

**Évaluation  
du programme national  
d'actions  
contre le suicide  
2011 - 2014**

Collection  
*Évaluation*

# Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a évalué le Programme national d'actions contre le suicide (PNACS) 2011-2014.

Il existe selon les données épidémiologiques un lien étroit entre le suicide et la santé mentale. La situation touche de façon inégale la population et les différentes régions françaises. Les conclusions sont mitigées quant à l'impact du programme. On constate d'insuffisantes avancées sur la recherche et l'observation. Le ciblage des populations semble peu adapté, les populations à risque élevé, comme celles ayant déjà fait une tentative de suicide, n'étant pas les plus ciblées pour les actions. Le programme est construit en cohérence avec les modes d'intervention efficaces mis en évidence par l'Inpes. La démarche est bien entamée et à poursuivre sur plusieurs actions, notamment la sensibilisation des médias à la thématique du suicide.

L'évaluation du HCSP porte en particulier sur les points suivants : la pertinence des mesures et actions du programme au regard de ses objectifs, la gouvernance du programme, son pilotage, la mobilisation des acteurs, l'apport du programme dans la politique de prévention du suicide mise en œuvre au niveau régional, la diffusion, l'appropriation des outils élaborés par l'Inpes, l'atteinte des objectifs, l'impact du programme.

Le HCSP formule 9 recommandations générales pour repenser la lutte contre le suicide. Parmi celles-ci, promouvoir un double objectif de prévention générale et de prévention spécifique, inscrire la prévention du suicide dans le champ de la santé mentale, cibler les populations à risque.

# **Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014**

**Rapport**

Mars 2016

**Ce document a été validé par la Commission spécialisée « Prévention, éducation et promotion de la santé » le 2 mars 2016 et par la Commission spécialisée « Évaluation, stratégie et prospective » le 3 mars 2016.**

## **Avant-propos**

Les évaluations des programmes ou des plans de santé publique réalisées par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) ont pour objectif d'apprécier leur efficacité et leur impact.

L'évaluation vise à produire des connaissances sur les actions publiques, notamment quant à leurs effets, dans le double but de permettre aux citoyens d'en apprécier la valeur et d'aider les décideurs à en améliorer la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la cohérence et les impacts.

Il s'agit d'évaluations externes, indépendantes et impartiales menées après saisine des ministères concernés ou éventuellement après autosaisine du HCSP. Ces évaluations prennent en compte l'ensemble des parties prenantes.

Ces évaluations sont conduites conformément aux principes et aux procédures du HCSP et conformément aux recommandations internationales et ne donnent pas lieu à des procédures contradictoires.

Elles respectent les principes de la charte de la Société Française d'Évaluation.

En conséquence, les appréciations, observations et recommandations exprimées dans le présent rapport le sont sous la seule responsabilité du Haut Conseil de la santé publique.

## SOMMAIRE

<b>Saisine</b> .....	<b>6</b>
<b>Composition du Comité d'évaluation</b> .....	<b>8</b>
<b>Synthèse des travaux</b> .....	<b>10</b>
<b>Introduction – Démarche d'évaluation</b> .....	<b>14</b>
Présentation du programme.....	14
Objectifs des travaux.....	14
Méthodologie et déroulement de l'évaluation.....	16
<b>Partie 1. Données épidémiologiques : le suicide, un rapport étroit avec la santé mentale</b> .....	<b>20</b>
1.1 Éléments épidémiologiques généraux et données disponibles sur les relations entre troubles mentaux et suicides.....	20
Que savons-nous du suicide ? Définitions, fréquences, profils de population.....	20
Les facteurs connus de risque de suicide : l'importance des facteurs individuels .....	26
1.2 Synthèse de la littérature sur les interventions efficaces .....	29
<b>Partie 2. Synthèse de l'évaluation des actions du programme national d'actions contre le suicide</b> .....	<b>30</b>
2.1 49 actions du programme 2011-2014 couvrant les registres d'action reconnus comme ayant une efficacité avérée sur la prévention du suicide, mais de manière inégale.....	30
Rubrique 1 : La restriction de l'accès aux moyens létaux .....	30
Rubrique 2 : Le maintien d'un contact avec les personnes à risque .....	31
Rubrique 3 : La réorganisation des soins .....	32
Rubrique 4 : La mise en œuvre de lignes d'appels d'urgence .....	37
Rubrique 5 : La formation des médecins généralistes et autres professionnels.....	38
Rubrique 6 : Les campagnes d'information du grand public .....	39
Rubrique 7 : La recherche et l'observation.....	44
Rubrique 8 : La gouvernance et l'évaluation .....	46
2.2 Enseignements issus des actions menées en région .....	48
<b>Partie 3. Recommandations pour orienter l'action publique</b> .....	<b>52</b>
3.1 Principaux enseignements de l'évaluation du programme 2011-2014 .....	52
Un certain nombre d'insuffisances dans le programme 2011-2014, notamment concernant le ciblage des publics à risque .....	52
Ne pas s'engager dans un nouveau plan ou programme consacré spécifiquement à la prévention du suicide.....	53
3.3 Les principes généraux .....	55
3.4 Détail des recommandations.....	55
1. Promouvoir un double objectif : prévention générale et réduction du nombre de suicides.....	55
2. Inscrire la prévention du suicide dans le champ de la politique de santé mentale .....	56
3. Cibler les populations à risque, en prenant en compte les principaux risques suicidaires (idées suicidaires, tentatives de suicides, troubles mentaux suicidogènes) .....	57
4. Fixer des objectifs de réduction du nombre de suicides, à décliner en fonction des contextes régionaux et des catégories à risque.....	57

5. Organiser les programmes d'actions à partir du corpus des interventions efficaces .....	58
6. Connecter la formation des professionnels, les lignes d'écoute téléphonique et l'information du public à des réseaux de prise en charge et de soins .....	58
7. Développer l'observation et la recherche .....	58
8. Évaluer les actions conduites en région .....	58
9. Piloter l'atteinte des objectifs de réduction du nombre de suicide .....	58
Synthèse des recommandations et hiérarchisation des priorités d'action .....	59
I. Former au repérage de la crise suicidaire et à la prévention du risque suicidaire chez les personnes à risque .....	59
II. Développer une organisation des soins pour le suivi systématique des personnes ayant fait une tentative de suicide et les populations vivant avec des troubles psychiques à forte suicidalité .....	60
III. Mener des actions de promotion de la santé mentale et des compétences psychosociales.	61
IV. Organiser un suivi sur une base régionale, de l'évolution du nombre de suicides, soutenu par un dispositif d'observation efficace et par une obligation d'évaluation .....	61
<b>Partie 4 – Proposition pour guider les priorités d'un programme visant à réduire le nombre de suicides .....</b>	<b>64</b>
4.1 Prise en charge des suicidants (personnes ayant fait une tentative de suicide) .....	64
4.2 Prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux fortement suicidogènes ....	66
<b>Partie 5 - Annexes .....</b>	<b>68</b>
1. Tableau des auditions .....	68
2. Documents clés .....	70
3. Principaux sigles utilisés .....	71
4. Table des figures .....	72

# Saisine



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ



Direction générale de la Santé

Le directeur général de la santé

Sous-direction de la santé des populations et de la  
prévention des maladies chroniques  
Bureau de la psychiatrie et de la santé mentale  
Personne chargée du dossier : Rkia Elouadi  
Tél. 01 40 56 49 66  
DGS/MC4/N° D. 16. 12122

à  
Monsieur le Président du  
Haut Conseil de la Santé Publique  
18, place des cinq Martyrs du lycée Buffon  
75014 PARIS

Paris, le **22 AOUT 2014**

Objet : Saisine du Haut conseil de la santé publique - Evaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014

P.J. : Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014

Le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 a été élaboré sur la base des préconisations de la commission Lebreton. Cette commission, mise en place en 2008 par la ministre chargée de la santé, était composée d'experts et de partenaires institutionnels et associatifs engagés dans la prévention du suicide. Ses travaux ont permis de dégager des pistes d'amélioration pour la politique nationale de prévention du suicide qui ont été déclinées en action concrètes dans un programme construit en partenariat avec plusieurs ministères.

Le programme national d'actions contre le suicide aborde ainsi la question du suicide dans sa globalité, de la prévention à la prise en charge des suicidants et à la *postvention*. Il comporte 49 mesures regroupées en six axes :

- développement de la prévention et de la *postvention* ;
- amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire ;
- information et communication autour de la prévention du suicide ;
- formation des professionnels ;
- études et recherche ;
- suivi et animation du programme.

Ce programme a été lancé en septembre 2011. Il mobilise plusieurs départements ministériels (éducation nationale, travail, agriculture,...), des agences et institutions nationales (l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'institut de veille sanitaire, la Haute autorité de santé,...), ainsi que des partenaires associatifs engagés dans la prévention du suicide.

Le pilotage du programme national d'actions contre le suicide est assuré par un comité interministériel, placé sous ma présidence. Ce comité s'est réuni pour la deuxième fois le 27 mars dernier et a été l'occasion de présenter les actions mises en œuvre issues des groupes de travail.

Comme la ministre l'a annoncé en septembre 2013, la santé mentale constitue l'une des priorités de la stratégie nationale de santé. Le suicide est un problème majeur de santé publique, sa prévention une priorité.

Le programme national 2011-2014 arrivant à échéance à la fin de l'année 2014, je souhaite que le Haut Conseil de la Santé Publique procède à son évaluation.

Vous évaluerez notamment :

- la pertinence des mesures et actions du programme au regard de ses objectifs et au regard de l'objectif général de réduction de la mortalité par suicide en France. Vous porterez une attention particulière aux populations et milieux de vie identifiés dans le programme (jeunes, personnes âgées, personnes détenues et milieu scolaire, milieu professionnel, institutions pour personnes âgées, dépendantes, monde agricole) ;
- la gouvernance du plan, son pilotage, la mobilisation des différents acteurs ;
- l'apport du programme dans la politique de prévention du suicide mise en œuvre au niveau régional et sa pertinence au regard des disparités régionales en termes de mortalité par suicide ;
- la diffusion, l'appropriation par les acteurs des outils élaborés par l'Inpes. Vous indiquerez des pistes pour en évaluer l'impact ;
- l'atteinte des objectifs, l'impact du programme.

Les recommandations que vous établirez sur la base de cette évaluation appuieront notre décision sur les suites à donner à ce programme et à la politique de prévention du suicide. Vous proposerez ces orientations dans la perspective de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé.

Je souhaite disposer des premiers éléments de l'évaluation pour la fin du premier trimestre 2015 et un rapport final avant l'été.

Les administrations et institutions impliquées dans la mise en œuvre du programme national d'actions contre le suicide vous communiqueront les éléments nécessaires à vos travaux. Mes services se tiennent dès à présent à votre disposition pour évoquer plus avant les éléments de ce dossier.

Le Directeur Général de la Santé,



Professeur Benoît VALLET

## Composition du Comité d'évaluation

Le comité d'évaluation (Codev) constitué pour la réalisation de l'évaluation était composé de :

**Monique ALLÈS-JARDEL** (membre de la commission spécialisée "Prévention, éducation et promotion de la santé" du HCSP), professeure de psychologie Université Sabatier Toulouse III

**Xavier BRIFFAULT** (membre de la commission spécialisée "Prévention, éducation et promotion de la santé" du HCSP), Chercheur en sciences sociales et épistémologie de la santé mentale au CNRS, rattaché au CERMES3

**Brigitte HAURY**, Médecin de santé publique

**Caroline HUAS**, Médecin généraliste, Inserm U1178, Secrétaire du Conseil Scientifique du Collège National des Généralistes Enseignants

**Viviane KOVESS** (membre de la commission spécialisée "Evaluation, stratégie et prospective" du HCSP), Professeure de psychiatrie et épidémiologiste

**Véronique MALLET** (SG-HCSP), Chargée des politiques de santé

**Bruno MARESCA** (pilote) (membre de la commission spécialisée "Evaluation, stratégie et prospective" du HCSP), Sociologue, directeur de recherche, Sciences Po Paris

**Margot MORGIÈVE**, Psychologue sociologue, CERMES3 et BEBG, ICM - Pitié-Salpêtrière

**Louis TANDONNET**, pédopsychiatre, Praticien hospitalier, Agen

**Ann PARIENTE-KHAYAT** (SG-HCSP), Médecin de santé publique

Deux pilotes ont été désignés au sein de ce Codev : Xavier BRIFFAULT et Bruno MARESCA

**Assistance à maîtrise d'ouvrage EY** : Christina CASTELLA, Carine CHAIX-COUTURIER, Lucie HUMEAU, Véronique MÉNEZ



## Synthèse des travaux

Le suicide fait l'objet d'une politique nationale spécifique depuis les années 1990, formalisée dans une première stratégie nationale d'actions en 2000. Le Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 (PNACS), pour lequel les travaux d'évaluation sont présentés ici, a été conçu à l'issue des travaux menés dès 2008 par un comité d'experts et de partenaires institutionnels et associatifs, présidé par le sociologue David Le Breton. Ce programme couvre un large périmètre de thématiques rattachées au suicide, et se décline en 6 axes, 21 mesures et 49 actions. Ces actions ont concerné un grand nombre de partenaires publics et privés (périmètre interministériel) visant une prise en charge globale de la question.

En août 2014 soit vers la fin de ce Programme, la Direction générale de la santé (DGS) a saisi le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) pour l'évaluation du PNACS 2011-2014 sur les aspects suivants : la pertinence des mesures et actions du programme au regard de ses objectifs, la gouvernance du programme, son pilotage, la mobilisation des acteurs, l'apport du programme dans la politique de prévention du suicide mise en œuvre au niveau régional, la diffusion, l'appropriation des outils élaborés par l'Inpes, l'atteinte des objectifs, l'impact du programme. L'objectif de cette évaluation est de formuler des recommandations pour orienter la DGS sur les suites à donner à la politique de prévention du suicide.

Le Comité d'évaluation (Codev) *ad hoc* mis en place par le HCSP pour cette évaluation, constitué d'experts membres ou non du HCSP, s'est réuni entre avril 2015 et janvier 2016. Ceux-ci se sont attachés à évaluer le PNACS 2011-2014 selon une méthodologie associant une revue de la littérature scientifique, une collecte documentaire, la rencontre de parties prenantes (16 séances d'auditions réalisées, avec 19 acteurs représentés), en s'appuyant sur le référentiel d'évaluation du HCSP.

### **Les données épidémiologiques et suicidologiques soulignent le lien étroit entre le suicide et la santé mentale**

#### **Une situation touchant de façon inégale la population et les différentes régions françaises**

Plusieurs données épidémiologiques permettent de caractériser le suicide dans sa globalité : la prévention du suicide recouvre des événements bien distincts, dont deux principaux que sont le suicide complété et la tentative de suicide. Environ 195 000 tentatives de suicide sont enregistrées chaque année en France, versus environ 12 000 suicides. Alors que le suicide complété touche surtout les hommes (fréquence relative plus élevée chez les hommes âgés mais nombre absolu de suicides supérieur chez les hommes âgés de 40 à 50 ans), les tentatives de suicide sont d'abord le fait des jeunes femmes âgées de 15 ans à 19 ans, puis celui des femmes âgées de 40 ans à 50 ans. Sur le plan géographique les régions françaises sont inégalement touchées, le taux de suicide allant de 9 pour 100 000 en Île-de-France à 28 pour 100 000 en Bretagne, avec des variations encore plus importantes à des niveaux infrarégionaux et infra-départementaux. La France se place dans la moyenne haute des pays industrialisés en termes de prévalence du suicide.

Le taux de suicide a connu un pic autour de 1985, mais on observe une tendance globale à la baisse depuis vingt-cinq ans. Ces évolutions sont toutefois difficilement attribuables à des facteurs sociaux ou environnementaux précis, l'étude du suicide relevant en fait d'abord d'une approche « microscopique » de facteurs individuels.

#### **L'importance des troubles psychiques dans les facteurs de risque**

Les approches « macroscopique » et « microscopique » des facteurs de risque de suicide peuvent se croiser, facteurs de risque présents depuis longtemps chez l'individu et sources de vulnérabilité se conjuguant à des risques « circonstanciels » pour précipiter le risque suicidaire. Les principaux facteurs de risque de suicide identifiés sont d'abord les antécédents de tentative de suicide, suivis des troubles psychiques (en particulier dépressifs), des troubles de la personnalité, mais aussi de la consommation d'alcool ou encore des événements de la vie relationnelle (deuil, séparation, ...).

Ainsi, la combinaison de facteurs de vulnérabilité chez un individu permet de cibler les populations les plus à risque (environ 1 million de personnes par an, dont 200 000 suicidants) et donc les actions à mener auprès de cette population.

### **Des conclusions mitigées relatives à l'évaluation du programme**

Le travail d'évaluation fournit plusieurs conclusions quant à la pertinence, la cohérence ou encore l'efficacité du Programme et de ses actions.

#### **Une transposition pertinente des modes d'intervention jugés efficaces par la littérature scientifique**

Le Programme semble être construit en cohérence avec les modes d'intervention efficaces mis en évidence par l'Inpes, les axes du Programme pouvant tous être rattachés à ces modes d'intervention. Les efforts envisagés dans le programme en matière de suivi et de recherche complètent utilement le programme et viennent pallier les déficiences existantes en la matière. Néanmoins l'analyse détaillée du Programme fait apparaître plusieurs faiblesses qui limitent en fait l'efficacité des actions.

#### **Une démarche bien entamée et à poursuivre sur plusieurs actions**

La sensibilisation des médias constitue un enjeu de taille sur la thématique du suicide, que le PNACS 2011-2014 s'est attaché à encourager en soutenant le programme Papageno. De nombreuses écoles de journalisme ont bénéficié de ce programme, il convient maintenant de maintenir les efforts de diffusion de cette formation, et de les élargir aux services de communication institutionnelle.

#### **Un ciblage inadapté des populations destinataires des actions**

Alors que de nombreuses actions du PNACS interviennent très en amont du suicide en couvrant la population générale ou certains groupes de population présentant des vulnérabilités spécifiques (personnes en situation de handicap, personnes sourdes et malentendantes), les populations à risque élevé (personnes ayant déjà fait une tentative de suicide par exemple) ne sont pas les plus ciblées par le programme, limitant le potentiel d'impact de ces actions. De même, les actions auprès des professionnels de santé sont insuffisamment ciblées sur les professionnels intervenant en première ligne auprès des personnes suicidaires, comme les médecins généralistes. Bien que de nombreuses actions traitent de sujets pertinents dans la prévention du suicide, leurs définitions sont encore trop vastes ou imprécises.

En outre, plusieurs actions semblent relever davantage de la politique de santé mentale que d'un programme spécifique au suicide, comme par exemple les actions de lutte contre la discrimination et la stigmatisation ou la prise en charge de la dépression. En lien avec cela, il peut être constaté que les actions sont relativement diffuses, et par conséquent non menées à leur terme (accès aux moyens létaux par exemple) faute de ciblage des efforts.

#### **Une gouvernance à préciser**

À l'échelon national, le Programme ne s'est pas appuyé sur la transversalité qu'il préconisait par manque d'une réelle dynamique interministérielle. À l'échelon régional, les ARS sont en attente d'une mise en réseau et d'une coopération plus actives. Leur appropriation du Programme n'a été que partielle, du fait notamment d'une implication ressentie comme insuffisante lors de l'élaboration du Programme. Le Programme peut sembler « inachevé » au sens où il n'est pas allé jusqu'à fixer des objectifs chiffrés en termes de réduction des suicides et des tentatives, le rendant ainsi moins lisible et concret aux yeux des acteurs qui le mettent en œuvre. Enfin, l'absence de moyens financiers dédiés a constitué un frein à la mise en œuvre et à l'efficacité des actions du PNACS.

### **D'insuffisantes avancées sur la recherche et l'observation**

Bien que les thèmes de la recherche et de l'observation aient fait l'objet d'un axe dédié, les avancées observées restent insuffisantes depuis 2011. À titre d'exemple, le déploiement du certificat de décès électronique se fait lentement (actuellement seuls 10 % des certificats), ou encore l'autopsie psychologique n'est pas pratiquée par les unités de recherche en France. Donner à la France une place en matière de recherche évaluative en santé mentale nécessite des moyens plus ambitieux que ceux qui ont été fixés au Programme.

### **Neuf recommandations pour repenser l'action en matière de lutte contre le suicide en France**

En conclusion de cette évaluation, neuf recommandations sont formulées :

1. Promouvoir un double objectif : prévention générale en amont visant un effet dans plusieurs années et prévention spécifique visant une réduction effective du nombre de suicides à court terme
2. Inscrire la prévention du suicide dans le champ de la santé mentale (sans en faire un programme spécifique)
3. Cibler les populations à risque, en prenant en compte les catégories de comportements suicidaires et de troubles psychiques suicidogènes.
4. Fixer des objectifs de réduction du nombre de suicides, en les déclinant en fonction des contextes régionaux et des catégories à risque
5. Organiser les actions visant la réduction du nombre de suicides à partir du corpus des interventions efficaces
6. Connecter la formation des professionnels (avec les moyens nécessaires), les lignes d'écoute téléphonique et l'information du public à des réseaux de prise en charge et de soins
7. Développer l'observation et la recherche
8. Évaluer les actions conduites dans les régions, dans la perspective d'aider au pilotage
9. Piloter l'atteinte des objectifs de réduction du nombre de suicides, en lien étroit avec l'évaluation et l'observation



# Introduction – Démarche d'évaluation

## Présentation du programme

Enjeu et priorité de santé publique depuis le milieu des années 1990, le suicide mobilise différents acteurs nationaux et régionaux du lien social et de la santé publique sur un certain nombre d'actions, formalisées dans la première stratégie d'actions nationale face au suicide (2000-2005). Le Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 (PNACS) est le fruit des travaux menés à partir de 2008 par un comité d'experts et de partenaires institutionnels et associatifs, présidé par le sociologue David Le Breton. Lancé en 2011, le programme entend aborder la prévention du suicide dans sa globalité et décline 6 axes, 21 mesures et 49 actions déployées par un grand nombre de partenaires publics et privés (périmètre interministériel) visant une prise en charge globale :

- Développement de la prévention et de la postvention,
- Amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire et de leur entourage,
- Information et la communication autour de la santé mentale et de la prévention du suicide,
- Formation des professionnels,
- Développement des études et de la recherche,
- Suivi et animation du programme au niveau local.

La mise en place de l'Observatoire National du Suicide (ONS) en septembre 2013 a notamment pour objectif de renforcer les synergies entre les différents acteurs concernés.

Ces travaux d'évaluation interviennent dans une période de transition. En 2016, en effet, le contexte de la stratégie nationale de santé (SNS), de la réforme territoriale et de la refonte des projets régionaux de santé va très certainement faire évoluer les orientations nationale et régionale de déploiement des politiques de santé au sein desquelles la santé mentale revêt une importance capitale (morbi-mortalité, épidémiologie/ poids financier/ attentes des patients, des usagers, des aidants, des professionnels, etc.).

## Objectifs des travaux

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi par la Direction générale de la santé (DGS) à 2 occasions en 2014 pour évaluer ces deux programmes et plan de santé publique : le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 et le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015.

L'évaluation du PNACS porte sur les éléments suivants (extrait de la Saisine du Haut Conseil de la Santé Publique par la Direction Générale de la Santé du 22 août 2014) :

- **Pertinence des mesures** et actions du PNACS au regard de ses objectifs et au regard de l'objectif général de réduction de la mortalité par suicide en France ;
- **Gouvernance** du programme, pilotage, mobilisation des différents acteurs ;
- Apport du programme dans la politique de prévention du suicide au niveau régional et sa pertinence au regard des disparités régionales en termes de mortalité par suicide ;
- Diffusion, appropriation par les acteurs des outils élaborés par l'Inpes ;
- Atteinte des objectifs, impacts du programme.

Les recommandations qui en découlent orienteront la DGS sur les suites à donner à la politique de prévention du suicide. Ces orientations devront s'inscrire dans la perspective de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé.

*Remarque : Compte tenu de l'orientation du programme évalué sur l'approche du suicide en termes de prévention, le CODEV a fait le choix d'exclure du champ de ses réflexions des questions comme la fin de vie assistée qui relèvent du débat éthique. De même, le CODEV n'a pas développé en préambule de réflexions sur la définition du suicide, ni sur la question de la liberté individuelle concernant cet acte extrême.*

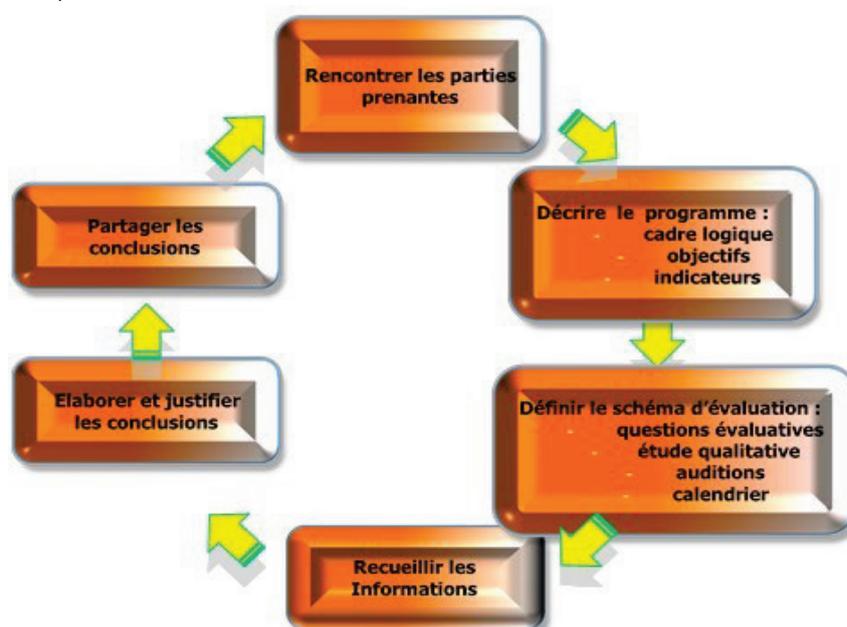
*L'approche évaluative est donc résolument centrée sur la prévention du suicide en tant que question de santé publique, requérant un programme d'actions efficaces pour réduire le nombre des suicides que l'on peut considérer comme évitables.*

## Méthodologie et déroulement de l'évaluation

Pour mener à bien cette évaluation, le HCSP a mis en place en avril 2015 un comité d'évaluation *ad hoc* (Codev) pluridisciplinaire, composé de professionnels, membres du HCSP et experts extérieurs :

- **Monique ALLES**, Professeure en Psychologie de la santé Université Sabatier Toulouse III, membre du HCSP (commission Prévention, Éducation et Promotion de la Santé, CS-PEPS)
- **Xavier BRIFFAULT**, chercheur en sciences sociales et épistémologie de la santé mentale au CNRS, rattaché au CERMES3, membre du HCSP (commission Prévention, Éducation et Promotion de la Santé, CS-PEPS), co-pilote du Codev
- **Brigitte HAURY**, Médecin inspecteur de santé publique
- **Caroline HUAS**, médecin généraliste, Inserm U1178, secrétaire du conseil scientifique du CNGE, maître de stage des universités
- **Viviane KOVESS-MASFETY**, psychiatre, professeure EHESP et épidémiologiste, membre du HCSP (commission Évaluation, Stratégie, Prospective, Cs-ESP),
- **Bruno MARESCA**, sociologue et directeur de recherche associé auprès du CREDOC, chargé de cours à Sciences Po Paris, membre du HCSP (commission Évaluation, Stratégie, Prospective, Cs-ESP), co-pilote du Codev
- **Margot MORGIEVE**, psychologue sociologue au CERMES3, Université Paris Descartes, BEBG, ICM - Institut du Cerveau et de la Moelle épinière, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière
- **Louis TANDONNET**, pédopsychiatre, praticien hospitalier, CH Candélie-Agen
  
- **Véronique MALLET**, chargée des politiques de santé, Secrétariat général du Haut Conseil de la santé publique
- **Ann PARIENTE-KHAYAT**, Médecin de santé publique, Secrétariat général du Haut Conseil de la santé publique

Ce Codev a été accompagné par le cabinet EY tout au long de la démarche pour l'assistance à maîtrise d'ouvrage sélectionné après un appel d'offres selon le code des marchés publics (Christina Castella, Carine Chaix-Couturier, Lucie Humeau, Véronique Menez). La démarche d'évaluation a suivi la méthodologie des évaluations des plans de santé publique adoptée par le HCSP<sup>1</sup> (cf. schéma ci-dessous).



<sup>1</sup> <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=382>

L'évaluation s'est construite collectivement au fil de 13 réunions du comité d'évaluation, qui se sont tenues entre avril 2015 et janvier 2016. Ces réunions se sont articulées autour d'auditions d'intervenants extérieurs et d'échanges en comité restreint.

La réflexion du Codev s'est articulée autour de plusieurs sources d'informations :

- une collecte documentaire réalisée en amont des auditions et tout au long de la démarche, afin de fournir aux experts un large panel de données d'analyse.
- 19 acteurs auditionnés (détail en annexe) permettant au Codev de faire participer un panel large d'acteurs en lien avec la thématique du suicide.

Sur le plan méthodologique, un référentiel d'évaluation a été proposé aux experts évaluateurs, permettant de structurer une grille de lecture des actions du Programme. Les questions évaluatives ont été élaborées à partir des cinq critères d'évaluation suivants, selon la méthodologie du HCSP présentée lors du séminaire du 11 décembre 2013 « De l'évaluation des plans à l'élaboration des politiques de santé publique » [1] :

- Pertinence / cohérence interne : Dans quelle mesure le Programme répond-t-il aux besoins des professionnels et des usagers ? Les orientations stratégiques proposées sont-elles cohérentes ?
- Gouvernance, pilotage et suivi : Les modalités de pilotage, de gouvernance et de suivi ont-elles contribué à l'atteinte des objectifs ?
- Cohérence externe : Dans quelle mesure le Programme s'articule-t-il avec les autres programmes, plans, schémas et stratégies dans le domaine de la santé mentale ?
- Efficacité : Les objectifs affichés dans le Programme ont-ils été atteints ?
- Impact : Dans quelle mesure le Programme a-t-il permis de réduire le nombre de suicides en France ?

Sur la base de ces premiers éléments d'évaluation, une grille d'analyse commune a guidé et orienté le travail des experts. Les actions du PNACS ont été mises au regard des sept modes d'intervention efficaces dans la prévention du suicide, mis en avant par l'Inpes dans sa revue de littérature publiée en 2013 ("Les interventions efficaces dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature", cf. détails ci-dessous), auxquels ont été ajoutés deux axes complémentaires présents dans le Programme.

Dans chacune de ces thématiques d'actions, la cohérence, la pertinence et l'impact des actions du PNACS ont été évalués, en fonction des données disponibles.

La consolidation des différentes analyses et la rédaction du rapport final ont fait l'objet d'un travail collectif, sollicitant la contribution de l'ensemble des membres du Codev.

Les limites auxquelles a été confronté le Codev dans sa démarche ont été de plusieurs natures :

- l'impact du Programme sur le taux de suicide n'a pas pu être évalué, du fait des difficultés d'accès aux données statistiques (les données les plus récentes datent de 2012), mais aussi de la complexité à établir des corrélations explicatives entre les actions du Programme et les évolutions du taux de suicide ;
- les actions relatives au suicide en milieu carcéral ont été exclues des analyses, dans la mesure où le ministère de la Justice a fait part de son projet de mener une évaluation spécifique ;
- l'absence de budget d'intervention dédié pour ce Programme n'a pas permis de s'appuyer sur les volumes de dépenses pour établir le niveau de réalisation des actions.

En conclusion de ces travaux, ce rapport présente les éléments d'analyse réunis par les experts en charge de l'évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014.

Sont présentés :

- un rappel des données contextuelles (principaux éléments épidémiologiques, données disponibles sur les causes du suicide, interventions jugées efficaces au vu des articles scientifiques récents publiés dans la littérature internationale) ;
- les éléments permettant de nourrir l'évaluation des actions du PNACS 2011-2014 ;
- les recommandations pour une stratégie permettant de guider les actions visant la réduction du nombre de suicides, dans le cadre de la politique nationale de santé.



## Partie 1. Données épidémiologiques : le suicide, un rapport étroit avec la santé mentale

Le suicide est un phénomène complexe, toujours tragique, qui inquiète un large public. Le sujet est régulièrement relayé par la presse avec des approches qui s'appuient sur l'émotion et le caractère insupportable de la mort auto-provoquée. Cette information est peu étayée par des données scientifiques sur les facteurs explicatifs du suicide qui ne sont pas toujours faciles à appréhender. En France, les travaux de Durkheim sur les régularités sociologiques du suicide et le rôle de l'anomie [2], ont longtemps servi de référence et contribué à entretenir l'idée que le suicide est un phénomène social alors que les recherches les plus récentes semblent démontrer qu'il s'agit davantage d'un risque individuel et familial souvent associé à une maladie mentale identifiée. En termes épidémiologiques, le nombre heureusement limité de suicides (environ 12 000 suicides en France par an pour une population de 65 millions) contribue à la difficulté de l'appréhension des facteurs de risque et de l'évaluation des résultats des actions de prévention.

### 1.1 Éléments épidémiologiques généraux et données disponibles sur les relations entre troubles mentaux et suicides

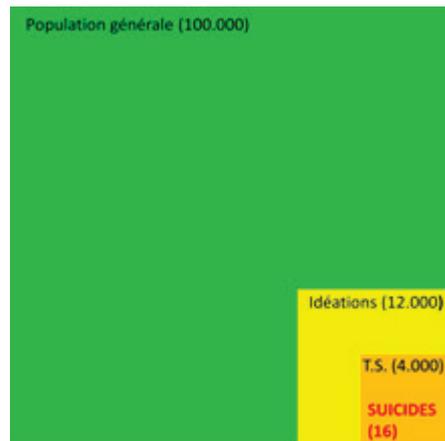
#### Que savons-nous du suicide ? Définitions, fréquences, profils de population

##### **L'étude du suicide est souvent confondue avec celle des « comportements suicidaires »**

Les comportements suicidaires se composent du suicide dit complété (décès par suicide, le terme de sujet suicidé est généralement utilisé), des tentatives de suicide (le sujet a tenté de mettre fin à ses jours mais a survécu, on parle alors de sujet suicidant), des plans suicidaires (le sujet a réfléchi sur la manière dont il mettrait en place son suicide sans pour autant le mettre en œuvre, on parle alors de sujet suicidaire), et des idées suicidaires (le sujet a eu l'idée qu'il pourrait éventuellement un jour se suicider), ainsi que pour certains des « équivalents suicidaires » (comportements à risque de mort sans que le sujet n'en ait explicitement conscience) qui restent controversés. Les blessures auto-infligées (automutilations) sans intention suicidaire, bien qu'appartenant à une catégorie clinique différente et controversée, partagent certains facteurs de risque avec les comportements suicidaires.

La fréquence de ces différents comportements est très inégale. Comme le montre la figure 1 ci-dessous, les idées suicidaires sont assez fréquentes : 12 % des Français ont eu cette pensée au moins une fois dans leur vie, les tentatives le sont déjà moins (4 % des Français) et le suicide dit « complété », est beaucoup plus rare (0,02 %). La grande majorité des personnes qui ont des idées suicidaires ou qui ont fait des tentatives de suicide ne se suicideront pas et, inversement, parmi les personnes qui se sont suicidées, certaines n'ont fait aucune tentative de suicide (TS) voire n'ont pas eu d'idées suicidaires préalables. Pour autant, la tentative de suicide est l'un des principaux facteurs de risque de suicide complété.

Figure 1 - Part des idéations, des tentatives de suicide et des suicides dans la population générale



Source : Turecki, G., & Brent, D. a. (2015). Suicide and suicidal behaviour. Lancet, ePub  
doi:10.1016/S0140-6736(15)00234-2

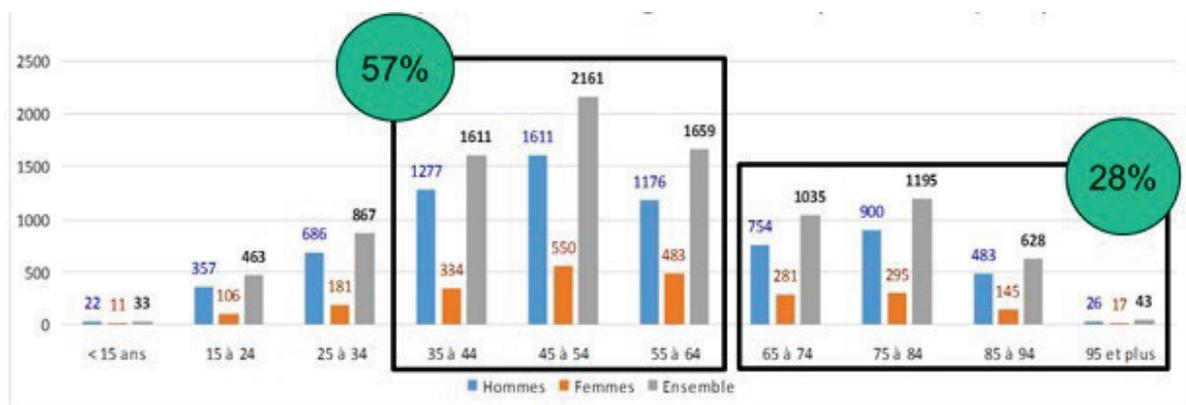
Guide de lecture. Cette figure situe l'importance des "suicidants" dans la population générale : en rouge le nombre de décès par suicide, soit 16 sur 100 000 habitants ; en orange les tentatives de suicide (TS), soit 4 000 sur 100 000 ; en jaune le nombre de personnes déclarant des idées suicidaires (idéations), soit 12 000 sur 100 000.

### Les tentatives de suicide et le suicide ne prédominent pas dans les mêmes populations

Le suicide « complété » (la personne décède suite à son acte suicidaire) touche surtout les hommes et sa fréquence relative plus fortement les hommes âgés (figures 2 et 4). En nombre absolu, ce sont les hommes au milieu du cycle de vie (40-50 ans) qui sont les plus concernés. L'évolution dans le temps des taux de suicide par âge fait ressortir des tendances marquées. En effet, si le taux de suicide tous âges confondus a diminué, ce taux sur la tranche d'âge des 45-54 ans et 55-64 ans a augmenté, faisant de ces tranches d'âges les plus touchées par le phénomène, en chiffres absolus (cf. figure 2).

En comparaison, les tentatives de suicide sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes : le pic des tentatives de suicide se situe d'abord chez les 15-19 ans, puis chez les femmes d'âge moyen (40-50 ans) (cf. figure 3).

Figure 2 - Nombre de décès par suicide en France par tranche d'âge, en 2012

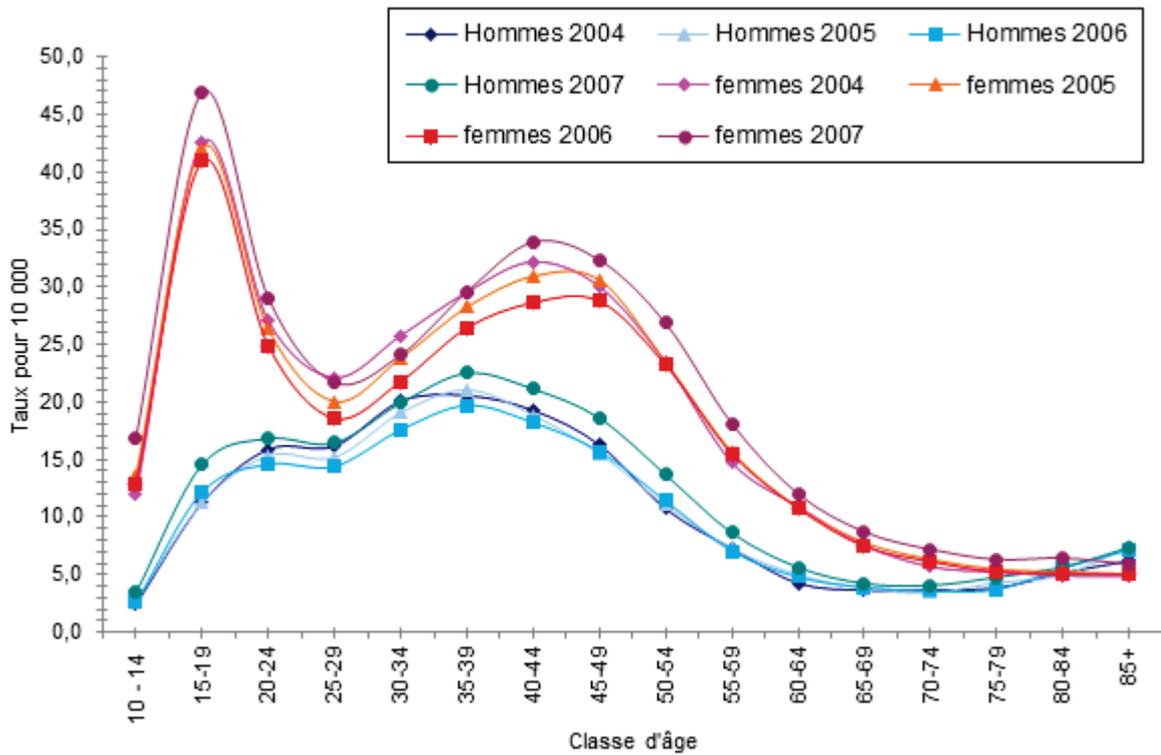


Source : CEPiDC

La tranche d'âge « milieu de vie » concentre 57% des décès tandis que les plus de 65 ans représentent près d'un tiers des décès.

Guide de lecture. En bleu le nombre de décès d'hommes déclarés comme "suicides" en 2012 (données les plus récentes) ; en orange, le nombre de décès de femmes déclarés comme "suicides" ; en gris, la somme des deux.

Figure 3 - Taux de tentatives de suicide pour 10 000 habitants

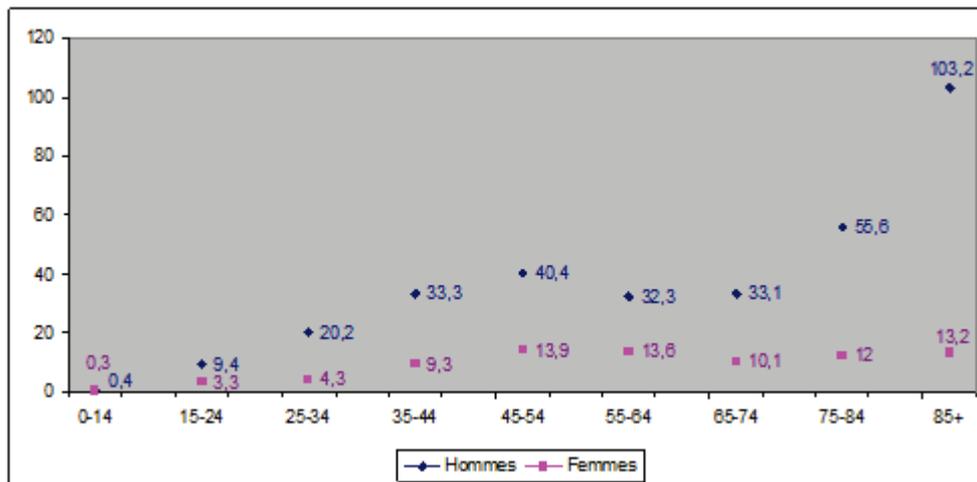


Source : ATIH, analyses InVS

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à faire des tentatives de suicide, et ce à tous les âges de la vie. Les jeunes filles (15-19 ans) sont de loin les plus vulnérables.

Guide de lecture. Évolution entre 2004 et 2007 du nombre de tentatives de suicides pour les hommes et pour les femmes

Figure 4 - Taux de décès pour 100 000 habitants standardisés, France métropolitaine, en 2012



Source : CépiDc

La prévalence des décès par suicide connaît un premier pic en milieu de vie (45-54 ans), et un second, plus marqué, chez les personnes de plus de 75 ans, plus particulièrement chez les hommes.

Guide de lecture. Évolution du taux de décès standardisé par suicide, par classe d'âge, pour les hommes et pour les femmes.

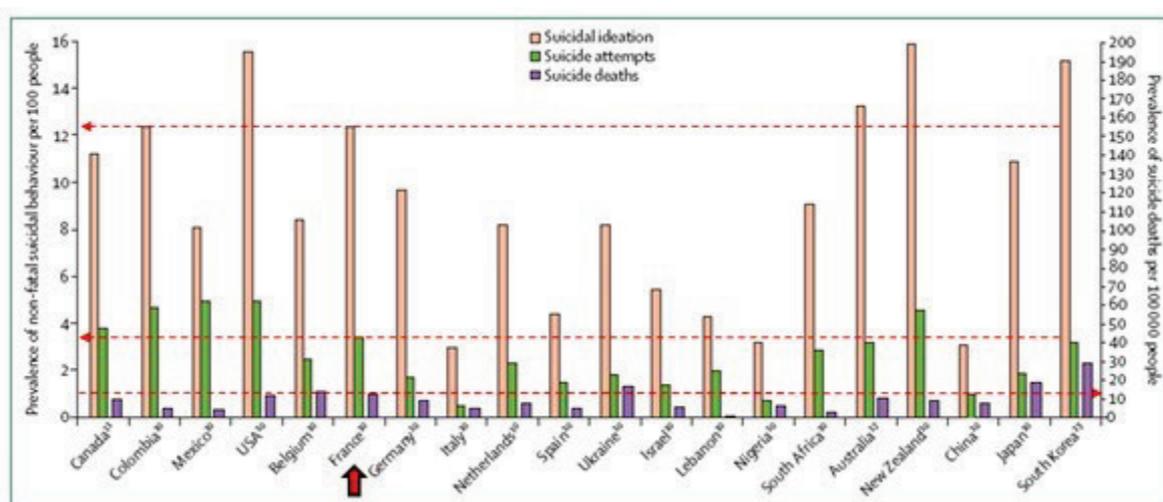
Ces comparaisons illustrent bien que les actions de prévention doivent prendre en compte la diversité de comportements en matière de suicide, notamment en fonction du genre et de l'âge, et donc adapter les modes d'intervention en fonction de catégories de population présentant des risques en partie spécifiques.

## Des différences de prévalence du suicide très marquées selon les pays et les régions

La France a un taux de suicide relativement élevé au sein des pays européens (6<sup>ème</sup> rang pour l'UE) et présente des taux de suicide variant d'un facteur 1 à 3 selon les régions (de 9 pour 100 000 en Île-de-France à 28 pour 100 000 en Bretagne) (cf. figures 5 et 6 ci-dessous).

En Europe, les taux de suicide sont très variables y compris dans des pays de zones géographiques et économiques équivalentes (cf. figure 5). Ces différences très importantes (le taux de suicide en Lituanie est dix fois plus élevé qu'en Grèce, celui de la Finlande beaucoup plus élevé que celui de la Suède, celui de la France le double de celui de l'Espagne et cinq fois celui de la Grèce). Ces différences sont difficiles à interpréter car elles ont des causes multiples qui combinent des facteurs génétiques, culturels (en particulier la consommation d'alcool), religieux, de circulation des moyens létaux (notamment les armes à feu) et d'accès aux soins pour les maladies mentales (en particulier pour les patients ayant des troubles bipolaires).

Figure 5 - Prévalence nationale des comportements suicidaires



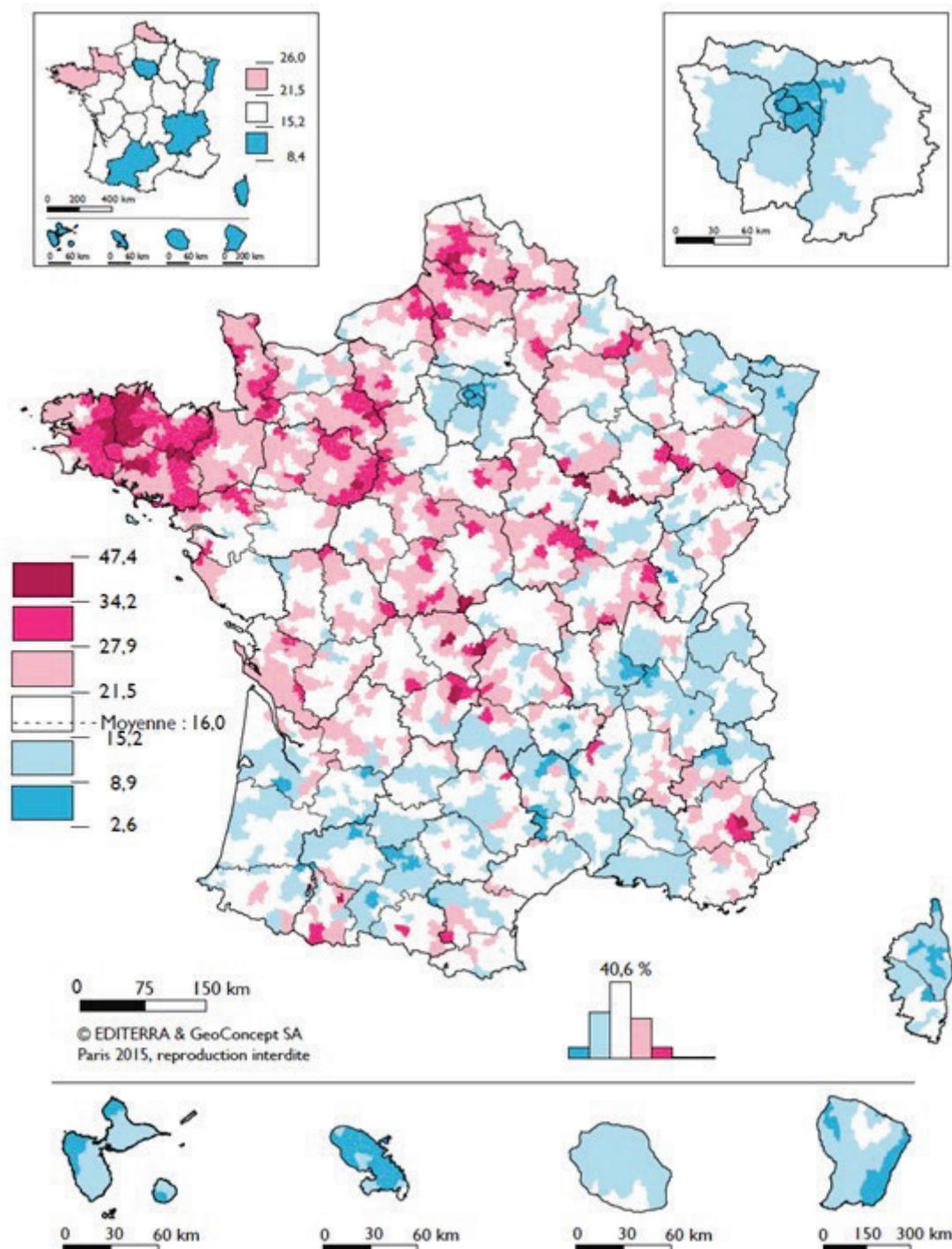
Source : Les données relatives à la mort par suicide sont issues du rapport 2014 de l'OMS

Suicides et tentatives de suicide situent la France à un niveau haut par rapport aux pays industrialisés, notamment par rapport aux pays européens.

Guide de lecture. En violet la prévalence des décès par suicide selon les pays ; en vert, la prévalence des tentatives de suicides ; en beige, la prévalence des idées suicidaires.

Au sein du territoire national, les taux sont très variables suivant les régions. Une ligne d'axe Sud-Ouest /Nord-Est sépare une France du Nord-Ouest présentant des taux de suicide élevés - à l'exception notable de l'Île-de-France - et une France du Sud où les taux sont beaucoup plus faibles ainsi que dans les DROM-COM (départements et régions d'Outre-mer et collectivités d'Outre-mer).

Figure 6 - Taux standardisé de mortalité par suicide en 2006-2012, à l'échelle du canton (pour 100 000 habitants)

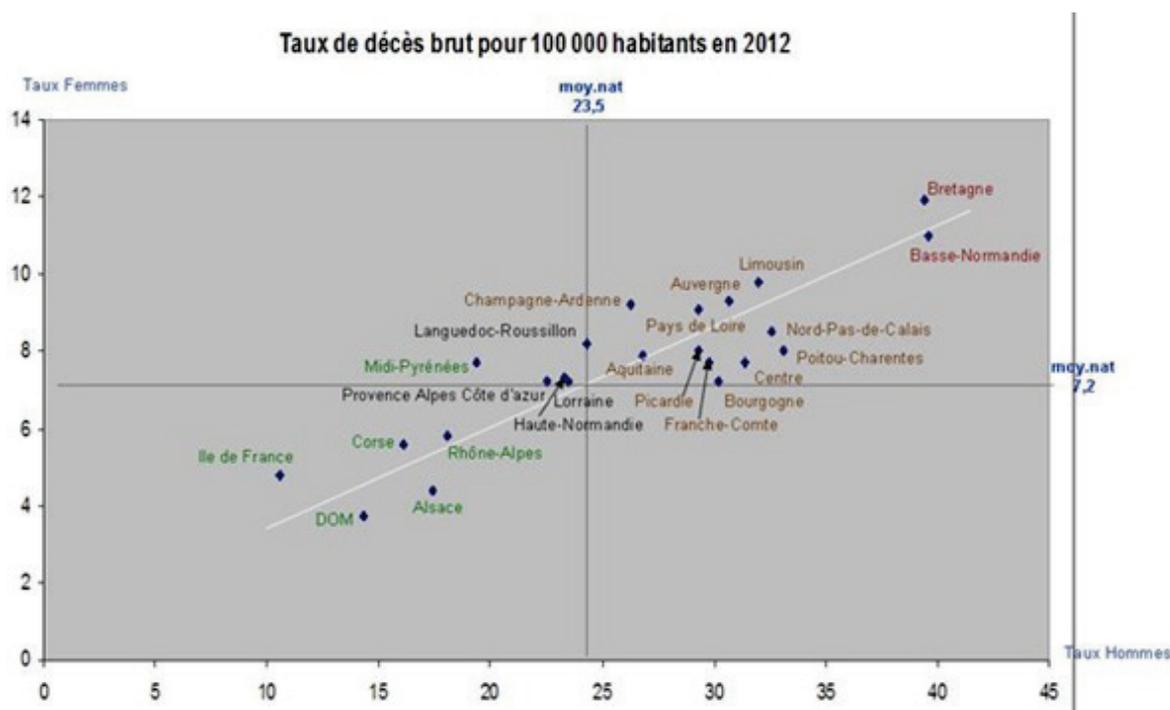


Source : FNORS

Cette carte souligne l'importance des décès par suicide dans le Nord-ouest de la France, et les niveaux faibles observés dans les zones urbaines et dans les départements outre-mer. Par ailleurs, il est intéressant de constater que les taux sont légèrement plus élevés en bordure de département posant la question de la corrélation entre l'enclavement d'un canton et son taux de décès par suicide.

Guide de lecture. Taux de décès par suicide par canton (découpage des cantons de l'Insee)

Figure 7 - Taux standardisé de mortalité par suicide en 2006-2012, à l'échelle du canton (pour 100 000 habitants)



Source: HCSP, d'après données FNORS, CépiDc INSERM

Ce graphique confirme la corrélation entre les taux observés chez les hommes et chez les femmes d'une part, et met en exergue les régions les plus concernées par le décès par suicide. Les taux observés font état d'un facteur variant de 1 à 4 entre les régions.

Guide de lecture. En abscisse, les taux de mortalité par suicide par région pour les hommes et en ordonnée les taux pour les femmes. Chaque point situe la région correspondante par rapport aux autres, en fonction du niveau des taux pour les hommes et les femmes.

### L'évolution des taux de suicide est difficile à interpréter

Les taux de suicide sont globalement à la baisse depuis vingt-cinq ans, bien que cette baisse ne soit pas uniforme entre les différentes catégories d'âge : les 45-64 ans et les plus de 85 ans sont les seules catégories pour lesquelles les effectifs de décès par suicide sont en hausse depuis 10 ans. Il y a eu un pic autour de 1985 non documentée (hausse très rapide en dix ans). Les articles scientifiques les plus récents n'établissent pas de lien clair entre les crises économiques (notamment la crise de 2008-2009) et les taux de suicide, et en particulier il n'existe pas de corrélations évidentes avec le taux de chômage ni avec les crises économiques.

Il est généralement admis que le nombre de cas est sous-évalué : certains suicides sont codés "cause inconnue", d'autres "cause indéterminée quant à l'intention" voire "accident", "empoisonnement" ou encore sous une autre maladie qu'aurait présenté le patient. La sous-estimation du nombre de suicides a été évaluée en France à 9,8 % pour l'année 2006 (Aouba, BEH 2011). Depuis, les mesures adoptées pour améliorer l'enregistrement des causes de décès peuvent avoir contribué à réduire la part de sous-estimation. À noter qu'une des causes identifiées de cette sous-déclaration est l'absence ou le retard de transmission des résultats des autopsies des instituts médico-légaux qui seraient mal prises en compte dans les données du CépiDC.

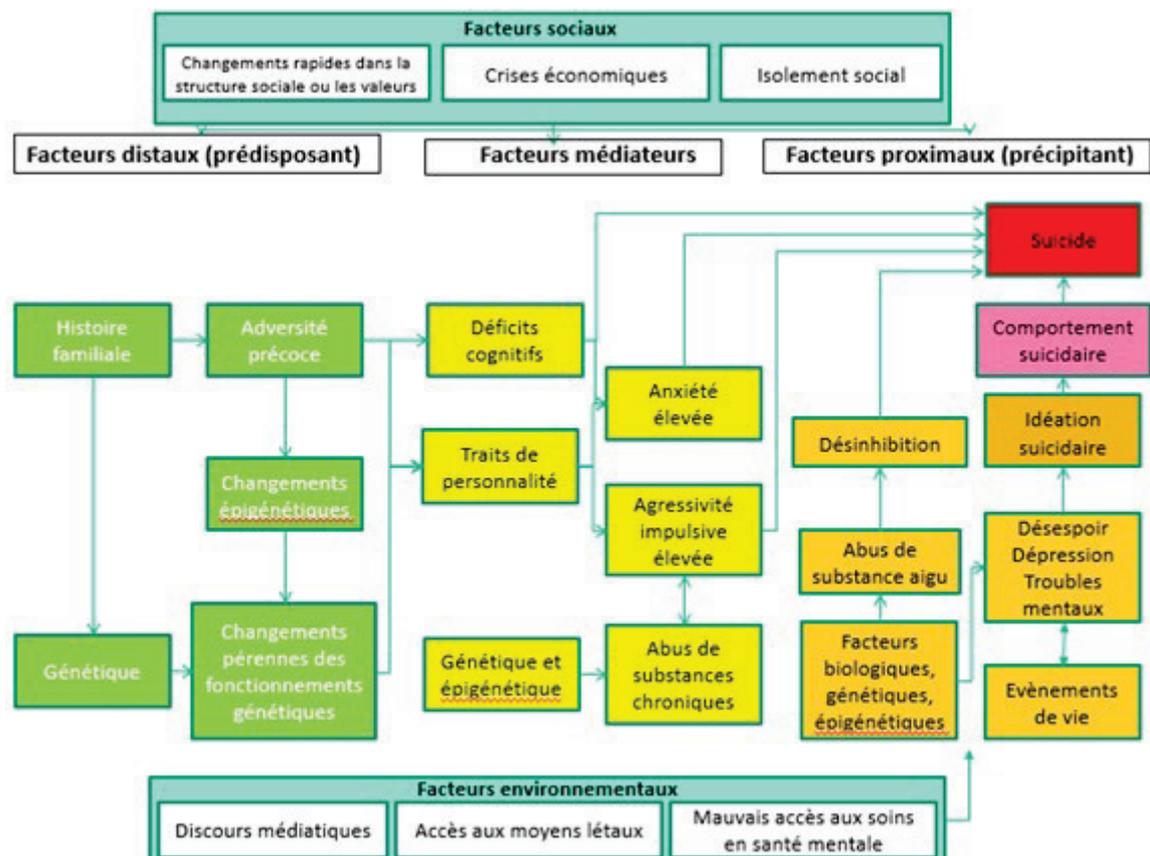
## Les facteurs connus de risque de suicide : l'importance des facteurs individuels

Hawton et coll. dans une revue de littérature (*Lancet 2009*) exposent les connaissances les plus récentes sur les facteurs de risque du suicide.

Deux types de risques sont présentés : (i) les facteurs prédisposants qui vulnérabilisent l'individu et (ii) les facteurs précipitants qui se combinent aux précédents pour majorer les risques de comportements et de passages à l'acte suicidaire.

Un point important est qu'une majorité des facteurs de risque du suicide répondent au principe de multifinalité, c'est-à-dire qu'ils augmentent non seulement le risque de suicide, mais aussi d'autres troubles psychiques et peuvent être considérés comme des facteurs de risques pour la santé mentale (voire physique pour certains).

Figure 8 - Schéma des facteurs de risques identifiés



Source : *Connaissances actuelles sur les facteurs impliqués dans les comportements suicidaires, d'après Turecki et coll. 2015.*

Ce schéma illustre l'importance des facteurs individuels (au centre) par rapport aux facteurs sociaux et environnementaux.

### L'importance des troubles psychiques, en particulier dépressifs

La méthode classique d'enquête sur les caractéristiques des personnes suicidées est « l'autopsie psychologique » (recommandation HAS 2005), qui comprend des rencontres avec des informateurs clés et l'examen des dossiers dans les suites du décès par suicide. Cette approche a montré que **les troubles psychiques sont présents chez environ 90 % des personnes qui se suicident**. Les troubles de l'humeur (c'est-à-dire la dépression et son état inverse l'état maniaque) sont les troubles psychiques les plus fréquents, suivis par la consommation abusive de substances (en particulier l'alcool) et la schizophrénie. La présence concomitante de ces troubles augmente considérablement le risque de suicide.

**Plus de la moitié des personnes qui meurent par suicide présentent tous les critères d'un trouble dépressif au moment des faits.** Environ 4 % des personnes dépressives se suicident ; le risque est plus grand chez les hommes et chez ceux qui ont été hospitalisés en psychiatrie, *a fortiori* pour des comportements suicidaires.

Le suicide au cours d'un trouble dépressif majeur est le plus susceptible de se produire lors du premier épisode dépressif. Cela semble corrélé à l'abus d'alcool et à des traits de personnalité d'agressivité et d'impulsivité. Les traits d'agressivité, d'impulsivité et les conflits interpersonnels présents dans les suicides d'enfants et adolescents diminuent avec l'âge. L'importance du facteur "dépression" dans les conduites suicidaires augmente avec l'âge.

De 10 à 15 % des personnes ayant un trouble bipolaire meurent par suicide, souvent tôt dans la maladie. Les facteurs de risque du comportement suicidaire incluent un historique d'automutilation, des antécédents familiaux de suicide, l'apparition précoce de la maladie et l'augmentation de sa sévérité avec le temps, l'importance des symptômes dépressifs, les troubles psychiatriques avec comorbidité, et l'abus de drogues ou d'alcool.

Des estimations récentes suggèrent que le risque de suicide dans la schizophrénie est de 4 à 5%, le risque étant maximum relativement tôt après l'apparition de la maladie. Le risque est moins nettement associé aux symptômes de la schizophrénie (délires et hallucinations), qu'avec la dépression et les symptômes spécifiques liés aux affects (par exemple : agitation, sentiments d'inutilité et de désespoir). Les autres facteurs comprennent les tentatives de suicide antérieures, l'abus de drogues, la peur de la désintégration mentale, la perte récente d'un proche, et une mauvaise observance du traitement.

### **L'importance de la consommation d'alcool et des troubles de la personnalité**

**L'abus d'alcool, en particulier la dépendance, est fortement associé au risque de suicide.** La gravité de la maladie, l'agressivité, l'impulsivité et le désespoir semblent prédisposer au suicide. Les facteurs clés sont la dépression et des événements de vie stressants, en particulier la **perturbation des relations personnelles**. Un état d'alcoolisation favorise le passage à l'acte.

Le suicide est une cause fréquente de décès chez les personnes ayant des troubles du comportement alimentaire, en particulier dans le cas de l'anorexie mentale. Le risque de suicide augmente avec le trouble de l'adaptation, et les troubles anxieux et de panique sont également associés à une augmentation du risque.

**30 % à 40 % des personnes qui meurent par suicide ont des troubles de la personnalité.** Le risque de suicide semble être particulièrement augmenté chez les personnalités de type « borderline » ou de type antisociale. Cependant, presque toutes les personnes atteintes de troubles de la personnalité qui meurent par suicide présentent de façon concomitante des symptômes dépressifs et des troubles de consommation de substances, ou les deux.

Seules 10 % des personnes qui meurent par suicide n'ont aucun trouble psychique connu. Cependant, l'autopsie psychologique de ces personnes indique que la plupart ont des symptômes psychiatriques et des caractéristiques de la personnalité semblables à ceux de personnes ayant des troubles psychiques qui sont mortes par suicide. Le suicide est associé à une mauvaise santé physique et à des handicaps. **Un risque accru de suicide est associé au tabagisme.** La relation semble être liée à la dose : un mécanisme biologique sous-jacent est possible, mais la dépression et les troubles de consommation d'alcool ou de drogue pourraient constituer des facteurs de confusion.

**Le suicide est aussi associé à plusieurs autres troubles physiques chroniques**, notamment le cancer, l'infection à VIH / SIDA, la maladie de Huntington, la sclérose en plaques, l'épilepsie, les lésions de la moelle épinière, le lupus érythémateux disséminé, et la douleur en général.

## **Les antécédents de tentatives de suicide**

Dans la plupart des études sur les facteurs de risque de suicide, **un historique d'automutilation ou de tentatives de suicide est le facteur le plus fort, présent dans au moins 40 % des cas**. Parmi les personnes qui vont à l'hôpital après une auto-intoxication non mortelle ou de l'automutilation, entre 1 % et 6 % meurent par suicide dans l'année suivante, bien que la proportion varie selon les pays. Le risque est plus élevé chez les personnes âgées, les hommes, les personnes qui ont pratiqué à plusieurs reprises de l'automutilation, celles dont les actes d'automutilation impliquaient une forte intention suicidaire (c'est-à-dire une apparente volonté de mourir), les personnes qui abusent de l'alcool, et celles qui sont isolées sur le plan social et affectif.

## **Les événements de la vie sociale**

**Le suicide est communément précédé par des événements notables de la vie, en particulier par des événements interpersonnels ou liés à la santé.**

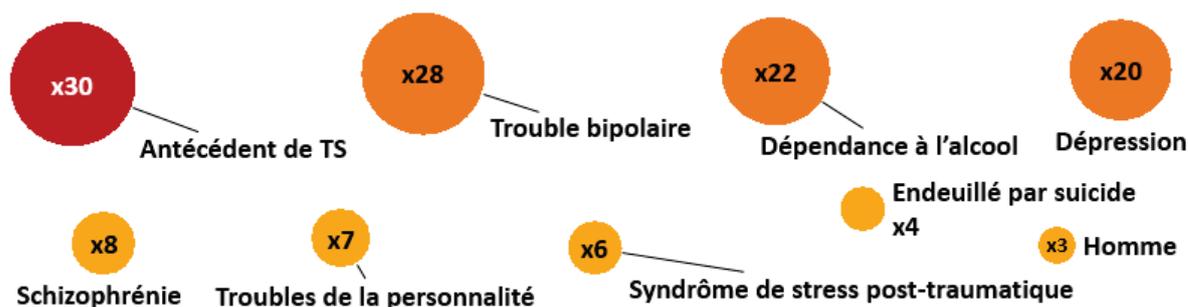
Les événements majeurs qui affectent des populations entières, comme les tremblements de terre ou le décès de personnes célèbres, peuvent être suivies par une augmentation des taux de suicide.

**Les abus physiques et, en particulier, les abus sexuels pendant l'enfance sont fortement associés au suicide. Les effets de la maltraitance dans l'enfance et de sa relation au suicide sont aggravés par la transmission intergénérationnelle de la violence.** La transmission familiale de comportement suicidaire est plus probable si la personne qui commet une tentative de suicide avait été agressée sexuellement dans son enfance. L'abus est donc non seulement un facteur de risque de comportement suicidaire pour les personnes victimes de violence dans leur enfance, mais aussi pour leurs enfants.

Les conflits interpersonnels qui précipitent les suicides à l'adolescence et chez les jeunes diminuent avec l'âge.

**Le risque de comportement suicidaire peut être influencé par l'exposition à un comportement similaire chez d'autres personnes.** Les personnes endeuillées par le suicide d'un proche ont un risque accru de se suicider. Des groupes d'actes suicidaires peuvent se produire dans une communauté, en particulier chez les jeunes, avec, dans certains cas, des preuves de connexions spécifiques (par exemple, des coupures de journaux, des messages-texte). Certains cas de décès multiples par suicide sont consécutifs à des rencontres de personnes suicidaires sur des sites internet. Certains sites pourraient encourager le suicide et fournir des informations détaillées sur les méthodes qui peuvent être utilisées pour y parvenir. **Certains types de reportage par les médias et de représentation des suicides peuvent influencer le passage à l'acte et le comportement d'automutilation dans la population générale.** Les récits de suicides dans les journaux peuvent être particulièrement influents s'ils sont sensationnels, s'ils ont fait les gros titres avec des photos, s'ils rapportent des méthodes de suicide détaillées, et si le sujet concerne une personne célèbre. Le suicide dans un programme de télévision peut influencer sur le risque et la nature des comportements suicidaires ultérieurs. Enfin, un stress important et des conflits interpersonnels dans le cadre professionnel peuvent précipiter un comportement suicidaire, bien que le travail soit généralement un facteur protecteur. La figure 9 représente le poids des facteurs impliqués dans les comportements suicidaires.

Figure 9 - Poids respectif des facteurs de risque dans l'acte suicidaire



Source: Intervention du Professeur Terra sur la santé au Luxembourg, La formation comme socle de la fabrique de la prévention du suicide, Pr Terra, 2014

Cette représentation graphique souligne l'importance de cibler les efforts sur les personnes les plus à risque, notamment les suicidants (environ 200 000 par an connus du système de soins).

## 1.2 Synthèse de la littérature sur les interventions efficaces

La revue de littérature sur les moyens d'action réalisée par l'INPES dans le cadre d'une des actions du PNACS 2011-2014 (« Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature », in « Santé de l'homme », n° 422, novembre - décembre 2012) a largement contribué à éclairer les professionnels concernés. Elle devrait être complétée très régulièrement.

Elle permet de cibler les modalités d'action qui ont un impact avéré :

1. **La restriction de l'accès aux moyens létaux**, d'une manière générale (au niveau national) mais également et surtout dans le cadre de vie des personnes considérées à risque (au niveau local ou individuel) ;
2. **Le maintien d'un contact avec les personnes à risque**, en particulier (mais pas seulement) à la suite d'une tentative de suicide (le contact doit être substantiel et persister sur une période suffisamment longue via des courriers, des messages téléphoniques, des visites à domicile) ;
3. **La continuité effective des soins** après une tentative de suicide ;
4. **Les lignes d'appel téléphonique** et numéros d'urgence, et leur déclinaison au niveau local pour orienter vers des dispositifs d'aide ciblés en fonction des publics (âge et genre), à distinguer des simples « lignes d'écoute » dont l'efficacité n'est pas démontrée ;
5. **La formation de tous les médecins généralistes** d'un territoire à la prise en charge des troubles dépressifs, et la formation au repérage de la crise suicidaire des professionnels au contact direct des personnes à risque (notamment dans les institutions) ;
6. **La réorganisation des soins** autour d'interventions efficaces durant la phase de traitement des patients. Les interventions sociales basées sur des sentinelles pour les suicidants n'ont montré qu'une efficacité limitée, à la différence d'interventions reposant sur un suivi individualisé, proactif, intensif et de long terme (plusieurs semaines) par un psychothérapeute personnel ;
7. **L'information du grand public** qui doit être ciblée sur les facteurs de risque du suicide (et non sur le suicide en lui-même), tout particulièrement la dépression. Cette information doit être déclinée au niveau local avec une information utilisable localement sur les lieux de prise en charge et de soin (actions de long terme mobilisant des réseaux d'acteurs pérennes).

C'est à partir de cet état des connaissances sur les moyens d'actions efficaces que l'on peut véritablement évaluer la pertinence des actions du programme 2011-2014, et l'efficacité de ce qui a été mis en œuvre de manière effective. C'est aussi en s'appuyant sur cette revue actualisée de la littérature qu'ont été établies des recommandations pour renouveler le programme d'actions destiné à réduire le nombre de suicides en France.

## **Partie 2. Synthèse de l'évaluation des actions du programme national d'actions contre le suicide**

### **2.1 49 actions du programme 2011-2014 couvrant les registres d'action reconnus comme ayant une efficacité avérée sur la prévention du suicide, mais de manière inégale.**

#### **Rubrique 1 : La restriction de l'accès aux moyens létaux**

##### **Actions concernées**

- Action 18 : Organiser le signalement des sites contrevenants sur le site internet-signalement.gouv.fr
- Action 21 : Limiter l'accès aux armes à feu et à leurs munitions
- Action 22 : Faire un état des lieux et propositions de préconisations visant la diminution de la dangerosité de produits et la sécurisation de lieux utilisés pour des passages à l'acte suicidaire

Ce registre d'actions a été engagé par les plans ou programmes précédents. Il faut rappeler que la disponibilité immédiate d'un moyen de se tuer est un facteur de risque de passage à l'acte dans un contexte individuel de crise suicidaire. Restreindre l'accès à ces moyens dans ces contextes est donc susceptible d'avoir un effet sur le nombre de passages à l'acte.

La limitation de l'accès aux moyens létaux ne relève donc pas uniquement de réglementations au niveau national. Elle doit être développée également à un niveau local, et surtout individuel, en fonction des contextes et des profils des personnes à risque.

Une surveillance des sites Internet doit également être développée pour empêcher l'incitation au suicide et la promotion/diffusion des moyens pour se donner la mort.

##### **Pertinence des actions au regard du mode d'intervention efficace**

Plusieurs actions ont été menées pour restreindre l'accès aux moyens létaux dans le cadre du PNACS en couvrant un large panel d'actions : surveillance du web, armes à feu, accès aux produits et aux lieux suicidogènes, sensibilisation des journalistes. Pour autant, la dimension des interventions semble parfois insuffisante ou inadéquate au regard des besoins.

##### **Conclusions**

Si des signalements de sites internet ont été recensés sur la période, la lisibilité du site PHAROS pour les signalements de site faisant la promotion du suicide semble insuffisante. Notamment, le mot "suicide" n'apparaît pas dans la classification des sites avec mise en danger des personnes.

Le travail de sensibilisation sur l'accès aux armes s'est limité à la sensibilisation des chasseurs. Il conviendra de systématiser les actions de prévention sur l'acquisition et l'entreposage sur l'ensemble des armes. L'obtention d'un certificat médical d'aptitude à l'obtention et à la détention d'une arme pourrait être exigée.

La sécurisation de l'ensemble des lieux à risque est impossible. Concentrer les efforts de sécurisation sur les lieux emblématiques paraît plus approprié. S'agissant de l'accès aux produits dangereux, le champ est trop large pour assurer une action efficace. Il conviendra de limiter les efforts au maintien d'une veille dans le champ des lieux à risque et des produits les plus utilisés afin de pouvoir agir de façon ciblée.

## Recommandations

L'action sur les moyens létaux est très compliquée compte-tenu de l'ampleur des efforts à fournir, mais les efforts de sensibilisation doivent être poursuivis auprès des journalistes, des responsables de communication, et de surveillance du web.

Concernant la "restriction de l'accès aux moyens létaux", le HCSP formule les recommandations suivantes:

- clarifier le signalement des sites internet d'incitation au suicide ;
- exiger un certificat d'aptitude à l'obtention et à la détention d'une arme à feu ;
- maintenir une veille des lieux et produits utilisés de façon significative dans des comportements suicidaires afin d'envisager des interventions ponctuelles ; une réflexion sur ces questions doit être menée dans les services et établissements médico-sociaux.

## Rubrique 2 : Le maintien d'un contact avec les personnes à risque

### Actions concernées

- Action 7 : Lutter contre l'isolement des personnes atteintes de handicap psychique et en situation de fragilité au travers des groupements d'entraide mutuelle (GEM)
- Action 8 : Prévenir et accompagner la détresse psychologique des personnes sourdes et malentendantes
- Action 10 : Favoriser l'émergence et le développement d'actions visant à prévenir l'isolement social chez les personnes âgées

### Pertinence des actions au regard du mode d'intervention efficace

Les actions proposées sont pertinentes pour veiller à la santé mentale chez des personnes présentant des vulnérabilités spécifiques (personnes handicapées, personnes sourdes et malentendantes, personnes âgées), mais interviennent bien en amont d'un éventuel passage à l'acte. En revanche, des actions ciblant spécifiquement le maintien du contact avec les personnes suicidantes sont très pertinentes (à l'instar du troisième volet de l'action 24 du programme).

### Conclusions

Les actions (7,8,10) menées dans le cadre du programme sont des mesures de lutte contre l'isolement avec des effets bénéfiques en matière de prévention dans le domaine de la santé mentale. Leur place est plutôt dans les plans de psychiatrie et santé mentale, de santé des jeunes, de santé au travail, et de la prévention de la perte d'autonomie. S'agissant de la prévention du suicide, il conviendra plutôt de cibler les efforts sur les personnes directement concernées par un risque élevé de passage à l'acte (rubrique 3, action 24).

## Recommandations

Concernant “Le maintien d’un contact avec les personnes à risque”, le HCSP formule les recommandations suivantes :

- Inscrire les actions permettant de diminuer l’isolement social et de favoriser l’inscription dans une communauté d’actions dans le cadre d’un plan de promotion de la santé mentale.
- Stimuler l’organisation de retours d’expériences de la part des services de gériatrie, des EHPAD, et des acteurs de la promotion de la santé des personnes âgées.
- Concentrer les efforts de maintien d’un contact sur les personnes suicidaires et suicidantes, ainsi que leurs proches en appliquant les protocoles jugés efficaces dans la littérature scientifique (type ALGOS, VIGILANS, etc.) en incluant les médecins généralistes suivant les personnes en soins courants.

### Rubrique 3 : La réorganisation des soins

D’une manière générale, l’enjeu principal face aux populations à risque (idées suicidaires, tentatives de suicide) est d’assurer la continuité des soins et de proposer des prises en charge efficaces et spécifiques en fonction des profils.

Cela requiert, en particulier, de faciliter les échanges entre le secteur libéral et l’hôpital pour organiser la prise en charge des patients à risque de suicide.

Les constats suivants peuvent être dressés :

- Les personnes suicidantes ou suicidées ont souvent eu un contact avec le système de santé dans les mois précédant le passage à l’acte mais n’ont pas été identifiées comme étant à risque, ou si elles l’ont été la prise en charge qui leur a été proposée n’a pas été efficace ;
- Le suivi immédiat post hospitalisation à la suite d’une TS est un point clé de leur prise en charge. En effet, la récurrence se produit souvent dans les 3 mois à 6 mois après la première hospitalisation.

Dans les prises en charge psychiatriques, les réponses à apporter aux comportements suicidaires nécessitent :

- l’amélioration de la qualité de l’accueil en milieu hospitalier et dans les institutions médico-sociales ;
- la facilité d’accès à un aidant par téléphone ;
- le maintien du contact avec les personnes à risque au sortir d’une hospitalisation, avec le souci d’une approche empathique individualisée et d’une coordination interprofessionnelle.

### La prise en charge de la dépression

#### Actions concernées

- Action 14 : Améliorer les pratiques professionnelles autour de la dépression chez le sujet âgé
- Action 17 : Élaborer des documents visant à sensibiliser les professionnels sur le risque suicidaire chez la personne âgée
- Action 23 : Améliorer la prise en charge de la dépression chez l’adolescent
- Action 25 : Améliorer l’organisation des soins psychiatriques et somatiques des personnes en situation de précarité

### **Pertinence des actions au regard du mode d'intervention efficace**

Les actions du PNACS relatives à la prise en charge de la dépression existaient déjà dans des plans précédents. Elles visent le repérage et les réponses à apporter pour la dépression chez les personnes vulnérables sans cibler spécifiquement la prise en charge de la crise suicidaire, à l'exception de l'action 17 qui concerne le risque suicidaire chez la personne âgée. Si la pertinence de telles actions en matière de prévention en amont du suicide est avérée, elles relèvent davantage de la stratégie générale en faveur de la santé mentale.

### **Conclusion**

La prise en charge de la dépression chez les personnes vulnérables relève spécifiquement de la politique de santé mentale.

### **Recommandations**

Il est nécessaire d'intégrer une sensibilisation au risque suicidaire auprès des professionnels qui interviennent dans le repérage et le suivi de la dépression.

**Améliorer la coordination entre soins de premier recours et de second recours.** En particulier les médecins généralistes doivent bénéficier d'un accès facilité à des professionnels de psychiatrie, susceptibles de proposer un échange clinique et de recevoir rapidement les patients concernés, et ce dans un secteur de soin donné, notamment en utilisant la possibilité de valorisation de l'accès rapide au psychiatre (dans les 48 heures) à la demande du médecin traitant (1,5 CNPSY).

**Organiser des temps de coordination pérennisés.** Une telle coordination requiert du temps libérable pour les salariés et du temps indemnisé pour perte de ressources pour les intervenants libéraux (psychiatres, médecins généralistes, infirmiers, etc.).

### **La continuité effective des soins**

#### **Actions concernées**

- Action 15 : Former les professionnels à la prise en charge des proches de personnes décédées en établissement de soins, notamment par suicide
- Action 24 : Mettre en place des modalités spécifiques de prise en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide, reposant en partie sur des structures dédiées

### **Pertinence des actions au regard du mode d'intervention efficace**

L'objectif de garantir une continuité de soins après une tentative de suicide est l'un des modes d'intervention spécifiques de la prévention du suicide, parmi les plus efficaces. Il a été pris en compte dans l'action 24 dont un des objectifs est d'améliorer le suivi des suicidants à leur sortie de l'hôpital. L'action 15 vise elle à former les professionnels des établissements de santé à la prise en charge des proches de personnes décédées par suicide en établissements de soins. En revanche, l'objectif de prise en charge dans le cadre d'une structure dédiée, préconisée dans l'action 24, a été insuffisamment précisé. Si un parcours bien identifié pour les suicidants est souhaitable, une unité d'hospitalisation dédiée n'a de sens que si elle est en mesure de prendre en charge les problèmes psychiatriques et les autres facteurs de risque fréquemment associés au suicide.

### **Conclusion**

La continuité de la prise en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide est particulièrement pertinente compte-tenu du risque de récurrence et doit être rendue systématique.

Le PNACS n'avait pas prévu d'actions ciblant spécifiquement la prise en charge des proches des personnes suicidées, alors qu'il s'agit également d'une population à risque. Seule la formation des professionnels à l'accompagnement des proches des personnes décédées en établissements de soins, a été évoquée. Toutefois, la formation des professionnels à l'accompagnement des personnes endeuillées n'est pas spécifique à la prise en charge du suicide et relève de l'exigence de bien-être au sens large dans les établissements de santé.

## Recommandations

Tout établissement doit être en capacité de proposer un suivi après les soins d'urgence, comprenant les éléments suivants :

- proposer un dispositif de prise en charge après la sortie du suicidant pour une durée suffisante ;
- *a minima* transmettre à la personne une fiche comprenant les coordonnées des structures et des professionnels de référence ; si possible adresser directement le patient à un praticien, en mesure d'assurer un suivi global et la coordination des soins multi-intervenants ;
- au delà, il est souhaitable de promouvoir le modèle des "*case managers*" (gestionnaires de cas) tels qu'il est pratiqué dans les pays anglo-saxons, sous la forme de professionnels de référence assurant la mise en place concrète et la coordination des prises en charge médicales et paramédicales ;
- communiquer un numéro d'urgence que les patients peuvent joindre 24h/24h (en dehors du 15).

*Exemple: le protocole de suivi post-hospitalier des suicidants VIGILANS (d'une durée de 6 mois) expérimenté par le Pr Guillaume Vaiva en région Nord-Pas-de-Calais fait partie des bonnes pratiques qu'il est souhaitable de répliquer dans l'ensemble des structures de soins en France.*

Cette procédure, expérimentée dans six régions françaises, mérite d'être systématisée au delà des actions de formation qui ont déjà été largement dispensées.

En ce qui concerne les proches des personnes suicidées, il conviendra de déterminer les actions efficaces à proposer. La postvention auprès de l'entourage (proches, amis, milieu professionnel) après un suicide est nécessaire pour contribuer à prévenir les impacts négatifs du suicide d'une personne proche sur les membres de la famille, le cercle d'amis, le collectif de travail.

## Les outils d'information et d'organisation à l'intention des professionnels

### Actions concernées

- Action 11 : Développer des cellules pluridisciplinaires de prévention pour détecter et prévenir les risques psychosociaux élevés chez les assurés agricoles de la Mutualité sociale agricole (MSA)
- Action 12 : Renforcer la collaboration entre les intervenants afin d'améliorer l'efficacité des interventions en milieu carcéral (non traitée dans le cadre de la présente évaluation)
- Action 13 : Renforcer la collaboration entre les intervenants afin d'améliorer l'efficacité des interventions au sein des établissements médico-sociaux
- Action 16 : Créer un outil de gestion de crise et de postvention à destination des professionnels travaillant en établissement médico-social (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), ...) ou dans certains services (Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), Service d'accompagnement et d'aide à domicile (SAAD), etc.)
- Action 26 : Poursuivre et adapter l'attention portée à la prévention et la prise en charge du suicide dans le manuel de certification des établissements sanitaires
- Action 27 : Prévoir les modalités de préservation de la santé dans les processus de restructuration (plans sociaux ou suivi post licenciement...)

Pour prolonger les actions de formation, le renforcement des schémas organisationnels visant à structurer les liens entre professionnels au contact des personnes à risque et services de soins en santé mentale est une réponse opérationnelle jugée indispensable. Elle doit conduire à préciser le rôle attendu de chaque intervenant dans la prise en charge du suicide.

### **Pertinence des actions au regard du mode d'intervention efficace**

Plusieurs actions du programme ont visé l'amélioration de l'organisation des soins à l'attention des professionnels, dans des contextes institutionnels spécifiques (établissements de soins par exemple). Cette focalisation sur les établissements est néanmoins trop limitative : elle n'inclut pas les professionnels du secteur libéral alors qu'ils sont souvent en première ligne et plus isolés dans leurs pratiques.

S'agissant de l'action 27, elle s'inscrit dans le cadre d'une politique plus générale de promotion de la santé au travail et de prévention des risques psychosociaux.

### **Conclusions**

Le dispositif de détection et de prise en charge des risques psychosociaux développé et mis en œuvre par la MSA constitue un modèle intéressant : il s'appuie sur une bonne connaissance du territoire et de ses acteurs et propose des actions jugées efficaces (comme la prise en charge de séances de psychothérapie, la ligne d'appel d'urgence, la prise en charge pluridisciplinaire, la prise en considération des proches, etc.). Ce dispositif mériterait de faire l'objet d'une évaluation. Si elle s'avérait positive, il pourrait inspirer d'autres structures susceptibles de mener une action de prévention ciblée au niveau d'un territoire (type ateliers Santé-ville) ou d'une population (Mutuelles des fonctionnaires de police ou de l'Éducation nationale par exemple).

La gestion du risque suicidaire a été inscrite au programme des formations prioritaires des professionnels des établissements de santé dans une circulaire de juin 2012. Par ailleurs, l'inscription d'un critère relatif à la prise en charge du suicide dans la certification des établissements de santé par la Haute Autorité de Santé traduit les efforts menés en faveur de la prise en charge de la crise suicidaire par les professionnels de santé. Les efforts pour former les professionnels de santé à ces thématiques doivent être poursuivis.

L'un des principaux problèmes du PNACS 2011-2014 est que les populations les plus à risque de suicide (personnes suicidantes, vivant avec des troubles psychiques, maladies chroniques) n'ont pas été spécifiquement ciblées par le programme. Le repérage et le traitement adapté des personnes présentant des troubles mentaux (troubles de la personnalité, troubles anxieux, troubles dépressifs, addictions, etc.) connus comme suicidogènes, doivent être des priorités de tout programme visant la réduction du nombre de suicides.

Doivent y être associés, les objectifs de formation des médecins généralistes et de coordination des professionnels libéraux et hospitaliers (dont les psychiatres).

## Recommandations

Le HCSP préconise les recommandations suivantes:

- Inscrire la prise en charge de la dépression dans le cadre d'une politique de santé mentale et y intégrer une sensibilisation des professionnels en charge du suivi de la dépression au risque suicidaire.
- Proposer un suivi après les soins comprenant les éléments ci-dessous.
- Proposer un dispositif de prise en charge après la sortie du suicidant sur une durée suffisante :
  - *a minima* transmettre une fiche comprenant les coordonnées des structures et professionnels de référence ; si possible adresser le patient à un praticien, en mesure d'assurer un suivi global et la coordination des soins multi-intervenants.
  - au delà, il est souhaitable de promouvoir le modèle des "*case managers*" (gestionnaires de cas) tels qu'il est pratiqué dans les pays anglo-saxons, sous la forme de professionnels de référence assurant la mise en place concrète et la coordination des prises en charge médicales et paramédicales ;
  - communiquer un numéro d'urgence que les patients peuvent joindre 24h/24h (en dehors du 15).
- Déterminer les actions efficaces à proposer en matière de suivi et d'accompagnement des proches des personnes suicidées.
- Évaluer les dispositifs de prise en charge du risque suicidaire expérimentés par la MSA, avant de l'étendre à d'autres structures comparables.
- Maintenir les efforts d'information des professionnels de santé sur la gestion de la crise suicidaire et inclure le secteur libéral en les ancrant dans les dispositifs locaux de santé.
- Mettre en place une ligne nationale "Suicide info-service" composée de professionnels formés à la prise en charge téléphonique de la crise suicidaire, et capables d'orienter vers les dispositifs de soins locaux, à destination des suicidants, de leurs proches ou des professionnels
- Dans le cadre d'une politique de santé mentale, améliorer le diagnostic, la prise en charge et le parcours de soins des populations vivant avec des troubles psychiques à forte suicidalité.
- Outiller les médecins généralistes pour la prise en charge des patients présentant des idées suicidaires et faisant des tentatives de suicide, notamment par le biais d'une ligne d'appel téléphonique dédiée, et de facilitation de l'accès aux soins spécialisés. Ceci devrait aussi inclure l'accès à une documentation actualisée des données scientifiques.
- Pour tous les professionnels, la communication entre professionnels au service du patient doit être facilitée et reconnue (rémunération pour les professionnels libéraux par acte ou d'appartenance au réseau, aménagement de temps de rencontres (physiques, téléphoniques ou par visioconférences)

## Rubrique 4 : La mise en œuvre de lignes d'appels d'urgence

### Actions concernées

- Action 3 : Réaliser une étude des pratiques d'écoute dans le champ de la téléphonie santé et du mal-être
- Action 4 : Améliorer l'offre des dispositifs d'intervention à distance dédiés à la prévention du suicide et à la prévention/promotion de la santé mentale
- Action 5 : Promouvoir les dispositifs d'aide à distance
- Action 6 : Développer le dispositif d'écoute à distance pour répondre aux préoccupations des assurés agricoles en situation de détresse

### Pertinence des actions au regard du mode d'intervention efficace

Les lignes d'appel sont l'un des modes d'intervention les plus anciens dans la prévention du suicide. Leur intérêt social est largement admis mais leur efficacité sur la réduction du nombre de suicides n'est pas documentée. Elles sont néanmoins considérées comme importantes en région comme levier pour orienter les personnes à risque vers les circuits de soin, bien qu'aucune évaluation ne permette d'étayer ce point ni son éventuelle efficacité.

### Conclusions

Malgré l'intérêt d'une telle évaluation des pratiques, l'action 3 n'a pas été menée à son terme. Des interrogations demeurent sur le contenu des pratiques d'écoute et leur adéquation aux recommandations actuelles dans ce domaine. Si une formalisation du processus de labellisation des lignes d'écoute a été mise en place, il conviendra :

- de revoir les critères au regard de l'efficacité des pratiques en matière d'écoute, sur la base des résultats de l'évaluation ;
- d'élargir la Commission d'attribution du label à des professionnels de santé impliqués dans la thématique du suicide.

### Recommandations

Concernant "La mise en œuvre de lignes d'appel d'urgence", le HCSP formule les recommandations suivantes:

- Revoir les critères de labellisation des associations d'écoute au regard de l'évaluation des pratiques et renforcer les liens avec les circuits de prise en charge
- Élargir la commission d'attribution du label à des professionnels de santé impliqués dans la thématique du suicide
- Fournir un appui aux associations d'écoute en vue de leur labellisation.
- Mettre en place une ligne "Suicide info-service" composée de professionnels formés à l'intervention téléphonique et la crise suicidaire, et capables d'orienter vers les dispositifs de soins locaux, à destination des suicidants, de leurs proches ou des professionnels
- Prévoir un dispositif de formation des permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM) ou Assistants de Régulation Médicale du SAMU-Centre 15 à la question du suicide

## **Rubrique 5 : La formation des médecins généralistes et autres professionnels**

### **La formation des médecins généralistes et autres professionnels (notamment de la santé et du social) au contact des personnes à risque**

#### **Actions concernées**

- Action 2 : Développer la qualité et l'efficacité des actions de prévention du suicide par la diffusion d'une synthèse de la littérature sur les interventions efficaces
- Action 32 : Créer/actualiser des annuaires à destination des professionnels et du public
- Action 33 : Élaborer un guide pour le repérage de la souffrance psychique et des troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent à destination des professionnels du soin et de l'action sociale non médecins
- Action 34 : Déployer des actions de sensibilisation et de formation en direction des différentes catégories de professionnels de l'éducation nationale
- Action 36 : Déployer les actions de formation initiale et continue
- Action 37 : Diffuser des informations et mettre à disposition des outils pédagogiques sur les risques psychosociaux
- Action 38 : Former les managers et les responsables à la santé au travail

#### **Pertinence des actions au regard du mode d'intervention efficace**

La formation des professionnels pouvant être confrontés au suicide est l'un des modes d'intervention qui fait consensus, lorsqu'elle est étroitement associée à l'organisation locale du soin. En la matière, les modules de formation développés par le Pr Jean-Louis Terra ont été largement diffusés mais de manière hétérogène sur le territoire, mais l'efficacité de ces modules n'a pas été évaluée. Il est nécessaire d'évaluer si le nombre de professionnels formés est suffisamment important et si ces modules ont un réel impact sur le repérage et la prise en charge des personnes à risque.

Le programme a intégré un certain nombre d'actions visant à former directement les médecins généralistes et autres professionnels de santé à la gestion de la crise suicidaire, notamment par le biais des modules de formation du Pr Terra.

La plupart des actions du programme relatives à cette rubrique concernent plus largement l'acquisition de compétences psychosociales et ne ciblent pas directement le risque suicidaire, mais concernent la santé mentale en général.

#### **Conclusions**

Si les formations existent et sont mises à la disposition des professionnels, il existe un réel besoin de disposer d'une organisation solide et de moyens conséquents pour assurer une bonne diffusion des formations à la psychopathologie, en particulier auprès des médecins libéraux, dont le temps alloué aux formations n'est que partiellement indemnisé.

#### **Recommandations**

Ce registre d'actions a été bien engagé par les plans ou programmes précédents. Il est important, néanmoins, qu'il soit mieux développé auprès des médecins généralistes.

Pour les **médecins généralistes**, en particulier, il est nécessaire de :

- les former de façon adaptée (formation conçue avec les médecins généralistes, indépendante de l'industrie pharmaceutique) à la prise en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques. La formation ne se montre efficace en termes de prévention que si elle est associée à une réflexion sur l'organisation locale du soin, qui peut être grandement améliorée par la répétition des formations.
- les outiller pour la prise en charge des patients ayant des idées suicidaires et faisant des tentatives de suicide, notamment par le biais d'une ligne d'appel téléphonique dédiée,

facilitant l'accès aux soins spécialisés. Cet outillage devrait inclure l'accès à une documentation en permanence actualisée des données scientifiques.

Pour les autres professionnels de santé il est nécessaire de :

- les former au repérage des troubles qui constituent des facteurs de risque du suicide, notamment la dépression, en associant le repérage à une organisation du soin adaptée ;
- Pour tous les professionnels, la communication entre professionnels au service du patient doit être facilitée et reconnue (rémunération des professionnels libéraux, aménagement de temps de rencontres).

Concernant "La formation des médecins généralistes et des autres professionnels ", le HCSP formule les recommandations suivantes :

- Effectuer une veille régulière sur les modes d'actions efficaces et publier une synthèse des travaux sur le site Internet de la future Agence Nationale de Santé Publique
- Poursuivre l'action de recensement des compétences dans un répertoire au niveau régional (Répertoire Opérationnel des Ressources) tel que défini dans l'instruction du 7 avril 2015 de la DGOS et développer une **interface grand public sur le web**, afin d'identifier les acteurs susceptibles de répondre à leurs questions dans leur zone géographique.
- Poursuivre les efforts en matière de formation des professionnels de santé intervenant en milieu scolaire dans le cadre de la politique en faveur de la santé mentale en insistant sur **l'orientation vers une offre de soins** disponible à proximité de l'établissement, et non orientée sur le suicide.
- Disposer d'une **organisation solide et de moyens conséquents pour assurer une bonne diffusion des formations** (initiale et continue) à la psychopathologie, psychothérapie de première intention et psychopharmacologie, en particulier auprès des médecins libéraux, dont le temps alloué aux formations n'est que partiellement indemnisé.
- Poursuivre les efforts en matière d'amélioration des compétences psychosociales des salariés dans le cadre des plans Santé au travail et non dans la stratégie de lutte contre le suicide.
- Faire un état des lieux des formations dispensées dans le domaine de la gestion de la crise suicidaire, notamment celles mises en place par le Pr Terra ; et renforcer la diffusion aux professionnels au niveau régional (avec une indemnisation pour perte de ressources pour les professionnels libéraux)

## Rubrique 6 : Les campagnes d'information du grand public

### Actions concernées

- Action 1 : Développer la qualité et l'efficacité des actions de développement des compétences psychosociales des enfants et des adolescents
- Action 9 : Diffuser et promouvoir un outil pédagogique visant à prévenir les attitudes et comportements homophobes et leurs conséquences sur les jeunes de 11 à 20 ans
- Action 19 : Contribuer à une meilleure connaissance des jeunes utilisateurs d'Internet sur la question du suicide
- Action 20 : Contribuer à une meilleure connaissance de la question du suicide à travers l'accès à des sites Internet de référence dans le champ de la prévention du suicide
- Action 28 : Poursuivre et développer les actions d'information sur la dépression auprès du grand public
- Action 29 : Développer des actions d'information à destination des jeunes et de leur entourage

- Action 30 : Soutenir les projets portés par les associations portant sur les projets d'information et de communication autour du suicide
- Action 31 : Sensibiliser les étudiants en journalisme sur la question du suicide

L'information du grand public et de catégories cible, comme les jeunes, fait partie des modes d'actions majeurs dans le champ de la prévention. Leur acceptabilité sociale est largement admise mais, comme pour les dispositifs d'écoute, leur efficacité est incertaine. Dans les études d'évaluation dont nous disposons et qui rassemblent des méthodes hétérogènes de transmission de connaissances et de compétences (e.g. à l'INPES), cette efficacité est évaluée comme faible. Cependant, ces actions sont considérées comme importantes en région pour mobiliser et structurer les acteurs concernés en réseau. En outre, pour plus d'efficacité la transmission de savoirs doit s'accompagner d'une double réflexion : premièrement adapter le message au rôle attendu de chaque acteur et à l'organisation locale du soin et, secondairement, préciser les déterminants d'une transmission efficace de connaissances ou de savoir-faire.

### **Pertinence des actions au regard du mode d'intervention efficace**

Les actions 1, 9 et 28 menées dans le cadre du PNACS relèvent davantage d'actions à mener dans le cadre d'une politique de santé mentale au-delà de la lutte contre le suicide (lutte contre la discrimination et la stigmatisation, promotion des compétences psychosociales, information sur la dépression).

S'agissant des actions relatives à Internet, le travail réalisé semble plutôt de l'ordre d'un travail préliminaire qui devrait être poursuivi.

### **Conclusions**

La majeure partie des actions ont été réalisées. Parmi les actions partiellement réalisées, c'est le travail préalable de revue des connaissances qui a fait défaut.

Les actions d'informations déployées ont présenté un certain nombre de limites :

- Le manque de réflexion ou de clarification sur les critères de qualité d'une stratégie efficace d'information et d'apprentissage. Pourtant il apparaît que certains déterminants d'efficacité sont promus : précocité, fréquence, continuité, apprentissage pragmatique plutôt que didactique, implication participative des familles, analyse des pratiques, auto-évaluation, diffusion par l'intermédiaire des réseaux préexistants, nécessaire continuité dans les processus de coopération interinstitutionnels.
- Le manque de lien entre l'information et l'organisation des soins notamment au niveau des bassins de vie (organisations locales et implication des acteurs locaux).
- Le manque de réflexion ou de clarification sur la nature des messages à délivrer en fonction du rôle de chaque acteur.
- Le manque de références identifiées à la littérature scientifique, le recours à des arguments à faible niveau de preuve et l'absence de réalisation d'une revue de la littérature spécifique concernant les jeunes.
- La réticence des instances à s'appuyer sur les réseaux existants, le manque de réflexion sur l'impact délétère de la dispersion des acteurs, autrement dit, la tendance à isoler un acteur pour chaque action plutôt qu'à s'appuyer sur un réseau préexistant et des indicateurs de qualité.
- L'absence de critères de qualité renvoyant à la littérature scientifique et l'absence d'indicateurs de suivi.

Cependant, les actions sont cohérentes avec celles menées lors des précédents plans (santé jeunes, axes prioritaires de l'Éducation Nationale), avec les réflexions en cours des ARS et du fait de la continuité de certaines interventions (usage des drogues). L'intégration des actions dans un plan ou une politique de santé mentale favoriserait la mise en œuvre des actions par les ARS.

De surcroît le déploiement d'information sur la dépression est synergique avec les formations des professionnels.

Par ailleurs la cohérence semble être favorisée par :

- la clarification des références théoriques sous-jacentes (ce qui est inconstant),
- l'implication d'un acteur d'expérience au niveau national (INPES, DGS) ou local (INPES-PMI, secteur-école, secteur-PMI),
- En particulier chez les jeunes :
  - la capacité à situer chaque action dans un travail plus large (par ex. resituer les actions sur l'homophobie parmi l'ensemble des actions contre les discriminations), à identifier les facteurs qui motivent les comportements négatifs.
  - Enfin, la reconnaissance de la multifinalité des facteurs de risque.

L'action 31 concernant **la sensibilisation des journalistes** est très pertinente au regard des recommandations de la littérature scientifique et continue d'être nécessaire compte-tenu des malades de communication manifestes observées dans la presse. Par ailleurs, elle doit s'appliquer aux journalistes d'une part mais également à la communication institutionnelle d'autre part: ainsi, la mise en place d'une journée nationale sur le suicide apparaît en contradiction avec le souci de ne pas accuser les résonances sociales du suicide. Il conviendra de maintenir les efforts de diffusion du programme Papageno concernant le discours sur le suicide, et plus largement les problématiques de santé mentale, et de les diffuser aux services de communication institutionnelle.

*Photo d'illustration d'un article sur le suicide intitulé "27 suicides par jour en France : un "drame de santé publique" (2 février 2016)*



*Source : crédits photo ©Jean-François Gornet/Flickr*

*Une telle illustration conforte, à tort, le lecteur dans le caractère romantique de l'acte suicidaire.*

De nouvelles **campagnes d'information** sont nécessaires pour sensibiliser plus fortement la population française à la santé mentale et aux risques que fait courir l'insuffisance des soins.

En revanche, le HCSP recommande de ne pas cibler le suicide en tant que tel, pour éviter l'incitation et la stigmatisation.

Il est aussi utile de continuer à **sensibiliser les médias**, notamment dans le cadre de la formation des journalistes et dans le contenu des chartes déontologiques, de manière à éviter les effets d'entraînement que peut susciter une approche « sensationnaliste » du suicide des personnalités, des jeunes, des adultes dans un contexte professionnel, des personnes âgées abrégant leur fin de vie. À ce titre, le programme Papageno qui vise à sensibiliser des étudiants en journalisme au

traitement médiatique du suicide et de la santé mentale constitue une initiative qu'il conviendra de pérenniser et de développer sur l'ensemble du territoire.

Le traitement journalistique a, par ailleurs, souvent des effets négatifs sur le débat public concernant le suicide, en se focalisant sur des causes sociales plutôt que sur les facteurs les plus explicatifs relevant de la santé mentale des personnes concernées.

## Recommandations

Concernant “Les campagnes d’information du grand public”, le HCSP formule les recommandations suivantes :

- Améliorer l’efficacité de la diffusion des connaissances en santé mentale ;
- Favoriser la clarification des parcours de soin et le rôle de chacun dans les parcours de soins et la promotion de la santé afin de mieux cibler l’information ;
- Pour chaque programme d’information, préciser son rationnel scientifique afin d’améliorer la qualité de son déploiement et son adaptabilité à l’actualisation des données ;
- Pour chaque programme d’information, préciser s’il vise des facteurs de vulnérabilité (très en amont de la crise) ou des facteurs précipitants (proche de la crise suicidaire ou lors de la crise suicidaire).

Concernant les facteurs précipitants :

- Poursuivre le programme Papageno et l’élargir à la communication institutionnelle

Concernant les facteurs de vulnérabilité :

- Poursuivre les campagnes d’information sur la dépression. Ces campagnes doivent être réalisées en lien étroit avec les acteurs locaux du soin ;
- Poursuivre les efforts déployés en matière de formation en compétences psychosociales au delà des efforts d’information stricto sensu ;
- Poursuivre les efforts déployés en matière de lutte contre les stigmatisations. Élargir la prévention des discriminations à l’ensemble de celles-ci ;
- Inscrire ces politiques dans le cadre de la politique de santé mentale car ces facteurs de vulnérabilité sont communs aux autres troubles psychiques ;
- Associer étroitement les programmes d’information et de formation aux compétences psychosociales avec la réalité locale de l’organisation des soins et les acteurs locaux des dispositifs de soins en santé mentale ;
- Pour chaque programme préciser des critères de qualité argumentés sur les données de la littérature. Par exemple, la promotion des compétences psychosociales concerne les références théoriques claires, appui sur un réseau de soin préexistant, précocité de l’intervention, implication de l’entourage de manière participative, fréquence des interventions, continuité, intervention pragmatique plutôt que didactique, suivi de critères de qualité, analyse des pratiques ;
- Pour chaque programme, définir des indicateurs permettant le suivi et favorisant l’analyse de la pratique ;
- Promouvoir le référencement d’un site institutionnel en matière de prévention et de prise en charge du suicide (via l’Agence nationale de santé publique par exemple), à jour des informations utiles en matière d’orientation vers l’écoute et l’offre de soins. Poursuivre le travail de labellisation ;
- Inciter à mener des campagnes locales de prévention de la dépression à l’instar du programme mené par l’Alliance européenne contre la dépression (EAAD) incluant une dimension communautaire importante, dans le cadre de la politique de santé mentale ;
- Soutenir le rôle de représentation des acteurs de la société civile et leur participation aux actions d’information et de communication au niveau régional voire national ;
- Ajuster les campagnes en fonction des catégories d’âge et développer les travaux de recherche en ce sens.
  - **S’agissant des jeunes** : associer l’intervention à un travail sur le climat groupal (qui influe sur la réception de l’information), prendre en compte ce qui motive le comportement négatif, travailler sur les facteurs de risque et éviter les initiatives qui limitent leurs interventions à la prohibition du comportement négatif.
  - Promouvoir des recherches sur le rôle d’Internet dans la promotion des comportements suicidaires et plus largement les compétences psychosociales, la promotion de la santé mentale et les comportements de soin.
  - Clarifier les interlocuteurs pertinents et les messages à délivrer notamment sur internet.

## Rubrique 7 : La recherche et l'observation

### Actions concernées

- Action 39 : Améliorer les connaissances sur les données concernant les tentatives de suicide en population générale, ainsi que leur suivi au cours du temps.
- Action 40 : Améliorer la qualité des données et le suivi des tentatives de suicide en relation avec le travail
- Action 41 : Améliorer la qualité des données et le suivi des tentatives de suicide (TS) dans la population carcérale
- Action 42 : Améliorer la connaissance de la mortalité par suicide
- Action 43 : Améliorer la qualité des données et le suivi de la mortalité par suicide en relation avec le travail
- Action 44 : Améliorer la qualité des données et le suivi de la mortalité par suicide des personnes détenues
- Action 45 : Améliorer la qualité des données sur les décès par suicide survenant en établissements médico-sociaux en améliorant le système d'alerte
- Action 46 : Développer la recherche sur les actes suicidaires

### Pertinence des actions

Les actions du programme ont concerné trois volets :

- l'amélioration de la qualité des données de suivi relatives aux tentatives de suicide (population générale, catégorie socioprofessionnelle, milieu carcéral - actions 39 à 41) ;
- l'amélioration de la qualité des données de suivi relatives au nombre de décès par suicide (population générale, catégorie socioprofessionnelle, milieu carcéral, établissements médico-sociaux - actions 42 à 45) ;
- le développement de la recherche sur les actes suicidaires.

Compte-tenu de la faiblesse des données de suivi existantes à l'écriture du programme, ces actions apparaissent parfaitement pertinentes au regard des besoins existants, même si les deux actions concernant le lien entre suicide et travail révèlent principalement le contexte dans lequel le programme a été élaboré (vague de suicides chez France Télécom), car les données épidémiologiques soulignent généralement le rôle protecteur du travail vis-à-vis du suicide.

### Conclusions de l'évaluation

Sur les données relatives aux tentatives de suicide: absence d'amélioration des données collectées sur la période

Trois méthodes existent pour suivre les **données relatives aux tentatives de suicide** en France :

- le baromètre santé de l'INPES ;
- le réseau Sentinelles, réseau de recueil de données épidémiologiques en médecine générale,
- les statistiques d'hospitalisation.

Les données sur les tentatives de suicide "auto déclarées" en population générale peuvent être accessibles grâce à l'enquête du Baromètre Santé de l'INPES qui est répétée et permet d'en suivre l'évolution. Le baromètre recueille certaines informations sociodémographiques dont le niveau d'études, le statut marital et le statut d'emploi mais les données professionnelles sont peu détaillées et de toute façon étant donné la dispersion des professions, la taille d'échantillon ne permet pas une étude approfondie des relations avec le travail. Par ailleurs le Baromètre n'étant pas dédié à la santé mentale, il ne permet pas d'obtenir des informations sur l'état de santé mentale de ces personnes ni sur leur accès aux soins. De plus même s'il est répété, il ne suit pas une cohorte par conséquent il n'informe pas sur le devenir de ces personnes.

D'autres données sont disponibles à partir des statistiques d'hospitalisation pour tentatives de suicide, mais celles-ci ne sont pas exhaustives pour trois raisons principales :

- les personnes hospitalisées en psychiatrie et qui ont fait des tentatives de suicide ne peuvent pas être repérées dans les statistiques des établissements et services spécialisés en psychiatrie car la tentative de suicide n'est pas un diagnostic donc elle n'est pas codée systématiquement ;
- les passages aux urgences ne sont pas systématiquement codés, certaines échappent donc à leur prise en compte ;

Toutes les tentatives de suicide ne font pas l'objet d'une hospitalisation.

#### Sur les données relatives au suicide: un déploiement insuffisant des certificats électroniques pour disposer de données en temps réel

Les données sur le suicide en France sont **globalement de bonne qualité** et la sous déclaration est estimée à 9,8 %, chiffre en amélioration depuis cette évaluation grâce aux efforts mis en place. En particulier l'articulation avec les instituts médico-légaux reste à finaliser.

Cependant les données disponibles sur le suicide restent **décalées dans le temps** : trois années sont nécessaires pour disposer des données, et le déploiement du certificat de décès électronique se fait lentement (actuellement seuls 10 % des certificats). Les rapprochements nécessaires entre les données du recensement et la base du CépiDc pour étudier le suicide par profession ne sont pas prévus, les données existantes s'appuient sur des données de la période 1970-1990. L'enregistrement des suicides dans les prisons, les maisons de retraite, les établissements pour personnes âgées et les établissements médico-sociaux n'est pas fiable et n'est pas suivi afin de permettre une analyse des évolutions. L'analyse des suicides dans les établissements psychiatriques et dans les établissements de santé, médico-sociaux ou sociaux n'est pas non plus systématisée ni centralisée ce qui ne permet pas d'analyser les facteurs de risque.

#### Sur les travaux de recherche en lien avec le suicide : une implication limitée de la France

Quant aux études sur les causes de suicide, aucune unité de recherche en France ne pratique actuellement l'**autopsie psychologique** et les projets financés sur le suicide ne concernent que des aspects restreints : "évaluer ou valider une échelle", "les centres d'écoute sur le suicide" et ce sur de petits échantillons, sans lien avec des équipes de recherche internationales ou sur des thèmes qui pourraient amener à une meilleure description du phénomène et à sa compréhension.

La France reste assez isolée en matière de recherche évaluative en santé mentale y compris sur les interventions concernant le suicide, et peu impliquée dans des travaux internationaux. La documentation des facteurs explicatifs dans le contexte français (France métropolitaine et DROM-COM) doit être activement poursuivie, l'essentiel des connaissances en la matière étant issu de publications internationales. Cet objectif nécessite des moyens ambitieux en matière d'analyse des données et une politique proactive de rapprochement des acteurs avec les données scientifiques internationales. Le rôle de la HAS et de l'INPES dans les synthèses bibliographiques doit être renforcé. Enfin la formation des acteurs de terrain en particulier des acteurs non médicaux doit être élargie et revue dans ce sens. Les professionnels de la santé mentale devraient pouvoir bénéficier d'un accès facilité aux données de la recherche.

Toutefois, une dynamique est perceptible depuis quelques années, avec notamment la mise en place des programmes Vigilans, Algos et du projet PRINTEMPS (Programme de Recherche INTerventionnelle et Evaluative Mené pour la Prévention du Suicide) de l'URC-Eco (Unité de recherche clinique en économie de la santé d'Île-de-France) qui a été retenu à l'appel à projets de recherche prévention primaire 2014 de l'IReSP.

## Recommandations

En lien avec la rubrique 7 “La recherche et l’observation”, le HCSP formule les recommandations suivantes :

- Doter l’InVS (future ANSP) d’une véritable unité de recueil et de suivi des données en santé mentale, dont le suicide, comprenant plusieurs personnes qualifiées (4 ou 5 à plein temps) : chercheurs en santé publique, psychologues, statisticiens, démographes, psychiatres en lien étroit avec le CépiDc,
- Former des épidémiologistes à la question du suicide au niveau international.
- Remettre en place les autopsies psychologiques au sein d’une Unité de recherche afin de nourrir la compréhension des facteurs explicatifs d’un suicide au niveau national, conformément aux recommandations de la HAS.
- Établir un programme de recherche sur “suicide et travail” en lien avec les équipes européennes reconnues et publiantes, en faisant un appel d’offres pour une équipe de recherche dont les travaux seraient consacrés à la recherche sur le suicide jumelée avec une équipe de renommée internationale sur le sujet (Finlande, Royaume-Uni)..
- Interfacer les banques de données dans le respect de la vie privée dans le cadre de l’Institut des données de santé en particulier celles sur le recensement et la mortalité, ainsi que le statut vital et le SNIIRAM.
- Accélérer l’intégration des données des instituts médico-légaux dans le CépiDc et la mise en place du certificat informatisé de déclaration de décès.
- Mettre en place un programme suivi d’enquêtes épidémiologiques nationales ou régionales permettant de mesurer dans une même enquête la suicidalité, les diagnostics psychiatriques avec un instrument validé (CIDI ou CIDI SF), les maladies somatiques, les facteurs sociaux et l’accès aux soins sur le modèle des dernières enquêtes régionales menées en 2005 (enquête sur les indicateurs de santé).
- Inclure les médecins généralistes et psychiatres dans les réseaux de recueil de données sur le suicide.

## Rubrique 8 : La gouvernance et l’évaluation

### La gouvernance : niveaux national et régional

#### Actions concernées

Action 48 : Définir avec les agences régionales de santé un objectif territorial

Action 49 : Animer le réseau des ARS sur la thématique suicide

La gouvernance du PNACS n’est pas parvenue à une réelle dimension interministérielle (ministères en charge du Travail, de l’Éducation nationale, de l’Enseignement supérieur, de l’Agriculture, de la Justice), faute d’une coordination active et de la participation de certaines administrations.

Le ministère en charge de la Santé n’a pas été en mesure d’assurer un *leadership* sur cette question.

Ce constat au niveau national est également fait par les ARS au niveau régional (notamment dans le cadre des programmes régionaux de santé).

## Recommandations

Concernant la “Gouvernance”, le HCSP formule les recommandations suivantes :  
En lien avec les efforts d’observation du taux de suicide en région, définir des objectifs chiffrés de réduction du taux de suicide dans les projets régionaux de santé, adaptés au contexte.

- Animer un réseau des référents santé mentale intégrant la dimension du suicide dans les ARS, au sein duquel un état annuel des données épidémiologiques et une synthèse de la recherche scientifique en matière de suicide (issues de l’ANSP) seront présentés.

### L’évaluation : niveaux national et régional (aucune action)

Dans un souci d’efficacité de l’action publique, les programmes de santé publique doivent intégrer des objectifs quantifiés de résultats à atteindre. C’est sur cette base que l’on peut conduire un pilotage sur la base d’indicateurs de réalisation d’une part (montants financiers engagés, nombre de réalisations, nombre de bénéficiaires, etc.), et d’indicateurs de résultats et d’impact d’autre part.

S’agissant du PNACS, le seul indicateur de résultats aurait dû être l’évolution du nombre de décès par suicide et de tentatives de suicide. Cet indicateur n’a pu être établi sur la durée du programme, les dernières données disponibles datant de 2012. De plus, pour établir des corrélations significatives entre les actions menées et les effets observés, il faudrait disposer d’une information à un niveau territorial suffisamment fin.

Par ailleurs, les catégories d’âge qui ont été ciblées par le PNACS ou les programmes des ARS (les jeunes et les personnes âgées le plus souvent), ne représentent pas les suicidants les plus nombreux en termes épidémiologiques. Évaluer l’efficacité des actions en faveur de la réduction du nombre de suicides nécessite, au préalable, que les actions soient ciblées sur les populations les plus à risque, notamment parmi les actifs en milieu de vie.

L’évaluation des actions est une demande importante des acteurs de la mise en œuvre des programmes, notamment au niveau régional. L’évaluation devrait constituer l’outil privilégié pour guider les priorités d’intervention et les modalités d’action.

Or le double constat suivant peut être dressé :

- l’importante littérature scientifique internationale sur le sujet est peu mobilisée par les professionnels de terrain ;
- elle n’a que très peu incité les autorités sanitaires à financer des évaluations scientifiquement contrôlées sur les dispositifs d’action qui sont développés en France.

## Recommandations

Concernant l’“Évaluation”, le HCSP recommande que :

- tout programme d’actions affiche des objectifs quantifiés de réduction du nombre de suicide, en spécifiant ces objectifs en fonction des catégories à risque et des territoires ;
- tout programme structuré en fonction des modes d’intervention reconnus efficaces intègre le financement d’un dispositif d’évaluation ;
- toutes les évaluations soient rendues publiques et discutées dans le cadre du réseau des référents santé mentale des ARS.

L’Observatoire national du suicide qui a vocation à réaliser des synthèses des données disponibles sur le suicide et à les diffuser largement auprès des professionnels concernés, devrait assurer une veille sur les travaux d’évaluation. Il pourrait à la fois inciter au développement de tels travaux, en préconisant des méthodologies adaptées, et assurer une large audience aux résultats probants.

## 2.2 Enseignements issus des actions menées en région

Les régions, au travers des ARS en particulier, ont mené une diversité d'actions dans le domaine de la santé mentale et du suicide présentant des liens plus ou moins étroits avec le programme national d'actions.

Cinq ARS ont été auditionnées dans le cadre des travaux du CODEV : Guyane, Haute-Normandie, Limousin, Pays de la Loire et Rhône-Alpes, offrant un panel de points de vue diversifié sur la thématique du suicide et sa déclinaison en région. Le constat est fait par ces ARS de leur connaissance limitée du Programme, qui s'explique en partie par leur absence d'implication lors de sa phase d'élaboration.

La synthèse des actions régionales ci-dessous est alimentée en majorité par les échanges qui se sont tenus avec les ARS, complétés par des éléments recueillis auprès de la DGS sur la déclinaison région par région du Programme.

Les éléments dont dispose le CODEV lui permettent de formuler les observations suivantes :

### Une retranscription du Programme en région ciblée sur quelques actions

Plutôt que de lister de manière exhaustive l'ensemble des actions déclinées en régions, le CODEV souhaite souligner les quelques actions les plus largement reprises en région. Ainsi, tant les éléments fournis par la DGS que les échanges directs avec les ARS font ressortir une **appropriation importante des actions de formation** (axe IV – actions 33 et 34 surtout). D'après le bilan réalisé par la DGS en date d'avril 2015, 20 ARS mettent en avant des actions de formation des professionnels, ciblant plusieurs publics (médecins, personnels en EHPAD, Éducation nationale, etc.). Les ARS auditionnées soulignent le caractère structurant de ces formations, au sens où elles impliquent un champ large d'acteurs et diffusent une « culture » commune autour de la question. Cette dynamique de formation a notamment été permise par des démarches de partenariat, avec des acteurs tels que les réseaux de santé mentale, l'IREPS ou encore la MSA. Les cinq ARS auditionnées insistent effectivement sur leurs démarches de formation d'acteurs locaux, comme la déclinaison de l'axe 4 du Programme (les actions de formation étaient néanmoins antérieures au Programme dans de nombreuses régions).

En outre, les ARS mettent en place de façon quasi systématique des actions de **prévention/sensibilisation** (axe 4). Ces actions visent différents publics : les jeunes et les personnes âgées surtout (actions 10, 13, 17), et prennent notamment la forme d'un soutien aux dispositifs d'écoute. Néanmoins les actions mises en place par les régions dépassent le cadre de la mesure 2 du Programme « *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* », l'écoute à distance n'étant pas le seul moyen d'écoute prisé par les ARS. Une dimension de renforcement des compétences psychosociales est fréquemment intégrée à ces actions de prévention, comme en ont témoigné les ARS auditionnées.

**À l'inverse, certaines actions ont rencontré un écho très faible en région.** Les données dont nous disposons indiquent par exemple qu'aucune ARS n'a ciblé d'actions sur la restriction d'accès aux moyens létaux (mesure 7 de l'axe 1). Le volet d'actions sur le milieu du travail a été peu retranscrit en régions (actions 37 et 38 notamment), de même que les actions entourant la communication sur internet (actions 18 à 20).

Au-delà de la retranscription thématique, il semblerait toutefois que les ARS aient plutôt utilisé le Programme pour donner de la visibilité à leurs actions et les renforcer. En effet, l'échantillon d'ARS auditionnées laisse penser que les actions conduites à l'échelle régionale sont antérieures au Programme, celui-ci n'étant donc pas *déclencheur* mais un *appui symbolique* à des actions préexistantes. Donner de la visibilité aux actions permet aux ARS de s'adresser à davantage d'acteurs, afin d'élargir le nombre des parties prenantes. Dans la région Haute-Normandie par

exemple, le COPIL régional « suicide » a pu être élargi en 2012, permettant de mener des actions plus ambitieuses.

### **Une évolution des publics ciblés par les actions régionales « en miroir » du Programme**

Les publics ciblés par les actions en matière de suicide ont évolué depuis 2011, plusieurs régions faisant évoluer leur ciblage « en miroir » du Programme. Certaines régions ont néanmoins porté leur attention sur des publics spécifiques, évoqués ou non dans le Programme (les médecins en difficulté dans leur exercice professionnel en régions Midi-Pyrénées ou Basse-Normandie par exemple, les jeunes homosexuels en région Rhône-Alpes,...).

### **Plusieurs attentes exprimées par les ARS envers un tel Programme**

Les échanges menés avec les ARS ainsi que les données régionales transmises par la DGS mettent en lumière plusieurs attentes des ARS dans le traitement de la thématique du suicide.

#### Un programme comme vecteur de communication et de mise en réseau

Plusieurs ARS auditionnées voient dans le programme une opportunité de faciliter la communication, à plusieurs niveaux. Tout d'abord, le Programme doit faciliter la dimension interministérielle, en mettant en cohérence l'action de plusieurs ministères. Il doit également impulser une dynamique de partage entre les régions, afin d'échanger sur les bonnes pratiques ou interventions efficaces en matière de suicide. Selon la proposition d'une ARS, ce partage pourrait prendre la forme d'une rencontre annuelle des référents « Suicide », sous l'égide de la DGS, afin de communiquer sur les projets menés.

Le Programme doit aussi être vecteur de communication entre les ARS et les acteurs de terrain, au travers de partenariats et de mises en réseau. Mobiliser davantage d'acteurs leur permet en effet de mieux s'identifier entre eux, et de construire un tissu territorial plus dense.

#### Un Programme national comme impulsion de stratégies communes, plutôt que d'actions définies

Plutôt que d'être constitué d'une longue liste d'actions précises, à répliquer ou non à l'échelon régional, certaines ARS considèrent qu'il serait plus pertinent que le Programme vise à identifier et à diffuser des stratégies d'intervention efficaces au niveau global, en laissant la responsabilité aux ARS ensuite de les décliner à leur manière. Cela permettrait de guider et d'encadrer les politiques régionales, sans disperser l'effort des ARS.

#### Un Programme qui doit s'appuyer sur des démarches d'évaluation de ses actions et sur des moyens suffisants

Le besoin d'évaluer les actions mises en place semble important pour plusieurs ARS.

L'exemple est pris notamment des dispositifs d'écoute à distance, dont la démarche d'évaluation a été abandonnée. De même, des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles pourraient être développées selon certaines ARS.

De plus, en identifiant des acteurs de terrain pouvant porter des actions spécifiques, la question se posera du renforcement de ces acteurs (associatifs notamment) et de la nécessité de pérenniser davantage leurs financements.

Sur le plan thématique, les ARS soulignent plusieurs thématiques à développer ou à poursuivre dans un futur programme ou plus globalement une future politique. Par exemple, les formations sont mentionnées à plusieurs reprises comme devant être poursuivies et étendues, l'importance du ciblage de certains publics est rappelée (jeunes et personnes âgées notamment), le recontact des suicidants est promu également.

En conclusion, les lignes fortes des échanges avec les ARS font apparaître une appropriation partielle du Programme, qui s'explique notamment par une implication insuffisante des ARS en amont de l'élaboration des actions, et par la dispersion et l'absence de cohérence globale des

actions du Programme ne favorisant pas le ciblage des efforts. L'utilisation du Programme par certaines ARS à des fins de visibilité plus que d'inspiration semble donc illustrer le fait que les ARS privilégient les initiatives locales aux propositions nationales, telles qu'elles sont formulées dans le Programme. De cela découlent plusieurs attentes des ARS envers le Programme, dont celles du développement de la mise en réseau ou du besoin de moyens dédiés plus conséquents, dans le but de partager les pratiques développées en région.



## Partie 3. Recommandations pour orienter l'action publique

### 3.1 Principaux enseignements de l'évaluation du programme 2011-2014

#### **Un certain nombre d'insuffisances dans le programme 2011-2014, notamment concernant le ciblage des publics à risque**

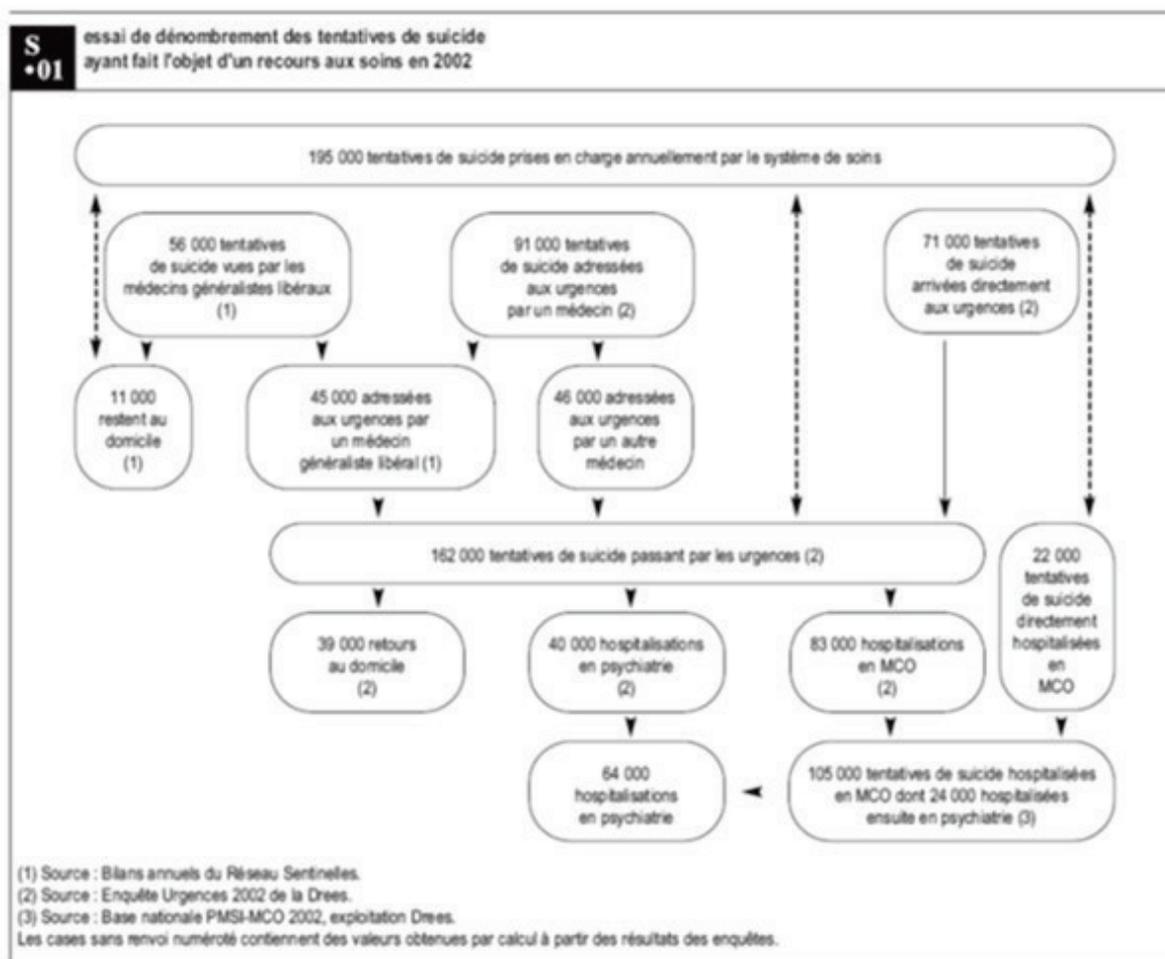
Le choix des cibles de l'action a été insuffisamment étayé par des données épidémiologiques. De nombreuses actions du PNACS étaient issues de programmes ou plans préexistants (i.e. : actions 7, 8, 27, 37, 38).

Le programme 2011-2014 a ciblé indistinctement des catégories populationnelles (jeunes, adultes, personnes âgées, personnes en situation de précarité, etc.), des acteurs concernés par la question du suicide (professionnels, institutions) et des facteurs de risque (exposition par internet, moyens létaux). Il serait, en réalité, préférable d'énoncer des objectifs et des recommandations par catégorie d'âge, en déclinant pour chaque âge les facteurs de risques, les leviers (professionnels, institutions) et les actions les plus pertinentes. Le programme n'a pas ciblé les populations les plus à risque de comportements ou de passage à l'acte suicidaire.

Certaines actions très spécifiques ont été promues par le programme (par ex. intervention sur la question de l'homophobie dans les collèges) sans que leur nécessité ne soit argumentée comparativement à des actions plus larges (par ex. l'amélioration du climat scolaire sur les questions des discriminations, du harcèlement voire des compétences psychosociales). Pour chaque action spécifique promue, la possibilité de l'intégrer dans un ensemble d'actions plus large, voire dans un dispositif existant, doit être discutée.

Par ailleurs, le programme ne met pas le médecin généraliste au centre de la prévention de la crise suicidaire alors même qu'il en est un des éléments importants. Renforcer son rôle, comme recommandé par l'OMS, requiert l'amélioration des connaissances du médecin généraliste en psychiatrie et l'organisation de recours pour qu'il trouve si besoin un appui dans ses prescriptions de psychotropes et psychothérapies.

Figure 10 - Rôle des médecins généralistes dans les tentatives de suicide



Sources : Voir dans le schéma

195 000 tentatives de suicide sont prises en charge annuellement par le système de soins, par le biais d'un passage aux urgences, d'une hospitalisation en MCO, ou d'une consultation avec un médecin généraliste. Le risque de récurrence étant élevé, il convient d'adopter des mesures de recontact appropriées.

## Ne pas s'engager dans un nouveau plan ou programme consacré spécifiquement à la prévention du suicide

Rappelons que depuis 2000, la France fait partie des quelques pays qui se sont dotés d'une stratégie nationale d'actions face au suicide. Cette stratégie est pilotée par la Direction Générale de la Santé. Trouver la forme la plus adaptée pour assurer la continuité de la mobilisation en termes de prévention du suicide et de réduction de la mortalité constitue un enjeu important et il n'est pas certain qu'un programme spécifique « suicide » soit la meilleure approche.

Au sein de l'Union européenne, la France est un des pays où le taux de suicides dans la population reste élevé et où les différences entre les régions du Nord-ouest et le Sud de l'hexagone sont très marquées.

Face à cette situation, l'utilité d'une mobilisation nationale concernant le suicide est généralement admise par les acteurs concernés, notamment par les ARS consultées. Des instances comme le Conseil économique et social et environnemental (CESE) ont recommandé que la prévention du suicide obtienne le label de « Grande cause nationale » (« Suicide : plaidoyer pour une prévention active » du 12 février 2013). Depuis 2000, différentes approches ont été successivement adoptées telles que la stratégie nationale d'actions pour la prévention du suicide de 2000 à 2005, le plan de santé mentale de 2005 à 2008, le programme national d'actions contre le suicide de 2011 à 2014.

Pour engager la suite de ces programmes et accroître l'efficacité des actions, il faut tenir compte du contexte actuel de santé publique, lié notamment à la mise en place de la Stratégie nationale de santé, qui prévoit cinq domaines clés dont la santé mentale, la préparation des nouveaux PRS sur les territoires des 16 nouvelles régions, et la création d'une nouvelle agence nationale de santé publique rassemblant en un seul organisme les missions précédemment assurées par l'EPRUS, l'InVS, l'INPES et ADALIS.

Parallèlement, l'exigence d'une plus forte coordination interministérielle dans la prévention du suicide doit être reconsidérée en rappelant que la prévention du suicide ne peut exister que si elle s'appuie sur un système de soins des maladies mentales efficace et coordonné à tous les niveaux de la prise en charge, et jusqu'aux acteurs de terrain.

Les auditions, notamment auprès d'ARS, conduisent à penser qu'un affichage national est souhaité par les professionnels pour piloter l'action autour d'objectifs partagés, mais aussi en fonction d'éléments d'évaluation qui fassent consensus et fédèrent l'ensemble des acteurs concernés.

Néanmoins, une nouvelle forme doit être donnée à cet affichage pour qu'il s'insère dans les nouveaux cadres de la programmation des actions de santé publique.

Les recommandations suivantes, établies par le groupe d'experts réuni par le HCSP, devraient guider la nouvelle politique de prévention du suicide.

1. Cette politique devra s'attacher à formuler des principes de prévention et de soins organisés par catégories cibles (correspondant aux données épidémiologiques et aux facteurs de risque identifiés en suicidologie) en insistant sur des méthodes reconnues comme efficaces pour guider les professionnels concernés, plutôt que d'établir une liste d'actions disparates.

2. Cette politique devra être intégrée dans d'autres plans nationaux [7], en premier lieu dans la politique de santé mentale, voire dans d'autres politiques concernant les jeunes, les personnes âgées, la santé au travail.

3. Ces principes d'action devront aider à structurer et à rendre cohérents les programmes opérationnels développés par les régions et par les différents départements ministériels et institutions concernés, en fonction des spécificités des territoires et des secteurs d'intervention.

4. Plusieurs aspects devront être déclinés pour formaliser cette nouvelle « orientation nationale pour la prévention du suicide » : les cibles de la prévention, les objectifs de réduction du taux de suicide par cibles, les modes d'action efficaces, la formation des professionnels et notamment des médecins généralistes, la gestion de la prévention par les institutions (scolaires, médicosociales, pénitentiaires, entreprises, etc.), les instances de pilotage interministériel et inter Régions, l'observation et la recherche, l'information des publics.

La finalité d'une nouvelle « orientation nationale pour la prévention du suicide » serait de faire converger l'action des professionnels concernés dans des cadres opérationnels déclinés principalement au niveau régional et local, dans le cadre de programmes de santé mentale ciblés sur différentes catégories de populations à risque élevé de comportements suicidaires.

Fixer des objectifs locaux quantifiés de réduction du nombre de suicides par catégories cibles, concentrer les moyens sur les modes d'actions réputés les plus efficaces et les populations les plus à risques, et évaluer précisément la mise en œuvre et l'efficacité réelle des dispositifs d'action sur la réduction du nombre de suicides grâce à l'utilisation d'indicateurs partagés et opérationnels déclinés à un niveau local, sont les enjeux les plus importants.

Sont présentés dans ce qui suit les **principes généraux** qui devraient guider la nouvelle « orientation nationale pour la prévention du suicide » et une série de **recommandations opérationnelles**, notamment dans les domaines de la prévention, de la formation, de l'information et du soin.

### 3.3 Les principes généraux

L'évaluation du PNACS conduit le HCSP à recommander l'adoption d'une « orientation nationale pour la prévention du suicide » orientée par les neuf principes généraux énoncés ci-dessous :

1. **Promouvoir un double objectif : prévention générale en amont visant un effet dans plusieurs années et réduction effective du nombre de suicides à court terme**
2. **Inscrire la prévention du suicide dans le champ de la politique de santé mentale (sans en faire un programme spécifique)**
3. **Cibler les populations à risque, en prenant en compte les catégories de comportements suicidaires et de troubles psychiques suicidogènes**
4. **Fixer des objectifs de réduction du nombre de suicides, en les déclinant en fonction des contextes régionaux et des catégories à risque**
5. **Organiser les actions visant la réduction du nombre de suicides à partir du corpus des interventions efficaces**
  - a. "Restriction de l'accès aux moyens létaux"
  - b. "Maintien d'un contact avec les personnes à risque"
  - c. "Organisation des soins"
  - d. "Mise en œuvre de lignes d'appel d'urgence"
  - e. "Formation des professionnels, dont les médecins généralistes"
  - f. "Campagnes d'information du grand public"
6. **Connecter la formation des professionnels (avec des moyens dédiés), les lignes d'écoute téléphonique et l'information du public à des réseaux de prise en charge et de soins**
7. **Développer l'observation et la recherche**
8. **Évaluer les actions conduites en région, dans la perspective d'aider au pilotage**
9. **Piloter l'atteinte des objectifs de réduction du nombre de suicide, en lien étroit avec l'observation des taux de suicide et avec l'évaluation des actions**

### 3.4 Détail des recommandations

#### 1. Promouvoir un double objectif : prévention générale et réduction du nombre de suicides

##### Prévention générale

La prévention du suicide nécessite d'articuler :

- a. la **prévention générale** par classe d'âges (travail sur les compétences psychosociales et sur le contexte de vie), travail de fond nécessaire, mais qui ne peut produire que des effets diffus et à long terme.
- b. **les soins de santé mentale** qui doivent articuler le rôle du médecin généraliste, celui des psychologues, des psychiatres et les soins relevant du « care » (y compris la postvention auprès des proches des personnes suicidées) qui concernent la "péri-suicidalité".
- c. la **formation des professionnels** (santé, social, éducation, travail) au repérage et au suivi du risque suicidaire, ainsi qu'à la prise en charge des troubles psychiques, dans le but de prévenir très directement les passages à l'acte.
- d. la limitation de l'accès aux **moyens létaux**, tout particulièrement pour les personnes présentant un risque élevé de passage à l'acte.
- e. l'**information générale** de la population sur les facteurs de risque de comportements suicidaires, notamment la dépression (et non sur le suicide lui-même).

## Réduction du nombre de suicides

S'atteler à la réduction du nombre de suicide suppose d'inciter les acteurs concernés à concentrer les efforts sur les populations les plus à risque.

**À tous les âges de la vie**, la prévention doit mobiliser des environnements spécifiques : le travail sur les compétences psychosociales doit être investi dans le milieu scolaire, dans le milieu professionnel, dans les institutions gérant des « lieux de vie » (internats, établissements médico-sociaux, établissements pénitentiaires). Plus généralement, il serait nécessaire de développer une culture du « care » et de la bientraitance dans tous les lieux institutionnels de vie, de travail, d'éducation. Cependant, il faut se garder de réduire l'approche de la bientraitance à la seule prévention des comportements suicidaires : les politiques du « care » et de la bientraitance doivent être développées très largement, indépendamment des risques potentiels de suicide.

Les actions qui ont été initiées par l'INPES en la matière devront être poursuivies par l'Agence nationale de santé publique. Mais pour guider ce programme, l'appropriation des outils diffusés par l'INPES a besoin d'être évaluée.

**Pour les enfants et les jeunes**, la prévention doit commencer par l'aide à la parentalité, le développement des compétences parentales et le travail sur les compétences psychosociales qui doit être précisé et actualisé. Pour être efficaces, ces interventions doivent être précoces, continues, fréquentes, impliquant les familles de manière participative, et engager un travail pragmatique, non normatif. Elles ne doivent pas concerner ni mentionner le suicide ou les troubles psychiques. Il s'agira d'approches en promotion de la santé.

**Pour les personnes âgées**, il importe de se préoccuper plus spécialement de la dépression du sujet âgé. Pour la prévenir, il est nécessaire de développer des programmes d'actions visant à lutter contre l'isolement, et aussi de promouvoir des formes de suivi adapté pour le basculement dans la dépendance, et pour les fins de vie.

## 2. Inscrire la prévention du suicide dans le champ de la politique de santé mentale

**Le cadre de la santé publique.** L'« orientation nationale pour la prévention du suicide » doit tenir compte du contexte actuel de la santé publique, lié à la mise en place de la Stratégie nationale de santé, qui prévoit cinq domaines clés dont la santé mentale, et des nouveaux projets régionaux de santé (PRS) sur les territoires des 16 nouvelles régions, et à la création d'une nouvelle agence de santé publique regroupant l'InVS, l'INPES, l'EPRUS et ADALIS.

**Un cadre national.** L'objectif est de formaliser un cadre national pour aider à structurer et rendre cohérents les programmes opérationnels développés par les différents départements ministériels et institutions concernés et par les régions (ARS). La question du suicide pourrait être proposée comme thème à examiner régulièrement au sein du Comité interministériel pour la santé, créé par décret en juin 2014.

Le Codev recommande de **ne pas faire du suicide une « grande cause nationale »** contrairement à ce qu'a préconisé le CESE en 2013, pour éviter d'amplifier la réception angoissante de la question du suicide dans le débat social et ne pas alimenter l'effet Werther [4] et les représentations sociales sur le caractère considéré comme fréquent du suicide. Le Codev recommande également de lier très étroitement toute action concernant le suicide à l'organisation des soins en santé mentale et en psychiatrie. À contre-courant des propos actuels, sans relation avec les données scientifiques disponibles, l'orientation générale des prochaines politiques de prévention du suicide devrait intégrer le fait que le suicide est une situation « rare » d'un point de vue épidémiologique, en lien avec des difficultés psychiques aggravées par des contextes et des événements délétères, pour lesquelles on dispose de stratégies de prise en charge efficaces.

### **3. Cibler les populations à risque, en prenant en compte les principaux risques suicidaires (idées suicidaires, tentatives de suicides, troubles mentaux suicidogènes)**

**Les cibles de la prévention.** Le Codev recommande une approche par groupes à risque (constitués en fonction des facteurs présentés en première partie), segmentés en fonction des grandes phases de la trajectoire développementale (enfants et jeunes, adultes, adultes de la péri-cinquantaine, péri-retraités, personnes âgées), le suicide ayant pour chaque groupe et chaque phase de la vie ses spécificités, en termes de vulnérabilité, de troubles psychiques, de contextes à risque, de moyens utilisés, et de mobilisation des professionnels.

Les modalités d'intervention seront organisées en respectant le principe général selon lequel plus le groupe/la personne ciblé(e) présente un risque élevé de comportement suicidaire, plus les intervenants engagés à titre principal devront être de haut niveau, proches de la psychiatrie/psychologie/médecine, et cibler directement la problématique suicidaire. Corrélativement, moins la population/la personne ciblée présente de risques de comportements suicidaires, plus les intervenants devront être spécialisés en promotion générale de la santé et de la santé mentale, cibler les compétences psychosociales et les facteurs environnementaux, et moins la thématique des suicides et des comportements suicidaires *per se* devra être abordée.

En conformité avec ce principe général, il ne paraît pas pertinent de mettre en place des interventions de prévention en milieu scolaire ciblant et mentionnant directement le suicide, les comportements suicidaires, les troubles psychiques. Certaines études montrent à l'inverse que cela pourrait avoir des effets délétères. Il en va de même en milieu professionnel, où il faudrait au contraire se concentrer sur les moyens de lutter contre les comportements managériaux dysfonctionnels et les contextes organisationnels pathogènes, et doter les employés des moyens législatifs, collectifs et individuels d'y faire face. Il faut prendre garde au risque de "blâmer la victime" que comporte intrinsèquement toute logique d'actions qui cible la conséquence (le suicide) plutôt que la cause (les situations pathogènes).

### **4. Fixer des objectifs de réduction du nombre de suicides, à décliner en fonction des contextes régionaux et des catégories à risque**

Si l'objectif de réduction du taux de suicide était présent dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des ARS (sans être nécessairement quantifié), il ne figure plus dans la grille des objectifs pour la période 2015-2018, notamment faute de données disponibles au niveau régional. En lien avec les efforts à fournir au niveau du suivi des données épidémiologiques en temps réel, il apparaît nécessaire de réintroduire cet objectif.

La quantification des objectifs à atteindre est indispensable, mais deux conditions doivent être remplies : 1) cette quantification doit être déclinée par catégorie cible et par territoire (par les ARS, les autres administrations et institutions concernées) ; 2) l'objectif de réduction du nombre de suicides doit être ajusté aux moyens mis en œuvre en fonction de l'efficacité escomptée des actions menées.

## **5. Organiser les programmes d'actions à partir du corpus des interventions efficaces**

Le corpus des recommandations doit en permanence promouvoir les actions reconnues comme efficaces par la littérature scientifique, et préciser les conditions de mise en œuvre qui en maximisent l'efficacité. Des indicateurs de suivi doivent être proposés pour chaque mode d'action visant explicitement à réduire le nombre de suicides.

Le détail des recommandations relatives aux modes d'actions efficaces a été développé en section 2, du document et est rappelé dans la section ci-dessous.

## **6. Connecter la formation des professionnels, les lignes d'écoute téléphonique et l'information du public à des réseaux de prise en charge et de soins**

Les personnes concernées par le phénomène, en premier lieu les suicidaires et suicidants, mais également leurs proches, les professionnels ou associations susceptibles de les accompagner doivent pouvoir être en mesure d'identifier rapidement les personnes relais susceptibles de prendre en charge les patients aux différentes étapes de la crise suicidaire (de l'idéation au passage à l'acte) à proximité de leur domicile. La mise en place d'un répertoire opérationnel des ressources géolocalisé constitue une des réponses à ce besoin.

## **7. Développer l'observation et la recherche**

L'amélioration de l'efficacité des actions menées pour réduire le taux de suicide en France passe nécessairement par une meilleure compréhension du phénomène et notamment par le renforcement des travaux d'observation (épidémiologie, amélioration de la collecte de données) et de recherche sur cette thématique, en réponse aux insuffisances existantes.

Le détail des recommandations relatives à la recherche et l'observation a été développé en section 2, et est rappelé dans la section ci-dessous.

## **8. Évaluer les actions conduites en région**

**L'évaluation des actions.** Cette évaluation doit être renforcée car il s'agit d'un des points les plus faibles du PNACS 2011-2014. Contrairement aux pays anglo-saxons et du Nord de l'Europe, la France a très peu développé l'évaluation des actions de prévention du suicide comme celles des interventions dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie. Un effort particulier doit être engagé dans ce domaine, articulé aux moyens dédiés à l'observation et à la recherche.

## **9. Piloter l'atteinte des objectifs de réduction du nombre de suicide**

**Le pilotage.** Chaque ARS doit évaluer l'opportunité d'avoir un référent "santé mentale" et d'assurer une continuité d'actions dans ce domaine, la thématique du suicide doit être intégrée dans ce pôle d'actions. Le pilotage interministériel, ainsi que la mise en réseau et l'animation du groupe de référents ARS santé mentale, dont le suicide doit faire partie, doivent être amplifiés par rapport au programme 2011-2014 en mettant l'accent sur les échanges entre les acteurs.

## Synthèse des recommandations et hiérarchisation des priorités d'action

Les recommandations qui ont été développées dans la partie 2 de ce rapport sont reprises ici pour les organiser selon quatre enjeux qu'il convient de conduire parallèlement.

Ces quatre enjeux sont les suivants :

1. Former au repérage de la crise suicidaire et à la prévention du risque suicidaire chez les personnes à risque, dans une démarche établissant le lien avec l'organisation du système de soin.
2. Développer une organisation des soins pour le suivi systématique des personnes ayant fait une tentative de suicide et les populations vivant avec des troubles psychiques à forte suicidalité.
3. Mener des actions de promotion de la santé mentale et des compétences psychosociales, dans les établissements d'enseignement, dans les entreprises, dans les établissements qui sont des lieux de vie.
4. Organiser un suivi sur une base régionale, de l'évolution du nombre de suicides, soutenu par un dispositif d'observation efficace et par une obligation d'évaluation des actions ayant pour finalité de réduire le nombre de suicides.

Les recommandations formulées dans la partie 2, selon les six rubriques des modes d'intervention efficaces, sont réorganisés ici selon les principaux enjeux de tout programme visant à réduire le nombre des suicides en France. Leur ordre est hiérarchisé par degré de priorité.

### I. Former au repérage de la crise suicidaire et à la prévention du risque suicidaire chez les personnes à risque

#### *Priorité 1*

Dans le registre de la "Mise en œuvre de lignes d'appel d'urgence", le HCSP recommande de :

- Mettre en place une ligne "Suicide info-service" composée de professionnels formés à l'intervention téléphonique et la crise suicidaire, et capables d'orienter vers les dispositifs de soins locaux, à destination des suicidants, de leurs proches ou des professionnels
- Poursuivre l'action de recensement des compétences dans un répertoire au niveau régional (Répertoire Opérationnel des Ressources) tel que défini dans l'instruction du 7 avril 2015 de la DGOS et développer une **interface grand public sur le web**, afin d'identifier les acteurs susceptibles de répondre à leurs questions dans leur zone géographique.

Dans le registre de la "Formation des médecins généralistes et des autres professionnels ", le HCSP recommande de :

- Disposer d'une **organisation solide et de moyens conséquents pour assurer une bonne diffusion des formations** (initiale et continue) à la psychopathologie, psychothérapie de première intention et psychopharmacologie, en particulier auprès des médecins libéraux, dont le temps alloué aux formations n'est que partiellement indemnisé.
- Faire un état des lieux des formations dispensées dans le domaine de la gestion de la crise suicidaire, notamment celles mises en place par le Pr Terra ; et renforcer la diffusion aux professionnels au niveau régional (avec une indemnisation pour perte de ressource pour les professionnels libéraux).

#### *Priorité 2*

- Évaluer les modèles de prise en charge du risque suicidaire expérimentés par la MSA, avant de l'étendre à d'autres structures comparables.

- Maintenir les efforts d'information des professionnels de santé sur la gestion de la crise suicidaire et inclure le secteur libéral en les ancrant dans les dispositifs locaux de santé.

### *Priorité 3*

- Revoir les critères de labellisation des associations d'écoute au regard de l'évaluation des pratiques et renforcer les liens avec les circuits de prise en charge
- Élargir la commission d'attribution du label à des professionnels de santé impliqués dans la thématique du suicide
- Fournir un appui aux associations d'écoute en vue de leur labellisation.

Dans le registre de la "Restriction de l'accès aux moyens létaux", le HCSP recommande de :

- Clarifier le signalement des sites d'incitation au suicide;
- Maintenir une veille des lieux et produits suicidogènes afin d'envisager des interventions ciblées, notamment dans les établissements médico-sociaux, pénitentiaires, les internats...
- Poursuivre le programme Papageno et l'élargir à la communication institutionnelle

## **II. Développer une organisation des soins pour le suivi systématique des personnes ayant fait une tentative de suicide et les populations vivant avec des troubles psychiques à forte suicidalité**

### *Priorité 1*

Dans le registre de la "Réorganisation des soins", le HCSP recommande de :

- Concentrer les efforts de maintien d'un contact sur les personnes suicidaires et suicidantes, ainsi que leurs proches en appliquant les protocoles jugés efficaces (type ALGOS, VIGILANS, APSOM, etc.)
- Proposer un suivi après les soins comprenant les éléments suivants :
  - proposer un dispositif de prise en charge après la sortie du suicidant sur une durée suffisante;
  - *a minima* transmettre une fiche comprenant les coordonnées des structures et professionnels de référence; si possible adresser le patient à un praticien, en mesure d'assurer un suivi global et la coordination des soins multi-intervenants. A terme, la promotion du modèle de "case managers" (gestionnaire de cas) tels que pratiqué dans les pays anglo-saxons, en charge de la mise en place concrète des prises en charge médicales et paramédicales est préconisée;
  - communiquer un numéro d'urgence que les patients peuvent joindre 24h/24h (hors 15).
- Dans le cadre d'une politique de santé mentale, améliorer le diagnostic, la prise en charge et le parcours de soins des populations vivant avec des troubles psychiques à forte suicidalité.

### *Priorité 2*

- Prévoir un dispositif de formation des permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM) ou auxiliaires de régulation médicale du SAMU-centre 15 à la question du suicide.

### **III. Mener des actions de promotion de la santé mentale et des compétences psychosociales**

#### *Priorité 1*

- Inscrire la prise en charge de la dépression dans le cadre d'une politique de santé mentale et y intégrer une sensibilisation des professionnels en charge du suivi de la dépression au risque suicidaire.

Dans le registre du "Maintien d'un contact avec les personnes à risque", HCSP recommande de :

- Inscrire les actions permettant de diminuer l'isolement social et de favoriser l'inscription dans une communauté d'action dans le cadre d'un plan favorisant une bonne santé mentale.
- Stimuler l'organisation de retours d'expériences de la part des services de gériatrie, des EHPAD, et des acteurs de la promotion de la santé des personnes âgées.

#### *Priorité 2*

- Déterminer les actions efficaces à proposer en matière de suivi et d'accompagnement des proches des personnes suicidées.
- Poursuivre les efforts en matière de formation des professionnels de santé intervenant en milieu scolaire dans le cadre de la politique en faveur de la santé mentale en insistant sur **l'orientation vers une offre de soins** disponible à proximité de l'établissement.
- Poursuivre les efforts en matière d'amélioration des compétences psychosociales des salariés dans le cadre des plans santé au travail et non dans la stratégie de lutte contre le suicide.

### **IV. Organiser un suivi sur une base régionale, de l'évolution du nombre de suicides, soutenu par un dispositif d'observation efficace et par une obligation d'évaluation**

#### *Priorité 1*

Dans le registre de la "Gouvernance", le HCSP recommande de :

- Définir des objectifs chiffrés de réduction du taux de suicide dans les PRS, adaptés au contexte régional, en s'appuyant sur une efficacité accrue d'observation du taux de suicide en région.
- Animer un réseau des référents santé mentale intégrant la dimension du suicide dans les ARS, espace privilégié pour diffuser un état annuel des données épidémiologiques et de la recherche scientifique en matière de suicide (produite par l'Agence nationale de santé publique).
- L'Observatoire national du suicide (ONS) pourra apporter sa contribution à ce réseau. Il pourrait, de plus, développer une compétence méthodologique et diffuser des résultats en matière d'évaluation des actions visant explicitement la réduction du nombre de suicide.

Dans le registre de la "Recherche et l'observation", le HCSP recommande de :

#### *Priorité 1*

- Effectuer une veille régulière sur les modes d'actions efficaces et publier une synthèse des travaux sur le site Internet de la future Agence nationale de santé publique
- Doter l'InVS (future ANSP) d'une véritable unité de recueil et de suivi des données en santé mentale, dont le suicide, comprenant plusieurs personnes qualifiées (4 ou 5 à plein temps) :

chercheurs en santé publique, psychologues, statisticiens, démographes, psychiatres en lien étroit avec le CépiDc.

- Interfacer les banques de données dans le respect de la vie privée dans le cadre de l'Institut des données de santé en particulier celles sur le recensement et la mortalité, ainsi que le statut vital et le SNIIRAM.
- Accélérer l'intégration des données des instituts médico-légaux dans le CépiDc et la mise en place du certificat informatisé de déclaration de décès.

### *Priorité 2*

- Remettre en place les autopsies psychologiques au sein d'une unité de recherche afin de nourrir la compréhension des facteurs explicatifs d'un suicide au niveau national, conformément aux recommandations de la HAS.
- Mettre en place un programme suivi d'enquêtes épidémiologiques nationales ou régionales permettant de mesurer dans une même enquête la suicidalité, les diagnostics psychiatriques avec un instrument validé (CIDI ou CIDI SF), les maladies somatiques, les facteurs sociaux et l'accès aux soins sur le modèle des dernières enquêtes régionales menées en 2005 (enquête sur les indicateurs de santé).

### *Priorité 3*

- Former des épidémiologistes à la question du suicide au niveau international (bourses et possibilité de poste au retour).
- Établir un programme de recherche sur "Suicide et travail" en lien avec les équipes européennes reconnues et publiantes et dans un contexte scientifique en faisant un appel d'offres pour une équipe de recherche dont les travaux seraient consacrées à la recherche sur le suicide jumelée avec une équipe de renommée internationale sur le sujet.



## Partie 4 – Proposition pour guider les priorités d'un programme visant à réduire le nombre de suicides

S'agissant de la mise en œuvre opérationnelle des recommandations le principe général serait de procéder en mettant d'abord et prioritairement en place les actions concernant les personnes les plus immédiatement à risque le plus élevé (les personnes qui risquent de se tuer dans l'année, avec une perspective d'efficacité immédiate), en remontant progressivement vers la prévention primaire et la promotion de la santé (les enfants qui vont naître dans l'année, avec une perspective d'effets des actions dans plusieurs décennies).

Le HCSP recommande de mettre en œuvre les actions selon la feuille de route suivante.

### 4.1 Prise en charge des suicidants (personnes ayant fait une tentative de suicide)

Toute personne ayant fait une tentative de suicide devrait se voir proposer un protocole de suivi et recontact durant au moins 6 mois avec suivi psychothérapeutique par un psychothérapeute dédié, la coordination des soins et le suivi du protocole étant assurés par un gestionnaire de cas dédié.

La gestion opérationnelle de ce protocole serait confiée au secteur psychiatrique dont relève la personne suicidante ou à l'entité en charge du bassin de soin concerné. Le gestionnaire de cas devrait assurer la relation et la coordination avec l'ensemble des professionnels concernés (médecin traitant, psychiatre public ou libéral, psychothérapeute public ou libéral, autres professionnels de santé impliqués).

Pour cela :

1. Des Registres Opérationnels des Ressources (ROR) pertinents pour la prise en charge des suicidants devraient être mis en place, avec les systèmes d'information géographiques nécessaires pour trouver automatiquement des ressources locales en fonction du lieu d'habitation de la personne et de la disponibilité des ressources, accessibles à tous sur un site web (cf. ci-dessous). Ceci implique donc un recensement complet et une identification des compétences des professionnels de santé dans chaque territoire.
2. Un logiciel de gestion de protocole (type VIGILANS) interfacé avec les systèmes d'informations médicaux existants (PMSI, RIM-PSY...) serait développé au niveau national et mis à disposition des entités locales (avec relais par les ARS) sur un site web (cf. ci-dessous) pour téléchargement et installation, avec gestion automatique des mises à jour. Toute tentative de suicide entrant en contact avec le système de soins devrait faire l'objet d'un codage dans les systèmes d'information, y compris si le contact primaire est un médecin libéral. Pour cela, la déclaration des suicides et des tentatives de suicide doit être rendue obligatoire.
3. Un site web de référence sur le suicide et les conduites à tenir en cas de situations à risque suicidaire sera développé sous la responsabilité de l'ANSP ([suicide-prevention.gouv.fr](http://suicide-prevention.gouv.fr)).

Le site proposerait :

- a. Le téléchargement du logiciel de suivi de protocole post-TS
- b. L'accès au ROR et aux outils géographiques associés
- c. Les algorithmes décisionnels (conduites à tenir) pour les suicidants entrant en contact avec le système de soin, présentés sous une forme directement opérationnelle, avec une déclinaison spécifique pour :
  - i. Les personnes suicidantes elles-mêmes
  - ii. Les proches de personnes suicidantes
  - iii. Les professionnels de santé concernés par une personne suicidante

- iv. Les permanenciers de régulation médicale (PARM) ou auxiliaire de régulation médicale du SAMU-centre 15.
  - d. Des formations en ligne à la prise en charge de la tentative de suicide (de type « MOOC ») avec des déclinaisons spécifiques pour les 4 mêmes publics que pour le point c. Des supports de formation doivent également être développés pour la mise en œuvre de formations présentiels, en s'appuyant sur les dispositifs existants (selon le format des formations du Pr Terra par exemple), accessibles gratuitement.
  - e. La présentation du numéro d'appel spécialisé « Urgence suicide » (cf. ci-dessous).
4. Un numéro d'appel d'urgence (Urgence suicide) serait mis en place, opéré par une équipe de professionnels de la prise en charge téléphonique de la crise suicidaire aiguë et de la tentative de suicide, sous la responsabilité de l'ANSP. Il serait destiné et accessible aux personnes en situation de crise suicidaire, à leurs proches, et aux professionnels de santé et services d'urgence concernés. Il ne s'agirait pas d'une ligne d'écoute, mais d'une ligne d'intervention opérationnelle mettant en œuvre les stratégies démontrées comme efficaces dans la diminution des passages à l'acte suicidaire et des rechutes suicidaires. Elle doit disposer des moyens d'accès aux ressources locales lui permettant d'orienter immédiatement les personnes vers les services pertinents directement accessibles.
  5. La notoriété de ce site Web et ce numéro doit être assurée par des dispositifs de marketing viral et par des actions de référencement permettant au site de remonter systématiquement en premier dans les recherches sur le suicide sur les moteurs de recherche, et par diffusion aux professionnels de santé par le réseau de l'ANSP selon les procédures habituelles, ainsi que par les relais locaux (ASV, CLSM, services sociaux...). En conformité avec la recommandation de ne pas faire de communication nationale sur le suicide, ce site Web et ce numéro ne doivent pas faire l'objet d'une communication nationale.
  6. Un dispositif de prise en charge financière pour (au minimum) une séance de psychothérapie hebdomadaire pendant 6 mois (soit 24 séances) doit être mis en place, et automatiquement proposé à la personne suicidante, quel que soit le professionnel mettant en œuvre la psychothérapie (psychiatre, psychologue, psychothérapeute) et son statut (public, privé).
  7. Les informations collectées dans le cadre des protocoles de suivi post-TS doivent être rendues accessibles dans un système d'information sur les suicides et tentatives de suicide qui permettra l'accès pour chaque secteur/territoire aux indicateurs pertinents (nombre de tentatives, nombre de suicides, nombre de protocoles proposés, nombres de protocoles mis en œuvre, nombre de séances de psychothérapies, suivi longitudinal des personnes concernées...).

Une estimation de charge rapide montre la faisabilité de ce dispositif. Si l'on considère 200 000 tentatives de suicide chaque année, 24 séances par protocole engagé, un coût de 40 € par séance, un nombre de secteurs de psychiatrie générale de 815 (1), et une limitation du nombre de patients suicidants à 3 par psychothérapeute (Figure 11 - Paramètres estimés), le coût total de prise en charge des séances varie de 192 M€ à 57 M€ selon que 100 % (hypothèse totalement improbable) ou seulement 30 % des personnes suicidantes sont intégrées dans un protocole de prise en charge (Figure 12 - Paramètres calculés).

Figure 11 - Paramètres estimés

Nombre de TS par an	200 000
Nb séances / protocole	24
Coût par séance	40 €
Nb secteurs	815
Nb patients / psy	3

Figure 12 - Paramètres calculés

Protocoles (%)	Protocoles (n)	Nb total séances	Coût total séances	Séances par secteur	Patients par secteur	Psys par secteur
100%	200 000	4 800 000	192 000 000 €	5 890	245	82
70%	140 000	3 360 000	134 400 000 €	4 123	172	57
50%	100 000	2 400 000	96 000 000 €	2 945	123	41
30%	60 000	1 440 000	57 600 000 €	1 767	74	25

Le nombre moyen de patients à prendre en charge dans chaque secteur varierait selon l'hypothèse entre 245 et 74, et le nombre de psychothérapeutes requis entre 82 et 25. Cette répartition moyenne doit évidemment être affinée en tenant compte des très importantes variations de la suicidalité en France selon les lieux, qui nécessite une allocation différentielle des ressources.

8. Afin de compenser les inégalités d'offre sur le territoire, il serait nécessaire de développer une offre de psychothérapie à distance tirant parti des possibilités offertes par les possibilités de communication numérique actuelles.

L'ensemble de ces actions concernant la population des personnes suicidantes doit être mis en place en premier lieu, dans une perspective d'efficacité immédiate mais aussi par ce que l'infrastructure requise pour ces actions doit être également utilisée pour les actions concernant les groupes dont le risque suicidaire est élevé, mais moins que celui des personnes suicidantes, et qui sont plus difficiles à identifier que les personnes ayant fait une tentative de suicide et entrées en contact avec le système de santé.

## 4.2 Prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux fortement suicidogènes

La prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux fortement suicidogènes suit les mêmes principes que celle des personnes suicidantes. Il s'agit de leur proposer un suivi thérapeutique et psychothérapeutique adapté à leur problématique spécifique, au sein d'un dispositif de maintien du contact. Le principal problème est qu'il s'agit d'une population beaucoup plus importante, puisqu'elle inclut en particulier les personnes ayant des troubles bipolaires, des troubles dépressifs sévères, des troubles de la personnalité spécifiques (troubles limites de la personnalité...), des troubles schizophréniques et schizo-affectifs, des comorbidités alcooliques, soit une population dépassant le million de personnes.

Une étude médico-économique approfondie doit être mise en œuvre en parallèle à la mise en place des actions, en collaboration avec les organismes d'assurance maladie (CNAM, RSI, MSA...) concernant cette population pour dimensionner le dispositif qu'il serait possible de proposer opérationnellement sur l'ensemble du territoire français. Le dispositif mis en place pour les personnes suicidantes servirait également de première base de retour d'expérience pour cette deuxième étape.



## Partie 5 - Annexes

### 1. Tableau des auditions

Acteurs rencontrés	Noms	Fonction	Dates
ARS			
ARS Guyane	Christian Meurin Anne-Marie McKenzie Hélène Duplan Shirley Coupra	Directeur général de l'ARS Guyane Directrice de la santé publique Chargée de mission Chargée de mission	01/10/2015
ARS Haute-Normandie	Christelle Gougeon Mostava Merchi	Responsable du pôle Prévention et Promotion de la Santé Réfèrent santé mentale	09/10/2015
ARS Limousin	Marie-Hélène Desbordes Martine Lévêque	Médecin de santé publique Réfèrente santé mentale	01/10/2015
ARS Rhône-Alpes	Chantal Mannoni Anne Boucharlat Marielle Péricard Céline Blanchard Jean-Loup Chappert	Réfèrente santé mentale / Suicide Chargée de mission Chargée de mission Chargée de mission InVS – Médecin épidémiologiste	01/10/2015
ARS Pays de la Loire	Véronique Blanchier Hélène Guimard	Médecin conseil promotion / prévention Chargée de mission Promotion de la santé	01/10/2015
Acteurs institutionnels			
INPES	Pierre Arwidson Enguerrand du Roscoät	Directeur des Affaires scientifiques (INPES)  Responsable du département environnement, populations et cycles de vie, Direction des Affaires Scientifiques	26/06/2015
InVS	Christine Chan Chee Imane Khireddine	Coordonnateur de programmes (InVS)	22/05/2015
HAS	Anne Depaigne-Loth	Conseillère technique à la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de la HAS.	09/11/2015
Ministère de la Santé, DGCS	Nathalie Cuvillier Delphine Chaumel Frédérique Chadel Sylvia Guyot Dominique Renard Béatrice Rolland	Sous-directrice de la DGCS adjointe à la sous directrice de la DGCS	26/06/2015
Ministère de la Santé, DGOS	Christine Bronnec Isabelle Prade	Sous-directrice de la régulation de l'offre de soins Cheffe de bureau « Prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale »	01/07/2015

Ministère de la Santé, DGS	Geneviève Castaing Philippe Leborgne Laure Salomé Marie-Hélène Dechaux	Cheffe du bureau "Psychiatrie et santé mentale" Adjoint à la cheffe de bureau Chargée de mission Chargée de mission	10/11/2015
Ministère du Travail, DGT	Florence Renon Boris Vieillard Eddy Queval	Adjointe au chef du bureau de la politique et des acteurs de la prévention Chargé de mission Chargé de mission	13/10/2015
Professionnels de santé			
	Pr Alain Mercier	Médecin généraliste	01/10/2015
	Dr Jean-Pierre Schuster	Médecin psychiatre en gériatrie, hôpital Corentin-Celton	15/10/2015
	Pr Jean-Louis Terra	Médecin psychiatre formateur à la prise en charge de la crise suicidaire, CH Le Vinatier	10/11/2015
Associations			
UNPS	Françoise Facy	Présidente UNPS	08/12/2015
Suicide écoute	Pascale Dupas Jean-Paul Baraille	Présidente Suicide écoute Ecoutant Suicide écoute et membre du Conseil d'administration	08/12/2015
PHARE enfants parents	Thierry Polack	Vice-président PHARE Enfants parents	08/12/2015
Acteurs de la protection sociale			
MSA	Dr Véronique Maeght Lenormand Dr Jean-Jacques Laplante	Responsable de la mission risque psychosocial à la Caisse Centrale de Sécurité sociale agricole Directeur de la santé de la MSA Franche Comté.	06/07/2015

## 2. Documents clés

- Bilan du Programme National d'Actions Contre le Suicide (2015), Direction générale de la Santé.
- Synthèse des initiatives régionales contre le suicide (2015), Direction générale de la Santé.
- Premier et deuxième rapports de l'observatoire national du suicide (2014,2016), Observatoire national du suicide.
- E. du Roscoät, F. Beck, (2013), *Les interventions efficaces dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature.*
- G. Turecki, D. A Brent (2015), *Suicide and suicidal behaviour*, Lancet.
- Commission le Breton (2009), Rapport du comité de pilotage chargé de proposer des pistes d'amélioration pour la politique de prévention du suicide.
- K. Hawton, K. van Heeringen (2009), *Suicide*, Lancet.
- CCMSA, Plan national MSA d'actions contre le suicide 2011-2014.

### 3. Principaux sigles utilisés

ADALIS : Addictions Drogues Alcool Info Service  
ANSP : Agence nationale de santé publique  
ARS : Agence régionale de santé  
BEH : Bulletin épidémiologique hebdomadaire  
CESE : Conseil économique, social et environnemental  
CIDI : Composite International Diagnostic Interview  
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens  
DGCS : Direction générale de la cohésion sociale  
DGOS : Direction générale de l'offre de soins  
DGS : Direction générale de la santé  
DGT : Direction générale du travail  
DROM COM : Départements et régions d'outre-mer - Collectivités d'outre-mer  
EAAD : European Alliance Against Depression (Alliance européenne contre la dépression)  
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
EPRUS : Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires  
GEM : Groupes d'entraide mutuelle  
HAS : Haute Autorité de santé  
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé  
InVS : Institut national de veille sanitaire  
IREPS : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé  
MSA : Mutualité sociale agricole  
OMS : Organisation mondiale de la santé  
ONS : Observatoire national du suicide  
PARM : Permanencier auxiliaire de régulation médicale  
PMI : Protection maternelle et infantile  
PRS : Projet régional de santé  
SAAD : Service d'accompagnement et d'aide à domicile  
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile  
SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés  
UNPS : Union nationale pour la prévention du suicide

## 4. Table des figures

Figure 1 - Part des idéations, des tentatives de suicide et des suicides dans la population générale .....	21
Figure 2 - Nombre de décès par suicide en France par tranche d'âge, en 2012 .....	21
Figure 3 - Taux de tentatives de suicide pour 10 000 habitants .....	22
Figure 4 - Taux de décès pour 100 000 habitants standardisés, France métropolitaine, en 2012 ....	22
Figure 5 - Prévalence nationale des comportements suicidaires .....	23
Figure 6 - Taux standardisé de mortalité par suicide en 2006-2012, à l'échelle du canton (pour 100 000 habitants) .....	24
Figure 7 - Taux standardisé de mortalité par suicide en 2006-2012, à l'échelle du canton (pour 100 000 habitants) .....	25
Figure 8 - Schéma des facteurs de risques identifiés .....	26
Figure 9 - Poids respectif des facteurs de risque dans l'acte suicidaire .....	29
Figure 10 - Rôle des médecins généralistes dans les tentatives de suicide .....	53
Figure 11 - Paramètres estimés.....	66
Figure 12 - Paramètres calculés .....	66