitié
Centre de ressources en suicidologie
Fédération d'aide à la santé mentale - Croix Marine
Schizo Oui
Fédération trauma-suicide-liaison-urgence
France dépression
Argos
Fédération Nationale des Association d'Usagers en Psychiatrie (FNAPSY)

Liste des abréviations

AFERUP : Association Francophone pour l'Etude et la Recherche sur les Urgences Psychiatriques
AFORCUMP-SFP : Association de Formation et de Recherche des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique-
Société Française de Psychotraumatologie
ANCREAI : Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée
ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et
Médico-sociaux
ANFH : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
ANI : Accord National Interprofessionnel
ANR : Agence Nationale de la Recherche
ANSES : Agence Nationale de Sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament
ARS : Agence Régionale de Santé
BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
CCMSA : Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole
CE : Conseil d'Etat
Cépi-DC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CNAM : Conservatoire National des Arts et Métiers
CNBD : Comité National pour la Bienveillance et les Droits
CNOF : Conseil National des Opérations Funéraires
CNQSP : Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CORRUSS : Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales
CPOM : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CPU : Commission Pluridisciplinaire Unique
CRES : Centre Ressource En Suicidologie
DAP : Direction de l'Administrative Pénitentiaire
DCPJ : Direction Centrale de la Police Judiciaire
DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGESCO : Direction Générale de l'Enseignement Scolaire
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS : Direction Générale de la Santé
DGT : Direction Générale du Travail
DMCT : Département des Maladies Chroniques et des Traumatismes
DPC : Développement Professionnel Continu
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DST : Direction de la Surveillance du Territoire
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes
EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
ENAP : Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire
FEVSD : Fédération Européenne Vivre Son Deuil
FFP : Fédération Française de Psychiatrie
FNC : Fédération Nationale des Chasseurs
FTSLU : Fédération Trauma Suicide Liaison Urgences
F2RSM : Fédération de Recherche en Santé Mentale (Nord-Pas-de-Calais)

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
GEPS : Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide
IEJ : Institut Européen de Journalisme
IFSTTAR : Institut Français des Sciences et Technologies des Transports, de l'Aménagement et des Réseaux
IML : Institut Médico-Légal
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité
INVS : Institut de Veille Sanitaire
IRESP : Institut de Recherche en Santé Publique
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MESR : Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview
MSA : Mutualité Sociale Agricole
OCLCTIC : Office Central de la Lutte contre la Criminalité liée aux Technologies de l'Information et de la Communication
OG- DPC : Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONCFS : Office National de la Chasse et de la Faune Sauvage
ONF : Office National des Forêts
ONS : Observatoire National du Suicide
OSCOURS : Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences
PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé
PHAROS : Plateforme d'Harmonisation, d'Analyse, de Recoupement et d'Orientation des Signalements
PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique
PMSI MCO : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en Médecine, Chirurgie et Odontologie
PRS : Projet régional de Santé
RFF : Réseau Ferré de France
RFFST : Réseau Francophone de Formation en Santé au Travail
RPS : Risques Psychosociaux
SFGG : Société Française de Gériatrie et Gériatrie
SNAFAM : Syndicat National de Fabricants d'Armes et Munitions
UIC : Union Internationale des Chemins de fer
UNPS : Union Nationale de Prévention du Suicide

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