



MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTÉS  
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE LA JEUNESSE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE  
MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, DE L'ALIMENTATION, DE LA PÊCHE, DE LA RURALITÉ ET DE  
L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE  
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE  
MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA COHESION SOCIALE

**Programme national  
d'actions contre le suicide  
(2011-2014)**

**Septembre 2011**

## SOMMAIRE

### **AXE I : Développement de la prévention et de la postvention**

#### **Mesure 1 : Développer la qualité et l'efficacité des actions de promotion de la santé mentale et de la prévention du suicide**

Action 1 : Développer la qualité et l'efficacité des actions de développement des compétences psychosociales des enfants et des adolescents

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

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

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

#### **Mesure 3 : Prévenir l'isolement social et la détresse psychique**

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 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 10 : Favoriser l'émergence et le développement d'actions visant à prévenir l'isolement social chez les personnes âgées

Action 11 : Développer des cellules pluridisciplinaires de prévention pour détecter et prévenir les risques psychosociaux élevés chez les assurés agricoles de la MSA

#### **Mesure 4 : Renforcer la prévention du suicide en milieu institutionnel**

Action 12 : Renforcer la collaboration entre les intervenants afin d'améliorer l'efficacité des interventions en milieu carcéral

Action 13 : Renforcer la collaboration entre les intervenants afin d'améliorer l'efficacité des interventions au sein des établissements médico-sociaux

Action 14 : Améliorer les pratiques professionnelles autour de la dépression chez le sujet âgé

#### **Mesure 5 : Soutenir les personnes et les équipes endeuillées par le suicide**

Action 15 : Former les professionnels à la prise en charge des proches de personnes décédées en établissement de soins, notamment par suicide

Action 16: Créer un outil de gestion de crise et de postvention à destination des professionnels travaillant en établissement médico-social (EHPAD, SAMSAH ...) ou dans certains services (SSIAD, SAAD, ...)

Action 17 : Élaborer des documents visant à sensibiliser les professionnels sur le risque suicidaire chez la personne âgée

**Mesure 6 : Agir sur la communication sur Internet concernant le suicide**

Action 18 : Organiser le signalement des sites contrevenants sur le site internet-signalement.gouv.fr

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

**Mesure 7 : Limiter l'accès aux moyens létaux**

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

**AXE II : Amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire**

**Mesure 1 : Améliorer la prise en charge de la dépression chez l'adolescent**

Action 23 : Élaborer des recommandations sur la prise en charge de la dépression chez l'adolescent

**Mesure 2 : Développer les structures pour la prise en charge des personnes en risque suicidaire**

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

**Mesure 3 : Améliorer la prise en charge psychiatrique des personnes en situation de précarité**

Action 25 : Améliorer l'organisation et la coordination des soins psychiatriques et somatiques des personnes en situation de précarité

**Mesure 4 : Renforcer la prévention en établissement de santé**

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

**Mesure 5 : Améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance liée au travail**

Action 27 : Prévoir les modalités de préservation de la santé dans les processus de restructuration (plans sociaux ou suivi post licenciement...)

## **AXE III : Information et communication autour la prévention du suicide**

### **Mesure 1 : Développer l'information du grand public**

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 à la thématique du suicide

### **Mesure 2 : Mieux diffuser l'information sur les dispositifs d'aide et d'écoute**

Action 32 : Créer/actualiser des annuaires à destination des professionnels et du public

## **AXE IV : Formation des professionnels**

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

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

### **Mesure 2 : Renforcer les actions de sensibilisation et de formation sur la crise suicidaire**

Action 35 : Améliorer la formation pluridisciplinaire et interprofessionnelle en milieu carcéral

Action 36 : Déployer les actions de formation initiale et continue

### **Mesure 3 : Former les responsables en milieu de travail sur les risques psychosociaux**

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

## **AXE V : Études et recherche**

### **Mesure 1 : Améliorer la qualité des données et le suivi des tentatives de suicide (TS) en population générale et au sein de populations ou dans des lieux de vie spécifiques (personnes détenues, travail, ...)**

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 dans la population carcérale

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

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

**Mesure 3 : Mener de nouvelles études et recherches pour améliorer l'état des connaissances**

Action 46 : Développer la recherche sur les actes suicidaires

Action 47 : Mettre en œuvre et évaluer des modalités spécifiques de suivi des patients pour prévenir les récurrences de TS dans le cadre des PHRC

## **AXE VI : Suivi et animation du programme d'actions contre le suicide**

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

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

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

## Introduction

Sujet longtemps tabou dont le secret restait limité à la sphère familiale, le suicide a été reconnu en France comme priorité de Santé Publique à partir de la fin des années 1990.

Cause de mortalité évitable, la lutte contre le suicide relève en premier lieu d'une politique de prévention active.

En 2006, plus de 10 400 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine. Les suicides sont aux trois quarts masculins alors que les tentatives de suicide restent majoritairement le fait des femmes, surtout jeunes.

En 25 ans, le taux de suicide a baissé de 20 %, mais il a diminué trois fois moins vite que l'ensemble des morts violentes.

Depuis plusieurs années, on observe une baisse modeste des taux de suicide, inégale selon les âges, les personnes âgées étant plus concernées par cette baisse que les jeunes.

En outre, depuis 2000, les taux de suicide sont en augmentation pour les hommes entre 45 et 54 ans.

Des études, françaises ou internationales ont permis de mieux identifier les facteurs de risque, les facteurs précipitants et les facteurs de protection pour un passage à l'acte suicidaire.

En effet, le suicide ne saurait s'expliquer par une cause unique, mais peut résulter de la combinaison de ces facteurs, ce qui permet d'anticiper et de repérer le moment de cristallisation de la souffrance de la personne en crise suicidaire (*cf.* recommandations du jury, conférence de consensus sur la crise suicidaire, Anaes, octobre 2000).

Après un plan prospectif initié en 1998, le ministère de la santé a lancé en 2000 une première Stratégie nationale d'actions face au suicide qui a permis de mettre en place les premiers jalons de la prévention : formation et mise en réseau des professionnels, limitation de l'accès à certains moyens létaux, développement de la prise en charge médicale et du suivi des personnes, notamment en pédopsychiatrie.

La loi relative à la politique de santé publique de 2004 a fixé des objectifs pluriannuels d'amélioration de l'état de santé. L'un de ces objectifs visait une réduction de 20 % du nombre de suicides à l'horizon 2008. A cet effet, le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 a acté dans un axe spécifique la continuation des actions de la stratégie nationale 2000-2005.

Par ailleurs, le décès par suicide d'un individu a des conséquences sanitaires et sociales qui dépassent très largement ce seul cas individuel. C'est ce que le rapport du jury de l'audition publique consacrée à « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » de novembre 2009 a mis en lumière.

C'est pourquoi une réflexion globale sur la problématique du suicide a été menée dans le cadre des travaux dirigés par Monsieur David Le Breton en 2008 et 2009 à la demande de la Ministre chargée de la Santé.

Ces travaux ont mobilisé différentes directions ministérielles, les professionnels et les associations spécialisées.

Ils ont permis de dégager des pistes d'amélioration pour la politique nationale de prévention du suicide qui ont été ensuite déclinées en action concrètes dans le contenu de ce programme national 2011-2014 d'actions face au suicide.

Le périmètre interministériel de ce programme national permet de traiter le problème du suicide en termes de prévention mais aussi de prise en charge des personnes ou de postvention.

En ce qui concerne les actions de prévention, celles-ci ne visent d'ailleurs pas seulement à empêcher le geste suicidaire, mais, plus en amont, à limiter et mieux prendre en charge la souffrance psychique des individus, voire, à développer des compétences psychosociales spécifiques.

Ce programme s'adresse à toute la population, il prend en compte les différentes périodes de vie (enfants, adolescents, personnes âgées,...), les personnes porteuses de handicap, il prévoit aussi des actions spécifiques comme dans le milieu du travail, agricole et scolaire.

Enfin, ce programme vise à améliorer la qualité des données sur les suicides et les tentatives de suicide grâce notamment aux différents programmes de recherche.

Son objectif est donc de mobiliser l'ensemble des professionnels de santé, les autres professionnels au contact des personnes à risque, les familles et les associations spécialisées.

## **AXE I**

### **Développement de la prévention et de la postvention**

La nécessité d'agir le plus en amont possible de l'acte suicidaire implique le développement des connaissances sur ce thème (en particulier pour les jeunes à travers internet) ainsi que l'acquisition de compétences spécifiques tant chez les parents que chez leurs enfants.

Ces actions en amont portent également sur la sécurisation des lieux ou la réduction de l'utilisation des produits dangereux utilisés pour le passage à l'acte.

En ce qui concerne les personnes en souffrance psychique, des mesures de prévention telles que la lutte contre l'isolement social, le développement des dispositifs d'aide à distance ainsi que des actions dans certaines institutions et populations à risques sont proposées.

Enfin, à travers la postvention, un meilleur soutien des familles et des proches est visé par la formation des professionnels.

## *Axe I : Développement de la prévention et de la postvention*

### *Mesure 1 : Développer la qualité et l'efficacité des actions de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide*

#### *Action 1 : Développer la qualité et l'efficacité des actions de développement des compétences psychosociales des enfants et des adolescents*

##### **1. Contexte**

---

De nombreux travaux de recherche ont permis d'identifier des interventions efficaces en promotion de la santé, et plus spécifiquement de la santé mentale. Ces travaux mettent notamment en lumière l'importance d'intervenir de façon précoce, la nécessité de développer les compétences psychosociales des individus – particulièrement des enfants et des jeunes – et le besoin de soutenir les parents dans leur rôle éducatif.

Il paraît pertinent de faire connaître aux acteurs français ces programmes validés au niveau international, d'explicitier leurs fondements et de capitaliser les expériences des porteurs de ces programmes en France.

A cette fin, l'INPES s'est engagé dans un travail de repérage, de synthèse et de diffusion des interventions efficaces de soutien des compétences psychosociales et des actions parentales.

Un travail de définition de la notion de « parentalité » est en cours dans le cadre du comité national de soutien à la parentalité, piloté par la DGCS et la Caisse Nationale d'Allocations Familiales.

Il a par exemple organisé une session sur la prévention et la promotion de la santé mentale lors des Journées de la prévention 2010.

##### Education à la santé et compétences psychosociales

« Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Elles ont un rôle particulièrement important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large. Quand les problèmes de santé sont liés à un comportement, et ce comportement lié à une incapacité à répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie, l'amélioration des compétences psychosociales pourrait être un élément influent dans la promotion de la santé et du bien-être, les comportements étant de plus en plus impliqués dans l'origine des problèmes de santé. » (OMS, 1993)

##### **2. Contenu de l'action**

---

L'INPES propose de mettre à disposition des professionnels concernés (professionnels de la petite enfance, de l'éducation, du secteur médico-social etc) des supports méthodologiques visant :

- **le développement de projets de promotion de la santé.** Il s'agira de retracer un historique de la famille à la parentalité, de faire un point sur les dispositifs existants, les pratiques et les postures professionnelles. En s'appuyant sur le modèle socio-écologique et systémique de Bronfenbrenner [1977, 1979, 2004], une démarche de projet sera proposée pour prendre en compte le contexte dynamique dans lequel les familles évoluent au quotidien, ainsi que pour envisager de manière simultanée les différentes parties du système à savoir la famille, l'école, le péri-scolaire, l'extra-scolaire, la formation, le secteur économique, etc.

- **le renforcement des connaissances théoriques et pratiques sur les compétences psychosociales et parentales.** Il s'agira d'explicitier plus spécifiquement les connaissances théoriques et pratiques sur les compétences psychosociales et parentales et de présenter également les modalités pédagogiques utilisées dans les programmes évalués et décrits dans la littérature scientifique internationale. Des savoirs et savoir-faire sur les programmes validés au niveau international seront diffusés, en les adaptant au contexte et aux besoins des acteurs français.

Ces supports seront réalisés par des groupes composés de professionnels concernés dans le champ sanitaire et social, des spécialistes de la promotion de la santé mentale, et des promoteurs français de programmes de développement des compétences psychosociales et parentales.

Ils seront diffusés principalement auprès des porteurs de projet potentiels, à savoir les professionnels concernés dans le champ sanitaire et social (professionnel des secteurs sanitaire, social, socioculturel, socio-éducatif, assistantes maternelles, professionnels travaillant en structure d'accueil des tout – petits, enseignants de l'école maternelle, parents mobilisés pour développer de tels projets, élus...professionnels de la petite enfance, de l'éducation, du secteur médico-social etc). Ils pourront être diffusés dans un second temps auprès du grand public.

### **3. Acteurs**

---

Pilote : INPES

Partenaires : DGS, DGCS, CAF, Union Nationale des Associations Familiales, Ecole des Parents et des Educateurs, DGESCO ;

### **4. Calendrier**

---

Edition et diffusion de supports méthodologiques : fin 2011 et premier semestre 2012

### **5. Suivi et évaluation**

---

*Indicateurs de processus :*

Nombre d'ouvrages commandés

### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## ***Axe I : Développement de la prévention et de la postvention***

***Mesure 1 : Développer la qualité et l'efficacité des actions de promotion de la santé mentale, en particulier les actions de développement des compétences psychosociales des enfants et des adolescents***

***Action 2 : Développer la qualité et l'efficacité des actions de prévention du suicide par la diffusion auprès des professionnels et de la communauté scientifique d'une synthèse de la littérature en Français sur les interventions efficaces***

### **1. Contexte**

---

Les données françaises sur l'efficacité des actions de prévention du suicide sont extrêmement rares et éparses en fonction des publics ciblés ou du type de stratégie utilisée. En 2008, lors des travaux préparatoires au rapport Le Breton, l'INPES avait réalisé une revue de littérature afin d'identifier les interventions efficaces et de fournir des éléments de réflexion utiles à l'élaboration d'une stratégie de prévention du suicide. Une recherche documentaire avait été réalisée pour mettre en évidence toutes les évaluations scientifiques ayant mesuré les effets d'une intervention sur des indicateurs relatifs au suicide (Tentative de suicide, suicides accomplis et pensées suicidaires). Les interventions prises en compte pouvaient cibler différents publics : jeunes, adultes, personnes âgées, populations à risque (ayant déjà effectué une tentative de suicide), populations spécifiques (personnes détenues et militaires. Cette synthèse de littérature avait été intégrée au rapport Le Breton (2008) et avait donné lieu à une communication orale lors du colloque de la Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie (Fnapsy) en 2009. Elle n'a cependant pas été diffusée plus largement aux professionnels de santé ou aux professionnels du champ de la santé mentale ou de la promotion de la santé qui pourraient s'en servir pour ajuster, renforcer ou développer leurs interventions de prévention du suicide.

### **2. Contenu de l'action**

---

L'INPES mettra à jour et diffusera, en particulier sous la forme d'un article scientifique, la synthèse de la littérature réalisée dans le cadre des travaux préparatoires au rapport Le Breton. Cette synthèse concernera les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide, tant en France qu'à l'étranger et mettra en avant les stratégies les plus efficaces sur cette thématique.

Cette synthèse sera diffusée sous différents formats afin de faciliter le transfert de connaissances auprès des agences régionales de santé, des professionnels du champ sanitaire et social, des associations et de la communauté scientifique : articles scientifiques en français, articles dans la presse professionnelle, communications lors de colloques ou séminaires, mise en ligne sur le site de l'INPES et sur d'autres sites pertinents.

### **3. Acteurs**

---

Pilote : INPES  
Partenaires : DGS, ARS

### **4. Calendrier**

---

2011-2012

## **5. Suivi et évaluation**

---

Production de la synthèse de la littérature

## **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## **Axe I : Développement de la prévention et de la postvention**

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

**Action 3 : Réaliser une étude des pratiques d'écoute dans le champ de la téléphonie santé et du mal-être**

### **1. Contexte**

---

#### **Le champ de la téléphonie santé à l'INPES**

Dans le cadre de ses missions de prévention et d'éducation pour la santé, l'INPES s'est vu confier progressivement depuis 2003 le financement et le suivi d'une part croissante de lignes téléphoniques et de sites Internet d'information, d'écoute et d'orientation dans des domaines variés de santé. Aujourd'hui, il est l'opérateur national principal du champ que l'on appelle « la téléphonie santé » en matière de prévention. Il pilote et soutient à ce titre 13 lignes téléphoniques (soit plus de 1,2 million d'appels reçus en 2008) et 13 sites Internet (soit près de 4 millions de visites en 2008). Ils sont pour la plupart opérés par des associations, que finance l'INPES. Tous ces dispositifs ont développé une démarche d'information, d'écoute et de *counselling* pour aider l'appelant à faire face à ses difficultés, à développer et/ou restaurer son autonomie, éclairer ses choix, favoriser sa réflexion, et l'accompagner vers un mieux-être. Plusieurs d'entre eux œuvrent dans le champ de la santé mentale, et la plupart sont amenés à traiter des appels dans lesquels l'appelant exprime un mal-être : c'est le cas de Suicide écoute, SOS Suicide Phénix, SOS amitié, mais aussi Fil santé jeunes, Sida info service, Phare enfants parents, ...

#### **Le besoin d'évaluer les dispositifs de téléphonie santé dans le champ du mal être**

Les services rendus par ces dispositifs ne sont que partiellement évalués : si le suivi de leurs activités fait l'objet de rapports plus ou moins détaillés, **la nature du service rendu n'a jamais été objectivée de façon précise**. L'INPES souhaite conduire une étude sur les dispositifs de téléphonie santé qu'il finance dans le champ de la santé mentale afin de mettre à disposition des intervenants des éléments d'information et de connaissance utiles et nécessaires à l'amélioration potentielle des pratiques. L'Union Nationale de Prévention du Suicide (UNPS), qui fédère la plupart de ces dispositifs, a déjà réalisé une pré-enquête qualitative et souhaite poursuivre ce projet d'évaluation. L'INPES et l'UNPS ont donc décidé de collaborer pour concevoir et mettre en place une évaluation.

### **2. Contenu de l'action**

---

Un prestataire recruté par l'INPES réalisera l'étude à partir de l'analyse d'entretiens menés avec les membres des associations (dirigeants et écoutants), et de l'observation des comportements et des interactions appelant/écoutant au cours d'appels « mal-être ». Il s'agira de :

#### **1. Décrire les différents styles d'écoute pratiqués**

1 bis. Analyser la congruence théorie/pratique

1 ter. Décrire l'investigation du potentiel suicidaire par l'écoutant (fréquence d'évocation du suicide, modalités d'évocation et d'investigation du suicide et du potentiel suicidaire).

**2. Mesurer l'évolution de l'état de mal être (état affectif, potentiel suicidaire...) de l'appelant au cours de l'appel.**

2 bis. Analyser les liens entre styles d'écoute pratiqués et l'évolution de l'état de mal être de l'appelant au cours de l'appel.

2 ter. Dégager les principales variables associées à l'évolution de l'état de mal être de l'appelant au cours de l'appel.

Les analyses se feront à partir d'appels enregistrés. 5 associations ont donné leur accord de principe pour participer à l'étude :

- Sida info service, pour la **Ligne Azur**
- **Phare enfants-parents**, pour la ligne éponyme
- L'Ecole des parents et des éducateurs, pour la ligne **Fil santé jeunes**
- **Suicide écoute**, pour la ligne éponyme
- **SOS amitié**, pour la ligne éponyme.

### **3. Acteurs**

---

Pilote : INPES

Partenaires : UNPS, DGS

### **4. Calendrier**

---

Lancement de l'étude en 2011, résultats attendus en 2013.

### **5. Suivi et évaluation**

---

Remise d'un rapport d'études sur les pratiques d'écoute

### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## ***Axe I : Développement de la prévention et de la postvention***

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

***Action 4 : Améliorer les dispositifs d'intervention à distance dédiés à la prévention du suicide et à la prévention/promotion de la santé mentale***

### **1. Contexte**

---

Outre le financement de dispositifs d'aide à distance dans le domaine des addictions (Drogues Info Services, Ecoute Alcool, Ecoute Cannabis, et le site internet [www.drogues-info-service.fr](http://www.drogues-info-service.fr)), l'INPES subventionne six dispositifs intervenant dans le champ de la santé mentale.

Quatre d'entre eux interviennent spécifiquement sur ce champ :

- SOS amitié,
- Suicide écoute,
- Suicide Phénix,
- Phare enfants parents

Les deux derniers ciblent des publics spécifiques pour lesquels cette thématique est présente :

- La ligne Azur,
- Fil santé jeunes.

### **2. Contenu de l'action**

---

L'ensemble des dispositifs subventionnés par l'INPES en matière d'aide à distance sera réorganisé dans le cadre d'un projet global afin de :

- renforcer les synergies entre les différentes structures, en partageant des bases de connaissances et des formations ;
- améliorer leur accessibilité (si nécessaire au moyen d'outils téléphoniques et informatiques)
- systématiser et partager des outils d'évaluation quantitatifs et qualitatifs.

Cette réorganisation aboutira à la mise en place d'outils d'évaluation et de rapports communs, à la création d'un groupement d'achat, à la mutualisation des bases de connaissances et de certains cursus formations.

### **3. Acteurs**

---

Pilote : INPES

Partenaires : DGS, partenaires associatifs

### **4. Calendrier**

---

Début du projet en 2010, fin de la mise en œuvre en 2013

### **5. Suivi et évaluation**

---

*Indicateurs de processus*

Nombre de réunions prévues / organisées par chantier (organisation de l'offre, évaluation, juridique, outils et ressources humaines)

*Indicateurs de résultats*

Mise en place d'outils d'évaluation et de rapports communs, création d'un groupement d'achat, mutualisation des bases de connaissances et de certains cursus formations.

### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## **Axe I : Développement de la prévention et de la postvention**

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

#### **Action 5 : Promouvoir les dispositifs d'aide à distance**

##### **1. Contexte**

---

Dans le cadre de ses missions de prévention et d'éducation pour la santé, l'INPES s'est vu confier progressivement depuis 2003 le financement et le suivi d'une part croissante de lignes téléphoniques et de sites Internet d'information, d'écoute et d'orientation dans des domaines variés de santé. Aujourd'hui, il est l'opérateur national principal du champ que l'on appelle «la téléphonie santé » en matière de prévention. Il pilote et soutient à ce titre 13 lignes téléphoniques (soit plus de 1,2 million d'appels reçus en 2008) et 13 sites Internet (soit près de 4 millions de visites en 2008). Ils sont organisés autour d'une expertise thématique (VIH/sida, suicide, tabac, cancer, drogues, hépatites, soins palliatifs, maladies rares...) et/ou populationnelle (jeunes, personnes âgées...). Ils sont pour la plupart opérés par des associations, que finance l'INPES. Tous ces dispositifs ont développé une démarche d'information, d'écoute et de *counselling* pour aider l'appelant à faire face à ses difficultés, à développer et/ou restaurer son autonomie, éclairer ses choix, favoriser sa réflexion, et l'accompagner vers un mieux-être. Plusieurs d'entre eux œuvrent dans le champ de la santé mentale, et la plupart sont amenés à traiter des appels dans lesquels l'appelant exprime un mal-être : c'est le cas de Suicide écoute, SOS Suicide Phénix, SOS amitié, mais aussi Fil santé jeunes, Sida info service, Phare enfants parents, ...

##### **2. Contenu de l'action**

---

Elaboration d'un support d'information sur l'ensemble des dispositifs téléphoniques financés ou subventionnés par l'INPES.

Ce support sera intégré, en fonction du thème, aux plans de diffusion d'autres documents produits par l'INPES. Il est destiné aux professionnels de santé (médecins généralistes, infirmiers scolaires...), aux professionnels du secteur médico-social et social, ainsi qu'aux associations de famille ou de patients.

##### **3. Acteurs**

---

Pilote : INPES

Partenaires : DGS, partenaires associatifs

##### **4. Calendrier**

---

2011-2014

##### **5. Suivi et évaluation**

---

*Indicateur*

Nombre de documents diffusés

##### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## ***Axe I : Développement de la prévention et de la postvention***

### ***Mesure 2: Améliorer, développer et faire connaître les dispositifs d'intervention à distance dédiés à la prévention du suicide***

#### ***Action 6 : Développer le dispositif d'écoute à distance pour répondre aux préoccupations des assurés agricoles en situation de détresse***

##### **1. Contexte**

---

Les dispositifs nationaux d'aide et d'écoute à distance dédiés à la prévention du suicide et du mal-être traitent plus de 700 000 appels par an, entretiens où s'expriment le mal-être, la grande détresse, l'isolement social ou les tentations suicidaires des appelants, mais également les demandes d'aide et de soutien de l'entourage. Ces associations, qui assurent une écoute téléphonique 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, pourraient être promues auprès des professions agricoles afin de répondre aux préoccupations des assurés agricoles en situation de détresse et mieux prévenir les actes suicidaires.

L'objectif est aussi de pouvoir orienter, le cas échéant, les assurés agricoles vers la MSA qui pourra apporter une réponse adaptée à leur problème.

##### **2. Contenu de l'action**

---

Un partenariat entre les associations d'aide et d'écoute à distance en santé et les organismes de MSA au sein desquels des équipes médicosociales seront développées, est à mettre en place.

La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole organisera ce partenariat.

Des actions de sensibilisation et de formation sur la connaissance des professions agricoles, les différents acteurs et leurs enjeux, seront proposées aux écoutants des lignes. Des documents pourront leur être remis.

La promotion de ces lignes téléphoniques auprès des agriculteurs et de leur famille sera également mise en œuvre. La centralisation des appels par un numéro unique pourra être mise à l'étude si cette solution s'avère préférable.

L'amélioration de leur accessibilité par cette population devrait pouvoir être mesurée, ainsi que la valorisation des données issues de ces appels. Cette action est réalisée par l'INPES dans le cadre de ses missions de prévention et d'éducation pour la santé, qui est prévue à l'action 4 du présent programme.

##### **3. Acteurs**

---

Pilote : Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole

Partenaires : INPES, les principales associations d'aide et d'écoute à distance et les médias locaux si actifs sur ce type de prestations.

Calendrier : 2011 - 2012

##### **4. Suivi et évaluation**

---

- création et diffusion de documents interactifs aux partenaires désignés.
- Indicateurs d'activité et tableaux de bord ; recueils des données issus des appels

##### **5. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## ***Axe I : Développement de la prévention et de la postvention***

### ***Mesure 3 : Prévenir l'isolement social et la détresse psychologique***

#### ***Action 7 : Lutter contre l'isolement des personnes atteintes de handicap et en situation de fragilité au travers des groupements d'entraide mutuelle (GEM)***

### **1. Contexte**

---

Outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes en situation de grande fragilité, le groupe d'entraide mutuelle (GEM) vient ajouter une dimension spécifique de prévention du handicap, entendu ici au sens de la restriction de la participation sociale, aux soins et aides apportés par ailleurs à ces personnes par les dispositifs sanitaires et médico-sociaux.

Le dispositif mis en place suite à la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a permis dans un premier temps, la création et le financement de GEM spécifiquement dédiés aux adultes souffrant d'un handicap psychique, qu'ils bénéficient ou non d'une reconnaissance de leur handicap.

Les GEM, qui peuvent se définir comme des collectifs de personnes animées d'un même projet d'entraide, doivent s'efforcer d'être une passerelle permettant à ceux qui le fréquentent de retrouver une vie sociale satisfaisante et, le cas échéant, de recourir à des soins et un accompagnement adapté et plus complet. Les GEM investissent donc des lieux conviviaux, où des personnes peuvent se retrouver, s'entraider, organiser ensemble des activités visant tant au développement personnel qu'à créer des liens avec la communauté environnante. Ils aident à rompre l'isolement, à restaurer et maintenir des liens sociaux, redonner confiance en soi.

L'objectif poursuivi de fournir une réponse adaptée et diversifiée, à ces personnes en situation de fragilité, a permis de créer à ce jour 334 GEM, dont 326 dédiés et accessibles aux personnes handicapées psychiques mais également 8 GEM dédiés aux personnes souffrant d'un handicap consécutif à un traumatisme crânien. En 2011, il est prévu la création de nouveaux projets notamment en direction des personnes handicapées à la suite d'un traumatisme crânien.

### **2. Contenu de l'action**

---

- a) Poursuite et stabilisation de l'action des GEM :
- Publication du cahier des charges actualisé
  - Extension du dispositif en direction des personnes souffrant d'un handicap consécutif à un traumatisme crânien
  - Journée de formation / information autour de ce cahier des charges.
- b) Développement de travaux scientifiques (sous forme de recherche – action en sciences humaines et sociales notamment) autour de l'activité des GEM et de leur apport à la participation sociale des usagers.

### **3. Acteurs**

---

Pilote : DGCS et Caisse Nationale Solidarité Autonomie (CNSA)

Partenaires : ARS, partenaires associatifs, collectivités locales

#### **4. Calendrier**

---

1- Actualisation du cahier des charges :

Réalisation 2011 : publication par arrêté du 13 juillet 2011

Instruction du 26 juillet 2011

2- Journées de formation / information autour de ce cahier des charges

2011-2012

3 – Recherche : voir avec la direction scientifique de la CNSA et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) : prochain appel à projets de recherche DREES – CNSA sur le handicap psychique, à lancer en 2012.

#### **5. Suivi et évaluation**

---

*Indicateurs :*

Actualisation du cahier des charges

Réalisation d'une journée de formation / information autour de ce cahier des charges.

Réalisation d'une recherche autour de l'apport des GEM à la participation sociale des usagers

#### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## ***Axe I : Développement de la prévention et de la postvention***

### ***Mesure 3 : Prévenir l'isolement social et la détresse psychologique***

#### ***Action 8 : Prévenir et accompagner la détresse psychologique des personnes sourdes et malentendantes***

##### **1. Contexte**

---

La surdité pose par essence des questions spécifiques en termes de souffrance psychique, liées en particulier à l'isolement relationnel qui peut être induit par les difficultés de communication, mais également à la difficulté d'accès aux soins en général et aux soins psychiatriques en particulier.

Concernant la surdité congénitale, le dépistage à la naissance et la confirmation par un spécialiste ORL doivent donner lieu à un programme d'intervention précoce et à un accompagnement en rapport avec le développement global de l'enfant. Cette étape de diagnostic constitue déjà un moment difficile pour les personnes et leurs familles, s'accompagnant de choix parfois difficile à faire. Il est donc nécessaire que les médecins O.R.L. soient formés à cette annonce et que des relais puissent être rapidement organisés pour informer et accompagner les familles, afin d'assurer une prévention tant des troubles graves de communication potentiellement induits par la surdité que d'éventuelles conséquences psychologiques réactionnelles à cette annonce.

Tout au long du développement, les professionnels doivent rester vigilants quel que soit le seuil auditif de l'enfant, afin de détecter le plus précocement possible l'apparition de troubles du comportement ou de souffrance psychique.

Ainsi, l'adolescence, période de déstabilisation pour tous, pose un problème particulier chez les jeunes sourds. L'insertion dans la société et le monde du travail où la surdité est mal connue constitue souvent un cap difficile à franchir.

Tout enfant, adolescent ou adulte présentant une atteinte auditive peut présenter à un moment ou un autre une baisse ou des variations d'audition plus ou moins importantes. Ces chutes d'audition sont toujours extrêmement déstabilisantes et mal vécues. Elles ont des répercussions psychologiques importantes, entraînant une souffrance psychique et parfois des troubles du comportement.

Concernant les personnes adultes devenant sourdes, elles vivent des situations d'incompréhension de plus en plus importantes dans le milieu familial, dans leur entourage social et professionnel.

La surdité entraîne une perte de compétences en matière de communication et peut conduire à la perte du lien social, à l'isolement et à la souffrance psychique. Pour les personnes âgées, la surdité se surajoute à la perte d'autonomie.

Des études semblent montrer que le nombre de dépressions et de suicides dans la population sourde serait plus important que dans la population entendant, mais ce point reste à confirmer.

##### **2. Contenu de l'action**

---

Faciliter l'accès des personnes sourdes aux ressources compétentes locales en matière de soutien psychologique, et veiller à la présence dans les réponses aux appels à projets d'un volet « accompagnement des parents et des familles ».

Mettre en œuvre la mesure 10 du plan sourds « *Diffuser les recommandations de la Haute autorité de santé publiées (fin 2009) sur l'accompagnement des familles* » et 34 « *améliorer la connaissance des besoins d'accompagnement des personnes sourdes, de l'offre de service et d'accompagnement disponible* ».

- a. Organiser le lien entre les programmes d'intervention précoce et les lieux de vie et de scolarisation
- b. Evaluer l'intégration des familles aux structures de prise en charge.

Mettre en œuvre la mesure 11 du plan sourds « *Faire recenser par les ARS des réseaux de professionnels sensibilisés aux troubles spécifiques des personnes sourdes, malentendantes ou devenues sourdes (2ème semestre 2010) et mettre à disposition des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) l'information sur les aides psychologiques accessibles au public sourd ainsi recensée (2011)* ».

Inscrire le cas échéant dans le Schéma Régional de Prévention (SRP), le Schéma Régional d'Organisation Médico Social (SROSM) et le Schéma Régional d' Organisation des Soins (SROS) des mesures de prévention du suicide et d'accès aux soins psychiques pour les personnes sourdes.

*Textes réglementaires à prendre : instruction*

### **3. Acteurs**

---

Pilote : DGCS

Partenaires : CNSA, agences régionales de santé, MDPH

### **4. Calendrier**

---

- 1- Recommandations HAS : 2010
- 2- Instruction : 2011/2012

### **5. Suivi et évaluation**

---

Indicateurs :

Diffusion des recommandations de la Haute autorité de santé publiées sur l'accompagnement des familles

Amélioration de la connaissance des besoins d'accompagnement des personnes sourdes, de l'offre de service et d'accompagnement disponible

Identification par les ARS des réseaux de professionnels sensibilisés aux troubles spécifiques des personnes sourdes

Mise à disposition dans les MDPH d'information sur les aides psychologiques accessibles au public sourd

### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

Plan 2010-2012 en faveur des personnes sourdes ou malentendantes : mesures 10, 11, 12 et 34

## **Axe I : Développement de la prévention et de la postvention**

### **Mesure 3 : Prévenir l'isolement social et la détresse psychologique**

#### **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**

##### **1. Contexte**

---

La lutte contre la souffrance psychique et la prévention du suicide chez les jeunes sont des actions prioritaires du plan santé des jeunes 2008. La stigmatisation culturelle des jeunes homosexuels peut constituer un facteur supplémentaire de souffrance.

Un ouvrage sur cette question a été édité par l'INPES en 2010. Il propose à la fois une synthèse de la littérature scientifique et des pistes d'actions.

C'est dans ce cadre qu'en octobre 2008, l'INPES et le ministère chargé de la santé ont lancé un concours de scénarios sur le thème de la prise de conscience de son homosexualité ou de sa bisexualité. Ce concours visait à faire évoluer les représentations sociales sur l'homosexualité, à favoriser le dialogue mais aussi à susciter une réflexion sur les conséquences graves de l'homophobie.

A l'issue du concours 5 courts métrages ont été réalisés. Afin de prolonger cette action, un DVD des courts métrages sera édité et accompagné d'un livret, support de séances d'animation sur le thème de l'homosexualité et l'homophobie. Cet outil s'adresse aux professionnels de la prévention, de l'éducation et de l'animation socioculturelle.

##### **2. Contenu de l'action**

---

Diffusion du DVD en 2010 aux associations et aux mouvements de l'éducation populaire, ainsi qu'aux médecins et conseillers techniques académiques départementaux et aux inspecteurs d'académie et directeurs des services départementaux.

En 2011 et 2012, l'outil sera promu selon les dispositifs habituels de l'INPES (santé de l'homme, site internet, lettre Equilibre, communication lors de colloques...).

Une consultation des partenaires sera réalisée pour étudier les besoins en formation.

##### **3. Acteurs**

---

Pilote : INPES

Partenaires : DGS

##### **4. Calendrier**

---

*(Diffusion de l'ouvrage en 2010)*

En 2011-2012 : information et promotion

##### **5. Suivi et évaluation**

---

*Indicateurs :*

Diffusion du DVD auprès des associations et professionnels

Promotion du DVD par l'INPES

##### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

Plan Santé des Jeunes

## ***Axe I : Développement de la prévention et de la postvention***

### ***Mesure 3 : Prévenir l'isolement social et la détresse psychologique***

#### ***Action 10 : Favoriser l'émergence et le développement d'actions visant à prévenir l'isolement social chez les personnes âgées***

##### **1. Contexte**

---

Le plan Bien vieillir, qui vient de se terminer, vise à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées - seniors y compris jeunes retraités - et a mis en œuvre des mesures portant prioritairement sur la santé, la nutrition, l'activité physique. Ces thématiques seront poursuivies et approfondies dans le cadre du plan "bien vieillir 2" qui est en préparation. Cependant, un accent particulier sera mis sur la thématique "cohésion sociale" avec un nouvel axe intitulé "participation sociale des aînés" qui devrait comporter des mesures visant à lutter contre l'isolement des seniors, mesures à ce jour en cours d'élaboration.

A l'occasion de la session sur « Inégalités sociales de santé et bien vieillir » des journées de la prévention 2009, un dossier documentaire a été diffusé aux participants, comprenant des textes sur l'isolement des personnes âgées.

Dans le cadre d'une collaboration avec le Québec, l'INPES a initié un projet visant à faire la synthèse des données probantes sur les déterminants socio-environnementaux de quatre thèmes : la vitalité cognitive, la participation sociale, l'activité physique et les saines habitudes alimentaires. Le projet doit également permettre de repérer les pratiques prometteuses sur ces thématiques.

En effet, pour promouvoir la santé des aînés, le renforcement de la participation sociale et l'adaptation de leur milieu de vie constituent des stratégies consensuelles au niveau international. Toutefois, la recherche sur les liens entre la participation sociale, les environnements et la santé des aînés demeure pauvre. De plus, les interventions destinées aux aînés ciblent souvent exclusivement les déterminants individuels (comportements, compétences psychosociales). Afin de favoriser le développement des connaissances et des initiatives sur les déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés, un projet de coopération franco-québécois a donc été initié. Ce projet cible plus spécifiquement quatre comportements favorables à la santé des aînés (alimentation, activité physique, vitalité cognitive et participation sociale). Une session des Journées de la prévention 2010 a déjà été consacrée au thème « Environnements, participation sociale et santé des aînés » et a permis de confronter des données issues de la recherche, des expériences étrangères et françaises. Elle constitue le premier jalon de ce projet qui se poursuivra les années suivantes.

##### **2. Contenu de l'action**

---

**Une session des Journées de la prévention en 2011** a porté sur le thème des déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés et permis de présenter plusieurs initiatives françaises et étrangères.

Début 2012, **un guide d'aide à l'action** sera édité et diffusé, en particulier aux Agences régionales de santé. Ce guide synthétisera les données de recherche disponibles et les interventions prometteuses. Il proposera des repères aux acteurs concernés pour mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation pour la santé ciblant non seulement les déterminants individuels mais permettant d'agir également sur les facteurs organisationnels ou environnementaux. La participation sociale est une thématique abordée dans ce projet.

En parallèle, des analyses à partir du Baromètre Santé 2011 seront réalisées sur les tentatives de suicide déclarées et la santé mentale des personnes âgées de 65 à 85 ans.

**En 2012-2014**, en fonction des indicateurs disponibles, des données de la littérature, des besoins et attentes des différents partenaires de l'INPES, d'autres actions de prévention de l'isolement ou de promotion de la santé mentale des aînés pourront être envisagées en partenariat avec les acteurs concernés du secteur de la gérontologie, de la promotion de la santé et de la santé mentale.

### **3. Acteurs**

---

Pilote : INPES

Partenaires : DGCS, DGS, collectivités locales, partenaires associatifs

### **4. Calendrier**

---

Pour les actions de l'INPES :

- (1) Session « La santé des aînés : agir par l'environnement social et géographique » aux Journées de la prévention  
Tenue de la session : 20 mai 2011
- (2) Analyses sur les tentatives de suicide et la santé mentale des personnes de 65 à 85 ans à partir des données du Baromètre Santé 2011  
Données disponibles : fin 2011
- (3) Guide d'aide à l'action « L'approche écologique en action en France et au Québec : exemples d'intervention de prévention et promotion de la santé pour les aînés »  
Edition début 2012

### **5. Suivi et évaluation**

---

*Indicateurs :*

*Réalisation du guide*

Réalisation d'une session aux Journées de la prévention

### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## ***Axe I : Développement de la prévention et de la postvention***

### ***Mesure 3 : Prévenir l'isolement social et la détresse psychique***

#### ***Action 11 : Développer des cellules pluridisciplinaires de prévention pour détecter et prévenir les risques psychosociaux élevés chez les assurés agricoles de la MSA***

##### **1. Contexte**

---

Face à l'augmentation des risques psychosociaux dans le monde agricole, la MSA possède de nombreux atouts pour détecter et accompagner les assurés agricoles en difficulté ou présentant des facteurs élevés de risques psychosociaux.

##### **2. Contenu de l'action**

---

Chaque caisse de Mutualité Sociale Agricole va développer une cellule pluridisciplinaire chargée d'engager en faveur des assurés agricoles des actions de détection et de prévention des risques psychosociaux.

L'objectif de cette cellule est de réunir les principaux acteurs de la prévention en MSA au contact des assurés agricoles en difficulté ou en situation de détresse psychique pour partager des informations et définir des niveaux d'accompagnement dans le temps.

Cette cellule sera composée de médecins du travail de la MSA, d'assistantes sociales, de conseillers en prévention des risques professionnels, d'agents des services prestations, et de médecins conseils de la MSA.

De plus, des professionnels qui sont au quotidien au contact des assurés agricoles pourront alerter et prévenir les membres de cette cellule des situations difficiles qu'ils rencontrent : élus de la MSA, représentants des professions agricoles, délégués cantonaux...

##### **3. Acteurs**

---

Pilote : Caisse de Mutualité Sociale Agricole

Partenaires : associations locales...

Calendrier : 2011 - 2012

##### **4. Suivi et évaluation**

---

Indicateurs de suivi :

- nombre de cellules en cours
- nombre de situations : détection et accompagnement

##### **5. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## ***Axe I : Développement de la prévention et de la postvention***

### ***Mesure 4 : Renforcer la prévention du suicide en milieu institutionnel***

#### ***Action 12 : Renforcer la collaboration entre les intervenants afin d'améliorer l'efficacité des interventions en milieu carcéral***

##### **1. Contexte**

---

En France, on estime que les personnes détenues décèdent par suicide 5 à 6 fois plus que les hommes âgés de 15 à 59 ans en population générale.

La prévention du suicide en milieu pénitentiaire fait l'objet de préconisations depuis 1998 (Circulaire JUSE9840034C du 29 mai 1998 relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires).

Sur la base des recommandations de la conférence de consensus d'octobre 2000 (« La Crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge ») la circulaire conjointe santé/justice du 26 avril 2002 a posé la base des actions de repérage, de formation pluridisciplinaires et de postvention nécessaires à la mise en œuvre d'actions conjointes de prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires.

A la suite des recommandations du rapport de la commission ALBRAND sur la prévention du suicide en détention, notamment celles qui concernent la formation des personnels, le repérage du risque suicidaire et la protection des personnes détenues, un plan d'action a été publié par le Garde des Sceaux le 15 juin 2009. Certaines des actions proposées, mises en place dans un cadre expérimental, impliquent les professionnels de santé exerçant en détention.

##### **2. Objectif et niveau de priorité**

---

- Évaluer de façon conjointe les mesures de prévention du suicide, notamment celles du plan d'actions du Garde des Sceaux impliquant les services de santé afin d'harmoniser les pratiques de collaborations

##### **3. Contenu de l'action**

---

- Participation des professionnels de santé sur communication préalable de l'ordre du jour, au volet « prévention du suicide » des commissions pluridisciplinaires uniques. Les objectifs (repérage, définition d'une prise en charge adaptée et évaluation des mesures prises, étude de pistes d'amélioration) de ces commissions auront été préalablement précisés ainsi que les modalités de compte rendu. La nature et le contenu des informations à échanger entre le personnel soignant, pénitentiaire et éducatif sont définis par les conclusions du groupe de travail portant sur le partage d'informations piloté en 2009 par la DGS;
- Identification d'une personne référente « santé » par les ARS qui contribuera aux commissions interrégionales de prévention du suicide et de suivi des actes suicidaires ;
- Evaluation des actions conjointes de la politique de prévention du suicide et identification des axes de progrès et des bonnes pratiques, en partenariat avec la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP) :
  - Etat de lieux sur les pratiques en matière de postvention autour d'un cas de suicide
  - Construction d'une méthode d'évaluation et évaluation de la mise en œuvre des dispositifs de protection d'urgence (DPU) et des cellules de protection d'urgence (CProU).
  - Mise en place d'une expérimentation propre à évaluer la pertinence du recours formalisé à des co-détenus de soutien.
  - Elaboration de préconisations dans le cadre du guide méthodologique.

#### **4. Acteurs**

---

Pilote : DGS

Partenaires : DGOS, ARS, InVS, DAP, DPJJ

#### **5. Calendrier**

---

- Évaluation des mesures : 1 semestre 2011
- Analyse et prise en compte dans le guide méthodologique 2 semestre 2011

#### **6. Suivi et évaluation**

---

Réalisation de l'état de lieux

Elaboration de recommandations dans une fiche du guide méthodologique

#### **7. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

Plan d'actions stratégique relatif à la prise en charge sanitaire 2010-2014 des personnes sous main de justice

## **Axe I : Développement de la prévention et de la postvention**

### **Mesure 4 : Renforcer la prévention du suicide en milieu institutionnel**

#### **Action 13 : Renforcer la collaboration entre les intervenants afin d'améliorer l'efficacité des interventions au sein des établissements médico-sociaux**

##### **1. Contexte**

---

Des tentatives de suicide et des décès par suicide sont constatés dans les établissements médico-sociaux (cf. action 7). Même s'ils se produisent *a priori* en nombre limité et ne représentent qu'une faible part des décès par suicide, la survenue de ces événements dans des institutions dont la mission est de protéger les personnes, les conséquences de ces événements, notamment sur l'entourage familial et institutionnel des personnes concernées, portent à organiser au sein de ces établissements une vigilance et des procédures de prévention à même de réduire le nombre des suicides ou des tentatives et leurs éventuelles conséquences.

Certains publics comme celui fréquentant les CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, ambulatoires ou avec hébergement) sont particulièrement à risque du fait de la fréquence des comorbidités psychiatriques.

##### **2. Contenu de l'action**

---

Inciter à prendre en compte dans le projet d'établissement des établissements médico-sociaux la question de la « prévention du suicide », en s'appuyant sur la recommandation de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) concernant l'élaboration du projet d'établissement ou de service.

Cette prise en compte doit contribuer à :

- améliorer l'information et la formation des personnels,
- préciser les procédures de suivi et d'accompagnement en cas de repérage d'une personne en crise suicidaire
- réduire l'accès aux moyens létaux par des mesures organisationnelles (par ex. : vigilance sur les possibilités de stockage des médicaments) ou architecturales (par ex. : sécurisation de l'ouverture des fenêtres).

##### **3. Acteurs**

---

Pilote : DGCS

Partenaires : ANESM, ARS

##### **4. Calendrier**

---

2011-2012

##### **5. Suivi et évaluation**

---

Prise en compte dans le projet d'établissement des établissements médico-sociaux de la prévention du suicide

##### **6. liens avec les autres plans de santé publique**

---

## ***Axe I : Développement de la prévention et de la postvention***

### ***Mesure 4 : Renforcer la prévention du suicide auprès des personnes âgées***

#### ***Action 14 : Améliorer les pratiques professionnelles autour de la dépression chez le sujet âgé***

##### **1. Contexte**

---

La dépression chez le sujet âgé, qui est un facteur de risque majeur pour le passage à l'acte suicidaire, souvent suivi du décès de la personne, est trop souvent négligée, méconnue ou maltraitée (60 à 70 % des symptômes dépressifs).

À l'initiative de la direction générale de la santé (DGS), des outils de formation et d'élaboration d'une démarche d'amélioration de la qualité dans les pratiques professionnelles ont été conçus par des sociétés savantes coordonnées par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG). Ces outils correspondent à la démarche de santé publique Mobiqua (Mobilisation pour l'Amélioration de la Qualité des pratiques professionnelles). L'un de ces outils (« mallette Dépression ») vise à mieux repérer et prendre en charge la dépression chez le sujet âgé.

Après de premières expérimentations locales (Alpes-Maritimes et Gironde), cet outil est en cours de diffusion dans l'ensemble des régions à l'occasion de formations organisées.

##### **2. Contenu de l'action**

---

Poursuivre la nouvelle campagne de diffusion de la mallette « Dépression » du programme Mobiqua à travers des formations organisées en régions pour les professionnels exerçant en EHPAD.

Organisation de réunions régionales permettant de diffuser la démarche auprès d'un public plus large (établissements et domicile).

Adapter la mallette « Dépression » pour les services de soins à domicile et y intégrer des éléments sur la prévention du suicide.

##### **3. Acteurs**

---

Pilote : CNSA

Partenaires : DGCS, DGS, SFGG, ARS

##### **4. Calendrier**

---

Organisation des formations et diffusion en région : 2011-2012

Adaptation de l'outil aux services de soins à domicile : 2011

##### **5. Suivi et évaluation**

---

Nombre d'outils diffusés

Nombre de régions couvertes par la démarche

Nombre de personnels touchés par structures et mode d'exercice

##### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## ***Axe I : Développement de la prévention et de la postvention***

### ***Mesure 5 : Soutenir les personnes et les équipes endeuillées par le suicide***

#### ***Action 15 : Former les professionnels à la prise en charge des proches de personnes décédées en établissement de soins, notamment par suicide***

##### **1. Contexte**

---

La prise en charge de la souffrance des proches endeuillés est une vraie question pour les professionnels de soins. En effet, la plupart des services ont été un jour confrontés à cette situation, que ce soient des décès attendus (phase terminale d'une longue maladie) ou accidentels (notamment suicide).

Le deuil entraîne, avec une certaine fréquence, des complications de santé physique et mentale et éventuellement des troubles du comportement : accidents et conduites suicidaires. En conséquence, les formations des professionnels concernant ce sujet doivent être enrichies des dernières connaissances disponibles afin d'améliorer les savoirs et les pratiques de ces professionnels.

Le deuil après suicide est un deuil difficile du fait, en particulier, de sa violence. Les risques de complications y sont majorés. Proposer un accompagnement à ces personnes est faire acte de prévention de ces complications ; c'est aussi les aider à traverser ce drame où elles se sentent particulièrement isolées. Pour aider et soutenir les proches de personnes endeuillés, notamment par suicide, une audition publique a été organisée avec le soutien de la DGS, par la Fédération française de psychiatrie, selon une méthodologie de la HAS, et avec notamment la société française de santé publique et l'union nationale pour la prévention du suicide et la direction des établissements pénitentiaires, afin de proposer des recommandations d'accompagnement, à destination de toutes les personnes au contact des proches, notamment dans les établissements de santé.

Certaines de ces recommandations spécifiques aux proches de personnes décédées par suicide ont vocation à compléter le corpus de connaissances et de savoir faire des professionnels de santé concernant l'accompagnement des proches de personnes décédées.

##### **2. Contenu de l'action**

---

Permettre l'appropriation par les professionnels de santé (ensemble des équipes : personnels soignants et non soignants) de connaissances et de savoir faire concernant l'accompagnement et la prise en charge des proches de personnes décédées dans la structure, notamment par suicide

Notamment confronter les pratiques des équipes multidisciplinaires dans la phase suit le décès afin de mieux prendre en charge l'entourage (annonce du décès et accompagnement)  
Identifier les comportements et les attitudes qui permettent une prise en charge adaptée auprès des personnes endeuillés en étant particulièrement attentif à la fratrie et aux descendants et ascendants directs dans les différents domaines tels que la souffrance psychologique, les démarches administratives à effectuer, l'orientation vers des personnes ressources pour un suivi à l'extérieur de l'établissement

### **3. Acteurs**

---

Pilote : DGOS

Partenaires : DGS, FFP, partenaires associatifs

### **4. Calendrier**

---

Inscription comme axe de formation dans la circulaire annuelle de mi 2011 pour des axes et orientations de formation pluriannuelle pour les établissements relevant de la FPH

Mise en œuvre : plan de formation des établissements de 2012

### **5. Suivi et évaluation**

---

Nombre d'actions de formation réalisées en 2012, 2013, 2014

Nombre de professionnels ayant suivi ces formations

Qualité des professionnels formés

### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

**Plan santé des détenus**

## ***Axe I : Développement de la prévention et de la postvention***

### ***Mesure 5 : Soutenir les personnes et les équipes endeuillées par le suicide***

***Action 16 : Créer un outil de gestion de crise et de postvention à destination des professionnels travaillant en établissement médico-social (EHPAD, SAMSAH ...) ou dans certains services (SSIAD, SAAD, ...)***

#### **1. Contexte**

---

Selon les conclusions du jury de l'audition publique consacrée aux « Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien » qui s'est tenue les 25 et 26 novembre 2009, la notion d'entourage de la personne décédée doit être comprise au sens large et comprend 5 niveaux de proximité :

- affectif proche, sans nécessité de lien familial ;
- niveau collégial et amical ;
- témoins fortuits ;
- niveau interventionnel (pompiers, police, services d'urgence médicale...)
- entourage sociétal.

Au sein d'un établissement ou d'un service, de nombreuses personnes sont donc concernées par le décès par suicide d'un membre de la communauté : famille, voisins de chambre et connaissances parmi les autres usagers, personnel (soignant, mais aussi d'entretien, etc.), intervenants extérieurs à l'institution.

La survenue d'un événement aussi grave qu'un décès par suicide doit faire l'objet de réponses appropriées et rapides pour en limiter les conséquences, et ce dans un contexte où tous connaissent un état de choc et de sidération. Il s'agit à la fois de gérer la crise, notamment dans ses aspects de communication avec l'extérieur, et de mettre en place des mesures de postvention propres à protéger les personnes composant l'entourage de la personne décédée.

Cette action de postvention ne prend tout son sens que lorsqu'elle s'inscrit dans une réflexion préalable en amont avec la mise en place d'un projet d'établissement prenant en compte la prévention du suicide (cf. action 13)

#### **2. Contenu de l'action**

---

Mise en place d'un groupe de travail associant la Direction générale de la Santé dans le but de produire

- . Un outil / guide en soutien des professionnels des établissements médico-sociaux et des services à domicile en cas de crise,
- . Utilisable par tous les professionnels confrontés à cette problématique.

#### **3. Acteurs**

---

Pilote : DGCS

Partenaires : DGS, CNSA

#### **4. Calendrier**

---

Démarrage fin 2011

Groupe de travail en 2012 avec experts de l'Association de Formation et de Recherche des cellules d'urgence médico-psychologique (AFORCUMP), directeurs d'établissements médico-sociaux, médecins et/ou soignants

Sortie du document en 2013

#### **5. Suivi Evaluation**

Mise en place du groupe de travail

Réalisation du guide

#### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## ***Axe I : Développement de la prévention et de la postvention***

### ***Mesure 5 : Soutenir les personnes et les équipes endeuillées par le suicide***

#### ***Action 17 : Élaborer des documents visant à sensibiliser les professionnels sur le risque suicidaire chez la personne âgée***

##### **1. Contexte**

---

En France, le taux de suicide chez les personnes âgées est élevé, notamment chez les hommes, même si l'on note une diminution progressive au cours des 20 dernières années. Il est ainsi multiplié par 3 à 75 ans et par 4,5 à 85 ans par rapport à celui des personnes de 25 ans. Les hommes âgés se suicident plus que les femmes âgées, 4 à 6 fois plus après 75 ans. Malgré ce taux important de décès par suicide chez les personnes âgées, ce problème est peu reconnu par l'opinion publique et les soignants. Le geste suicidaire aboutit plus souvent à la mort chez la personne âgée (1 suicide pour 2 à 4 tentatives de suicide) que chez la personne jeune (1 suicide pour 10 à 20 tentatives de suicide).

Enfin, l'évolution du vieillissement de la population laisse présager un risque d'augmentation du nombre de suicides parmi les personnes âgées. Des chercheurs ont en outre identifié des générations d'individus présentant une plus grande propension au suicide, comme celle née après-guerre [ANGUIS Marie, CASES Chantal, SURAULT Pierre : « L'évolution des suicides sur une longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération », DREES, Études et Résultats, n° 185, août 2002], ce qui peut laisser prévoir une augmentation des chiffres du suicide avec l'entrée des baby-boomers dans la vieillesse.

La synthèse de littérature réalisée par l'INPES dans le cadre des travaux préparatoires au rapport Le Breton avait mis en évidence quelques interventions efficaces dans le champ de la prévention du suicide des personnes âgées :

- des actions de sensibilisation et de formation des professionnels de santé sur le traitement de la dépression chez les personnes âgées (par exemple le projet PROSPECT (Prevention of Suicide in Primary Care Elderly, mené aux Etats-Unis) , qui fournit aux médecins un guide de traitement des personnes âgées dépressives, a permis une réduction significative des pensées suicidaires chez des personnes de plus de 60 ans) ;
- des actions d'informations des personnes de plus de 65 ans réalisées au niveau local avec un repérage des situations à risque et une orientation vers des services de prise en charge adaptées (par exemple au Japon ou au Québec) ;
- des actions de soutien téléphonique à destination des personnes seules et isolées (par exemple le projet Télé-help et Télé-check proposé en Italie qui a montré une réduction significative du taux de suicide).

Ces données, qui devraient être réactualisées, plaident pour une stratégie de prévention qui cible le niveau local et qui associe des actions de sensibilisation des professionnels, des personnes âgées et de leur entourage (famille, amis, voisins).

## **2. Contenu de l'action**

---

Cette action consistera à réaliser un guide sur la prévention du suicide décrivant les éléments spécifiques aux aînés, destination des professionnels travaillant notamment en EHPAD

Les documents seront notamment disponibles sur le site des Ministères concernés.

## **3. Acteurs**

---

Pilote : DGCS

Partenaires : DGS, INPES, acteurs du secteur de la gérontologie

## **4. Calendrier**

---

Travaux sur 2010 / 2011

- Diffusion / mise en ligne 2011

## **5. Suivi et évaluation**

---

Enquête de satisfaction / intérêt / utilité contenu

## **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## **Axe I : Développement de la prévention et de la postvention**

### **Mesure 6 : Agir sur la communication sur internet concernant le suicide**

#### **Action 18 : Organiser le signalement des sites contrevenants sur le site internet-signalement.gouv.fr**

##### **1. Contexte**

---

La provocation au suicide est lourdement pénalisée (articles 223-13 et suivants du code pénal), y compris la propagande ou la publicité en faveur de moyens létaux, considérés comme participant à l'incitation au suicide.

Or, il existe sur Internet des sites qui contreviennent à ces dispositions, mais si des poursuites sont possibles par saisine du procureur de la République, la démarche est complexe et prend du temps.

Il est donc proposé d'alerter en particulier les parents d'adolescents grâce à un outil existant sur le net : le portail officiel de signalement des contenus illicites de l'internet « internet-signalement.gouv.fr ». Ce site propose, dans le formulaire de signalement, une liste de ces contenus illégaux, où figurent notamment la pédophilie, l'incitation à la haine raciale, les menaces ou l'incitation à la violence, etc.

Les signalements sont traités par des policiers et gendarmes affectés à la Plateforme d'Harmonisation, d'Analyse, de Recoupement et d'Orientation des Signalements (PHAROS). Cette plateforme est intégrée à l'Office Central de Lutte contre la Criminalité liée aux Technologies de l'Information et de la Communication. Ce service appartient à la Direction Centrale de la Police Judiciaire, composante de la Police nationale.

##### **2. Contenu de l'action**

---

Organiser le signalement des sites contrevenants sur le site internet-signalement.gouv.fr (Compléter la liste des contenus illicites signalés en ajoutant le motif « provocation au suicide »)

##### **3. Acteurs**

---

Pilote : DGS

Partenaires : ministère de l'Intérieur

##### **4. Calendrier**

---

2<sup>ème</sup> semestre 2011

##### **5. Suivi et évaluation**

---

*Indicateurs de résultats*

Mention de la provocation au suicide parmi les motifs de signalement possibles

##### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## ***Axe I : Développement de la prévention et de la postvention***

### ***Mesure 6 : Agir sur la communication sur internet concernant le suicide***

#### ***Action 19 : Contribuer à une meilleure sensibilisation sur la question du suicide à travers les échanges des jeunes sur internet***

##### **1. Contexte**

---

Des forums multiples de discussion des jeunes ainsi que des réseaux sociaux existent sur internet, dans lesquels la question du suicide peut être abordée.

Ces forums et ces réseaux sociaux sont animés par des modérateurs, qui peuvent être amenés à diffuser des messages et des conseils concernant le suicide.

La question de leur sensibilisation sur ce thème est donc importante.

##### **2. Contenu de l'action**

---

Recenser les moyens de communication en ligne les plus utilisés par les jeunes : réseaux sociaux mais également les plates-formes de blogs.

Contacteur les forums de discussion, gestionnaires de blogs et réseaux les plus fréquentés par les jeunes et utilisant des modérateurs.

Recensement par le département téléphonie santé de l'INPES au sein des sites internet qu'il finance les forums de discussion traitant du suicide chez les jeunes.

Elaborer un kit d'information sur le suicide, notamment à partir des outils de l'INPES (comme le guide dépression) ou à partir de revues de littérature de l'INPES.

Mettre à disposition ce kit d'information à destination des modérateurs des forums de discussion et des réseaux afin de réguler les échanges et de mieux informer les participants à la discussion.

Possibilités d'orientation par les modérateurs vers les dispositifs de téléphonie santé de l'INPES traitant de la santé mentale et du suicide..

##### **3. Acteurs**

---

Pilote : DGS, Partenaire : INPES

##### **4. Calendrier**

---

2012

##### **5. Suivi et évaluation**

---

###### *Indicateurs de résultats*

Nombre de forums et réseaux sensibilisés

Nombre de modérateurs utilisant le kit d'information.

##### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## ***Axe I : Développement de la prévention et de la postvention***

## **Mesure 6 : Agir sur la communication sur internet concernant le suicide**

### **Action 20 : Contribuer à une meilleure connaissance chez les jeunes de la question du suicide à travers l'accès sur internet à des sites de référence dans le champ de la prévention du suicide**

#### **1. Contexte**

---

Des sites multiples traitant de la question du suicide existent sur internet. L'objectif est d'avoir accès en priorité à des sites diffusant une information validée et scientifiquement reconnue. La question d'un accès préférentiel à ces sites est donc importante.

#### **2. Contenu de l'action**

---

Elaborer une liste de sites internet de référence dans le champ de la prévention du suicide. Un travail de labellisation par l'INPES des sites qu'il finance est en cours, de même que sur l'amélioration du référencement de ces sites.

Actualiser le dossier sur le suicide et la prévention du suicide sur le site du Ministère de la santé ([www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)).

#### **3. Acteurs**

---

Pilote : DGS,  
Partenaire : INPES

#### **4. Calendrier**

---

2011/2012

#### **5. Suivi et évaluation**

---

##### *Indicateurs de résultats*

Nombre de sites internet référencés auprès des moteurs de recherche.  
Nb de visites par site

#### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

## ***Axe I : Développement de la prévention et de la postvention***

### ***Mesure 7 : Limiter l'accès aux moyens létaux***

#### ***Action 21 : Limiter l'accès aux armes à feu et à leurs munitions***

##### **1. Contexte**

---

La limitation de l'accès aux moyens létaux constitue une action de prévention du suicide dont l'efficacité a été démontrée. La grande létalité des armes à feu et leur implication relativement fréquente dans les suicides chez les hommes font de la limitation de l'accès aux armes à feu une priorité. La Stratégie d'actions face au suicide 2000-2005 a permis certaines avancées en ce qui concerne les conditions d'acquisition et de détention de certains types d'armes à feu.

Une modification de la réglementation qui encadre l'acquisition, la détention et le stockage des armes à feu a été effectuée en 2011 dans le cadre de la transposition du droit communautaire. Ceci permet d'assurer un cadre plus lisible et plus sûr. Il s'agit désormais de sensibiliser les détenteurs d'armes aux risques encourus pour eux-mêmes et pour leur entourage.

##### **2. Contenu de l'action**

---

Elaborer des messages d'information et de recommandations pour les détenteurs d'armes. Sur cette base, mener localement des campagnes d'information afin de sensibiliser les détenteurs d'armes aux risques encourus pour eux-mêmes et pour leur entourage.

Cette action pourrait notamment consister en recommandations de stockage (mise sous clé des armes, stockage des munitions dans un coffre séparé...), sur le modèle d'actions déjà menées au Québec.

##### **3. Acteurs**

---

Pilote : DGS

Partenaires : Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration, Ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire, INPES, fédération nationale des chasseurs, office national de la chasse et de la faune sauvage.

##### **4. Calendrier**

---

- identification des groupes de travail : dernier trimestre 2011
- travail des groupes : 2011/2012

##### **5. Suivi et évaluation**

---

*Indicateurs :*

Définition d'actions de sensibilisation

##### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## **Axe I : Développement de la prévention et de la postvention**

### **Mesure 7 : Limiter l'accès aux moyens létaux**

#### **Action 22 : Faire un état des lieux et des préconisations visant la diminution de la dangerosité de produits et la sécurisation de lieux utilisés pour des passages à l'acte suicidaire**

##### **1. Contexte**

---

La littérature scientifique internationale est concordante sur l'efficacité des actions de prévention visant à limiter l'accès aux moyens utilisés pour les passages à l'acte suicidaire. Ces études ont notamment porté sur la sécurisation de lieux de précipitation (ponts, voies ferrées...) et la réduction de la toxicité de certains produits (gaz de ville...). Au sein d'institutions (écoles, hôpitaux, EHPAD, établissements pénitentiaires...) ou même au sein de la sphère familiale, ces mesures rejoignent celles qui tendent à prévenir les accidents et peuvent prendre la forme de la sécurisation des lieux (limitation de l'ouverture des fenêtres, pose de rambardes ou de filets de sécurité...) ou du stockage des objets ou produits potentiellement dangereux (médicaments, produits ménagers...).

##### **2. Contenu de l'action**

---

Identifier les possibilités d'évolution de la réglementation et/ou les actions de prévention pertinentes pour mieux limiter l'accès aux moyens létaux

*Textes réglementaires* : selon les besoins identifiés

##### **3. Acteurs**

---

Pilote : DGS

Partenaires : Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration, l'Intérieur, Ministère de l'économie des finances et de l'industrie, AFSSAPS INPES.

##### **4. Calendrier**

---

2012 : mise en place d'un groupe de travail pour l'identification des actions

2012/2014 : mise en œuvre des actions identifiées

##### **5. Suivi et évaluation**

---

*Indicateurs* :

Textes réglementaires

Actions prioritaires de prévention identifiées

##### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## **AXE II**

### **Amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire**

En matière de repérage et de prise en charge, les pratiques professionnelles concernant certains publics doivent être actualisées comme dans le cas des adolescents.

Cette démarche de repérage et de prise en charge, en place dans les établissements de santé, doit être poursuivie et éventuellement adaptée.

Dans ces mêmes établissements de santé, il est prévu des recommandations organisationnelles de prise en charge graduée des personnes ayant fait une tentative de suicide, au sein des structures dédiées, de même que pour la prise en charge globale et coordonnée des publics précaires.

Enfin, l'amélioration du repérage et de la prise en charge nécessite une démarche spécifique de mise en réseau des professionnels dans certains contextes à risque, comme lors de restructurations en entreprise.

## **Axe II : Amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire**

### **Mesure 1 : Améliorer la prise en charge de la dépression chez l'adolescent**

#### **Action 23 : Élaborer et diffuser des recommandations sur la prise en charge de la dépression chez l'adolescent**

##### **1. Contexte**

---

Bien que le taux de suicide pour la classe d'âge de 15-24 ans ait connu une diminution globale depuis 2000, il reste élevé en France. Ainsi, il est évalué à 6,7 pour 100 000 en 2006, constituant la troisième cause de décès pour cette classe d'âge.

Le repérage de la souffrance psychique et des troubles dépressifs chez les adolescents constitue un des axes des formations au repérage du risque suicidaire ou de la souffrance psychique. Or, la conférence de consensus qui avait pour thème « Les troubles dépressifs de l'enfant : reconnaître, soigner, prévenir. Devenir » date de 1995. L'apparition de nouveaux antidépresseurs (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine) au début des années 2000 et la question du risque suicidaire associé chez l'enfant et l'adolescent ont conduit l'AFSSAPS à publier en 2005 une mise au point sur l'utilisation de ces molécules dans ces tranches d'âge, renouvelée en 2008.

Compte tenu des évolutions de l'épidémiologie, de la clinique, du recours aux soins et des possibilités de prises en charges, l'élaboration de nouvelles recommandations professionnelles concernant les troubles dépressifs chez l'adolescent s'impose.

##### **2. Contenu de l'action**

---

Elaboration de recommandations professionnelles relatives au repérage, diagnostic et prise en charge des troubles dépressifs de l'adolescent à destination notamment des médecins de première ligne. Ces recommandations nourriront les actions de formation des professionnels sur le repérage de la souffrance psychique et sur la crise suicidaire en donnant des repères pour la pratique.

##### **3. Acteurs**

---

Pilote : HAS  
Partenaires : DGS

##### **4. Calendrier**

---

Publication : fin 2011

##### **5. Financement**

---

Sans objet

##### **6. Suivi et évaluation**

---

*Indicateur de résultats*  
Publication et diffusion des recommandations

##### **7. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## ***Axe II : Amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire***

### ***Mesure 2 : Développer des structures dédiées et des modalités spécifiques de prise en charge des personnes en risque suicidaire***

#### ***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***

##### **1. Contexte**

---

La tentative de suicide (TS) est le plus important des facteurs de risque de suicide connus. On estime en effet que 10 à 15 % des suicidants décèdent par suicide, tandis que près de la moitié des suicidés ont réalisé une ou plusieurs TS avant leur décès.

La prise en charge des patients suicidants occupe une place centrale dans tous les programmes de prévention du suicide, qui peuvent s'appuyer sur diverses recommandations. Le principal objectif de ces programmes de prise en charge des suicidants est de réduire le risque de récurrence suicidaire.

En France, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a édicté en 1998 des recommandations pour la pratique clinique sur la « prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide ». En juin 1999, un programme d'audits cliniques ciblés a été mis en place dans les régions disposant d'un programme régional de santé (PRS) « suicide » pour tester la mise en œuvre de ces recommandations sur le terrain et favoriser leur diffusion. Ensuite, la circulaire du 5 juillet 2001 relative à la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000/2005 a généralisé l'audit à toutes les régions et toutes les tranches d'âges.

Parallèlement à ces actions, certaines équipes hospitalières ont identifié au sein de leurs services des unités pour la prise en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide ou en crise suicidaire, selon des modèles différents adaptés aux spécificités locales. L'expérience de ces structures fait ressortir trois points clés d'organisation de la prise en charge des suicidants :

- la globalité de la prise en charge au moment de l'accueil
- la nécessaire gradation de l'offre de soins.
- l'organisation d'un suivi effectif.

##### **2. Objectif**

---

Améliorer la prise en charge des suicidants pour diminuer les récurrences de TS chez les suicidants.

##### **3. Contenu de l'action**

---

Rédiger des recommandations organisationnelles pour une prise en charge graduée des suicidants, intégrant les trois éléments ci-dessous :

- Renforcer la prise en charge des suicidants au moment de leur accueil :

Renforcer la prise en charge des suicidants à l'accueil des urgences : renforcer, si nécessaire, les liens entre structures des urgences et services de psychiatrie. Il s'agit de définir conjointement les protocoles de prise en charge des patients pour permettre une prise en charge durant un temps suffisant et dans des lieux adaptés (permettant l'établissement d'un dialogue avec les soignants). Pour cela, il est possible de s'appuyer sur les dispositions du code de la santé publique (article D.6124-26-9-), qui prévoient l'élaboration de protocoles de prise en charge des patients nécessitant des soins psychiatriques, pour les établissements autorisés à faire fonctionner une structure des urgences et l'activité de soins de psychiatrie. Lorsqu'il n'est pas autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie, l'établissement autorisé à faire fonctionner une structure des urgences est tenu d'établir une convention avec un établissement autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie, pour la prise en charge des urgences psychiatriques (article D.6124-26-8- du CSP).

L'objectif de l'élaboration conjointe de protocoles de prise en charge (établissement autorisé pour les deux activités) et de conventions d'organisation de prise en charge (établissement autorisé pour le seul fonctionnement d'une structure des urgences) est de permettre une évaluation globale des suicidants (médico-psycho-sociale) par des professionnels formés et favoriser l'accueil de ces patients au sein des unités de soixante douze heures (U72) psychiatriques (à ne pas confondre avec les unités d'hospitalisation de courte durée).

- Assurer l'accès à un niveau de recours pour les cas les lourds :

En fonction de l'épidémiologie régionale, définir un maillage territorial d'unités spécifiques de prise en charge des suicidants, s'appuyant en particulier sur les services de psychiatrie.

Les patients concernés sont ceux pour lesquels une évaluation médico psycho sociale globale n'a pas été possible lors de leur accueil (par exemple, admis en service de réanimation pour intoxication médicamenteuse, ayant des troubles psychiatriques décompensés, ...)

- Améliorer le suivi des suicidants à leur sortie

Renforcer les liens entre les structures des urgences, les services de psychiatrie et les psychiatres libéraux afin d'orienter les suicidants vers le professionnel le plus adapté à leur situation. Il s'agit en effet d'organiser un dispositif permettant un accompagnement des suicidants après la première prise en charge en urgence pour éviter que certains patients ne bénéficient d'aucun suivi après leur TS.

Elaborer dans ce cadre un document comprenant les coordonnées des structures et professionnels qui peuvent prendre en charge les suicidants, à destination notamment des suicidants (documents annuaire ressources).

Elaborer également une carte à remettre aux suicidants à leur sortie et comportant les coordonnées d'un professionnel qu'ils peuvent joindre 24h/24h (carte d'appel d'urgence).

#### **4. Acteurs**

---

Pilote : DGOS (R4)

Partenaires : DGS, HAS, sociétés savantes

#### **5. Calendrier**

---

Instructions aux ARS fin 2011 début 2012.

Mise en place progressive dans les régions en 2012

#### **6. Suivi et évaluation**

---

*Indicateurs de résultats*

Nombre d'unités spécialisées mises en place

Nombre de patients pris en charge par les unités spécialisées

Nombre de services accueillant les suicidants leur remettant une « carte d'appel d'urgence »

Nombre de services accueillant les suicidants leur remettant un « document annuaire ressources »

#### **7. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## ***Axe II : Amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire***

### ***Mesure 3 : Améliorer la prise en charge psychiatrique des personnes en situation de précarité***

#### ***Action 25 : Améliorer l'organisation et la coordination des soins psychiatriques et somatiques des personnes en situation de précarité***

### **1. Contexte**

---

La nécessité d'améliorer la prise en charge en santé mentale des personnes en situation de précarité a conduit, au cours de la période 2005-2008, à déployer des équipes mobiles de psychiatrie, dites équipes mobiles psychiatrie-précarité. Elles sont chargées d'intervenir auprès de ces populations et des professionnels qui les prennent en charge.

Elles accompagnent dans leur parcours de soins les personnes défavorisées, forment et conseillent les acteurs sociaux pour leur permettre de mieux appréhender les troubles psychiques ou les situations de détresse sociale auxquels ils sont confrontés.

Plus d'une centaine d'équipes travaillent aujourd'hui. Elles permettent d'adapter les réponses des établissements de santé aux spécificités des populations en situation de précarité, en renforçant les moyens du repérage des troubles psychiques de ces personnes et de leur accompagnement vers les soins.

Cependant, la prise en charge des troubles psychiatriques et des troubles somatiques de ces populations reste insuffisamment coordonnée. Il est en particulier nécessaire de profiter de la prise en charge en service de psychiatrie pour poser les bases d'une prise en charge somatique ultérieure, en prenant contact avec les dispensateurs de soins, y compris les permanences d'accès aux soins de santé dédiées aux populations précaires des établissements de santé généraux. De plus, il est souhaitable que la prise en charge de la personne débute dès que l'intervention de l'équipe mobile a permis de l'amener aux soins. En complément de l'interface médicale qu'offrent les équipes mobiles psychiatrie précarité, il apparaît donc nécessaire de mieux organiser la prise en charge sociale des personnes défavorisées au moment de leur entrée dans les soins psychiatriques. La constitution de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les établissements autorisés en psychiatrie vise à répondre à cet enjeu. Sur la base d'un appel à projets national, une quarantaine de PASS en psychiatrie ont été mis en place fin 2009.

### **2. Objectif**

---

Favoriser la prise en charge globale et coordonnée (somatique et psychiatrique) des troubles des patients en situation de précarité pris en charge initialement par les équipes mobiles psychiatrie précarité afin de prévenir les ruptures de prise en charge pour ce public à risque.

### **3. Contenu de l'action**

---

Elaborer un référentiel d'intervention coordonnée pour assurer une prise en charge globale de ce public dans un temps suffisant avec une attention particulière au suivi après l'hospitalisation pour éviter les ruptures de soins, et par conséquent les récurrences.

(et ce afin de renforcer si nécessaire les liens entre les équipes mobiles psychiatrie précarité, les PASS (psychiatriques et généraux), les services d'urgence et les équipes de psychiatrie prenant en charge les suicidants.

### **4. Acteurs**

---

Pilote : DGOS

Partenaires : DGS, HAS, sociétés savantes

## **5. Calendrier**

---

Instructions aux ARS fin 2011 début 2012.

Mise en place progressive dans les régions en 2012

## **6. Suivi et évaluation**

---

*Indicateurs de résultats :*

Rédaction du référentiel dans chaque territoire

Nombre et qualité des équipes ayant participé dans leur territoire à l'élaboration d'un référentiel

## **7. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## ***Axe II : Amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire***

### ***Mesure 4 : Renforcer la prévention en établissement de santé***

#### ***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***

##### **1. Contexte**

---

La tentative de suicide (TS) est le plus important des facteurs de risque de suicide connus. On estime en effet le taux de mortalité des suicidants à 10 à 15 %, tandis que près de la moitié des suicidés ont réalisé une ou plusieurs TS avant leur décès.

La prise en charge des patients suicidants occupe une place centrale dans tous les programmes de prévention du suicide, qui peuvent s'appuyer sur diverses recommandations. Le principal objectif de ces programmes de prise en charge des suicidants est de réduire le risque de récurrence suicidaire.

En France, l'ANAES, ancêtre de la Haute Autorité de santé (HAS), a édicté en 1998 des recommandations pour la pratique clinique sur la « prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide ». En juin 1999, un programme d'audits cliniques ciblés a été mis en place dans les régions disposant d'un programme régional de santé (PRS) « suicide » pour tester la mise en œuvre de ces recommandations sur le terrain et favoriser leur diffusion. La circulaire du 5 juillet 2001 relative à la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000/2005 a généralisé par la suite l'audit à toutes les régions et toutes les tranches d'âges.

Dans le cadre de la certification des établissements de santé, les établissements et leurs personnels sont incités à améliorer le repérage des patients à risque suicidaire et l'organisation de leur prise en charge.

Le manuel de certification des établissements sanitaires V2010 (révisé en avril 2011) adapte certains de ses critères aux établissements autorisés en psychiatrie.

Enfin, en termes de politique d'amélioration de la qualité des soins, selon l'activité de l'établissement de santé, ce thème peut faire partie de priorités d'actions de l'établissement.

##### **2. Objectif**

---

Dans le but de prévenir le passage à l'acte, améliorer les compétences des personnels travaillant dans les établissements sanitaires concernant :

- l'identification des patients présentant un risque suicidaire,
- la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients,
- le travail en réseau à mettre en place pour assurer la coordination entre les différents acteurs et le suivi des patients,
- l'ajustement du dispositif mis en place au sein de l'établissement en fonction des évaluations régulièrement réalisées.

##### **3. Contenu de l'action**

---

Suivi de la certification des établissements sur le critère « risque suicidaire ».  
Etude d'opportunité de la révision des recommandations ANAES de 1998.

##### **4. Acteurs**

---

Pilote : DGOS (R4 en lien avec PF2)  
Partenaires : HAS

## **5. Calendrier**

---

Validation du manuel V2011 en avril 2011

## **6. Suivi et évaluation**

---

*Indicateurs de résultats :*

Niveau de réponses obtenu pour le critère risque suicidaire dans les établissements ayant été certifiés.

## **7. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## **Axe II : Amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire**

### **Mesure 5 : Améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance liée au travail**

#### **Action 27 : Prévoir les modalités de préservation de la santé dans les processus de restructuration (plans sociaux ou suivi post licenciement...)**

##### **1. Contexte**

---

Selon le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles<sup>1</sup>, les consultations pour risques psycho-sociaux sont devenues en 2007 la première cause de consultation pour pathologie professionnelle.

Or, la promotion de la qualité des emplois est un axe prioritaire de la politique sociale, car la santé au travail et l'amélioration des conditions de travail sont tout à la fois une clef de la performance économique et sociale et de la compétitivité, une exigence pour le recrutement et le développement de l'emploi dans certains secteurs professionnels, enfin une condition du maintien en activité des salariés les plus âgés et de la valorisation de leur expérience.

Le développement d'actions de prévention des risques professionnels, en particulier des risques psycho-sociaux, s'inscrit dans cette démarche. C'est pourquoi les risques liés aux changements dans l'organisation même du travail, et plus spécifiquement à l'occasion de restructurations doivent être mieux appréhendés.

##### **2. Contenu de l'action**

---

Elaboration dans le cadre d'un groupe de travail des modalités de préservation de la santé dans le processus de restructuration par :

- la définition des modalités d'une démarche de prévention des risques psychosociaux avant l'annonce du projet de restructuration ;
- la détermination des modalités de prise en charge médicale, notamment des liens entre médecine du travail et médecine de ville.

##### **3. Acteurs**

---

Pilote : DGT

Partenaires : DGS

##### **4. Calendrier**

---

2010-2014

##### **5. Suivi et évaluation**

---

*Indicateurs de résultats :*

Création d'un groupe de travail spécifique à la restructuration

Définition des modalités de prévention et de prise en charge médicale

##### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

Plan santé au travail 2010-2014 (PST2)

---

<sup>1</sup> Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles est placé sous la coordination de l'Anses (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail)

**AXE III**  
**Information et communication**  
**autour de la prévention du suicide**

Afin de mener des actions de communication et d'information autour de la prévention du suicide, différents publics sont identifiés tels que les parents avec l'élaboration d'un guide pour prévenir la consommation de drogues de leurs enfants, ou le grand public avec la poursuite de la campagne nationale autour de la dépression.

Le soutien aux associations porteuses de projets portant sur la communication et l'information autour de la prévention du suicide est poursuivi.

Enfin, est incluse une action à destination des écoles de journalisme, profession susceptible de contribuer par une communication adaptée à la prévention du suicide.

### **Axe III : Information et communication autour de la prévention du suicide**

#### **Mesure 1 : Développer l'information du grand public**

#### **Action 28 : Poursuivre et développer les actions d'information sur la dépression auprès du grand public**

##### **1. Contexte**

---

En 2007, était diffusée la première campagne nationale sur la santé mentale portée par les pouvoirs publics : « La dépression, en savoir plus pour en sortir ». Les post-tests et les études évaluatives ont permis de montrer que cette campagne avait été bien perçue par le grand public et les professionnels. La problématique de la dépression demeurant une priorité de santé publique compte tenu de sa prévalence en population générale, il semble particulièrement important de pouvoir poursuivre cette action.

##### **Bilan de la campagne Dépression.**

La population générale apparaît très concernée par la dépression : 72% des personnes interrogées se disent concernées par les risques liés à la dépression mais se déclarent mal informées (42 % des personnes interrogées.)

La campagne bénéficie d'une très bonne mémorisation : 59% des interviewés se souviennent spontanément de la campagne (le standard INPES des campagnes TV + radio est de 50%) et parmi eux, 79% se souviennent d'éléments spécifiques de la campagne (phrases et messages précis), le standard étant de 39%.

La campagne permet une promotion efficace des supports d'information : 28% des personnes ayant reconnu la campagne se souviennent d'un numéro de téléphone et 30% citent spontanément le guide « la dépression, en savoir plus pour en sortir » comme moyen d'information sur la dépression.

Le guide s'avère répondre aux besoins du grand public : 93% des interviewés estiment que les informations contenues dans le guide ont répondu à leurs questions sur la dépression. Il permet une progression des connaissances sur la maladie et une meilleure identification des différents professionnels.

##### **2. Contenu de l'action**

---

Maintien du site Internet en activité

Diffusion du guide « la dépression, en savoir plus pour en sortir »

##### **3. Acteurs**

---

Pilote : INPES

Partenaires : DGS

##### **4. Calendrier**

---

Rediffusion possible à partir du second semestre 2011 après réimpression pour actualisation du guide.

## **5. Suivi et évaluation**

---

Satisfaction du public

Taux de mémorisation des connaissances sur la maladie et d'identification des différents professionnels (par le biais d'une enquête concernant le site internet et le guide).

## **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

### **Axe III : Information et communication autour de la prévention du suicide**

#### **Mesure 1 : Développer l'information du grand public**

#### **Action 29 : Développer des actions d'information à destination des jeunes et de leur entourage**

##### **1. Contexte**

---

Le suicide est la première cause de décès chez l'homme de 25-44 ans. Il s'agit également de la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans. Si les suicides de jeunes ont presque diminué de moitié entre 1993 et 2005, il reste cependant beaucoup de progrès à accomplir.

Il existe à ce jour peu de données dans la littérature internationale sur l'efficacité des actions de prévention du suicide en direction des jeunes. Quelques actions en milieu scolaire ont été évaluées avec des résultats mitigés.

Un rapport de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) publié en 2004 sur la prévention du suicide chez les jeunes faisait état des faiblesses méthodologiques des études évaluatives recensées dans ce champ, qui empêchaient de conclure à l'efficacité des différentes stratégies préventives évaluées. Ce rapport recommandait entre autres de :

- mettre en œuvre des mesures visant le développement des habiletés d'adaptation chez les jeunes : des programmes qui avaient été implantés dans le but de prévenir divers problèmes ou comportements à risque, tels les comportements d'agressivité, la dépression, l'anxiété, la dépendance aux drogues et à l'alcool, et même à long terme, la délinquance des jeunes, s'étaient révélés efficaces. Étant donné que ces conditions sont associées au suicide, les programmes de promotion des habiletés d'adaptation pourraient s'avérer profitables et leur implantation doit être encouragée.
- ne mettre en œuvre aucune activité de sensibilisation à la réalité du suicide qui s'adresse à des groupes de jeunes, en raison des résultats préoccupants qui ont été observés chez des jeunes vulnérables ;
- faire preuve de prudence dans la mise en œuvre de programmes d'aide par les pairs ;
- développer des recherches et des recherche-actions sur la prévention du suicide.

Les programmes de sensibilisation et d'information du grand public sont de plus en plus utilisés dans les champs de la prévention et de la promotion de la santé mais ils posent la question de leur efficacité pour changer les attitudes et comportements de la population. Quelques programmes portant sur le suicide et/ou les maladies mentales ont fait l'objet d'une évaluation et d'une publication dans des revues scientifiques mais ils ne portent pas spécifiquement sur le public jeune.

Ce rapport de 2004 de l'INSPQ sur la prévention du suicide chez les jeunes faisait état de quelques initiatives canadiennes ou américaines de communication grand public ou ciblée, mais les résultats de ces initiatives de communication (semaine de prévention du Suicide, information auprès des parents et des professionnels en contact avec des jeunes) n'ont montré que de faibles apports en termes de connaissances et d'attitudes et n'ont pas démontré l'efficacité de ces stratégies en termes de recours aux services d'aide, de pensées suicidaires ou de réduction du taux de suicide.

## **2. Contenu de l'action**

---

Etant donné la littérature existante et les conclusions contradictoires des interventions de prévention ciblant les jeunes, la définition d'une stratégie de prévention du suicide spécifique en direction des jeunes nécessite donc une réflexion approfondie qui mobilisera les données probantes, les besoins des bénéficiaires (jeunes, entourage, professionnels concernés, partenaires associatifs). A l'issue de ce travail, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) formulera des propositions en termes d'actions à mettre en œuvre, ces actions pouvant ne pas être des actions d'informations et impliquer d'autres organismes que l'INPES.

L'INPES poursuivra le développement d'actions visant la prévention des comportements à risque (en particulier la dépendance aux drogues et à l'alcool), notamment par l'intermédiaire d'un guide visant à développer les compétences des parents pour prévenir la consommation de drogues de leurs enfants.

## **3. Acteurs**

---

Pilote : INPES  
Partenaires : DGS

## **4. Calendrier**

---

*Définition d'une stratégie d'action spécifique*

2011 - Recensement des actions probantes et définition d'une stratégie d'action

2012 - Déploiement des actions par l'INPES et/ou les organismes identifiés

*Guide toxicomanie à destination des parents*

- Conception : à partir d'octobre 2010
- Parution : second semestre 2011

## **5. Suivi et évaluation**

---

Formulation de recommandations concernant la stratégie de prévention du suicide en direction des jeunes

Réalisation d'un guide relatif aux compétences parentales (addictions/jeunes)

## **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011

### **Axe III : Information et communication autour de la prévention du suicide**

#### **Mesure 1 : Développer l'information du grand public**

#### **Action 30 : Soutenir les projets portés par les associations portant sur les projets d'information et de communication autour du suicide**

##### **1. Contexte**

---

Plusieurs associations nationales de prévention du suicide portent des projets de communication et d'information autour du suicide comme l'Union nationale de Prévention du Suicide (UNPS), Vivre son Deuil, le Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide (GEPS). Ces associations organisent chaque année un congrès qui constitue une occasion d'échanges pour les professionnels, de mise à jour de leurs connaissances, mais aussi plus largement d'information et de sensibilisation des bénévoles et du grand public. Il s'agit de l'objet même de l'UNPS qui est une fédération créée en 1996 pour organiser chaque année autour du 5 février à Paris et dans les régions les journées nationales de prévention du suicide (JNPS). Cette manifestation rassemble un public nombreux et a un retentissement dans les médias propre à toucher le grand public.

##### **2. Contenu de l'action**

---

Examen et sélection des projets portés par les associations portant la communication et l'information autour du suicide.

##### **3. Acteurs**

---

Pilote : DGS  
Partenaires : associations de prévention du suicide

##### **4. Calendrier**

---

2011-2014

##### **5. Suivi et évaluation**

---

Indicateurs définis dans le cadre des conventions signées avec les partenaires associatifs

##### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

### **Axe III : Information et communication autour de la prévention du suicide**

#### **Mesure 1 : Développer l'information du grand public**

#### **Action 31 : Sensibiliser les étudiants en journalisme sur le thème du suicide**

##### **1. Contexte**

---

La littérature scientifique internationale s'est souvent penchée sur l'impact du traitement médiatique des cas de suicide sur la mortalité. Si les résultats de ces études ne confirment pas toujours le fait que la médiatisation d'un suicide entraînerait, par contagion, une vague de suicides dans la population (*Effet Werther*), on peut tout du moins penser qu'une information adéquate non sensationnaliste peut être pertinente et contribuer à l'effort de prévention.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a ainsi publié en 2002 des « Indications pour les professionnels des médias ».

En 1971, « Suicide et mass médias » était le thème des troisièmes journées du groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS). De même, après avoir travaillé le sujet lors des journées de 2004 et 2006, l'UNPS a choisi en 2010 pour thème des 14èmes Journées nationales pour la prévention du suicide « Prévention du suicide et opinions ».

##### **2. Contenu de l'action**

---

Organisation de conférences d'informations ou de sensibilisation à la thématique du suicide dans chacune des treize écoles de journalisme reconnues par la profession.

##### **3. Acteurs**

---

Pilote : DGS

Partenaires : associations de professionnels dans le champ du suicide investis dans les actions de formations, associations de journalistes.

##### **4. Calendrier**

---

Mobilisation des associations : premier semestre 2012

Rédaction d'un cahier des charges en lien avec les partenaires formateurs : 2012

Contact avec les écoles de journalisme : 2012

Mise en œuvre de formation : 2013

##### **5. Suivi et évaluation**

---

Rédaction du cahier des charges.

Expérimentation sur deux ou trois écoles avant généralisation

Enquête de satisfaction auprès des étudiants et des professeurs

##### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

Non

### **Axe III : Information et communication autour de la prévention du suicide**

#### **Mesure 2 : Mieux diffuser l'information sur les dispositifs d'aide et de prise en charge**

#### **Action 32 : Créer/actualiser des annuaires à destination des professionnels et du public**

##### **1. Contexte**

---

La tenue d'annuaires recensant les ressources et contacts disponibles pour les professionnels et le grand public sur la thématique du suicide avait été préconisée lors de la dernière stratégie d'actions. Un guide méthodologique pour la construction d'annuaires avait été mis à disposition des services de l'état en région à cette fin. Cette action avait été jugée positive lors de l'évaluation du programme.

Il convient de mener une évaluation précise de la mise œuvre de ces annuaires et de leur utilisation actuelle afin de proposer une adaptation du guide méthodologique répondant aux nouveaux besoins.

##### **2. Contenu de l'action**

---

Au niveau national :

Elaboration de la structure générale de l'annuaire en prévoyant les moyens de son actualisation, ainsi les modalités de sa diffusion selon les publics concernés (professionnels, grand public...)

Au niveau régional : création ou, le cas échéant actualisation des annuaires.

Élaboration d'un plan de diffusion comprenant la mise en ligne de l'annuaire sur le site de l'ARS avec un lien depuis le site de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS).

##### **3. Acteurs**

---

Pilote : DGS

Partenaires : Fédération Nationale des ORS, INPES, ARS, ORS

##### **4. Calendrier**

---

Création du modèle d'annuaire et mise à disposition des ARS : 2012

Déclinaisons régionales avec actualisation en routine : 2013-2014

##### **5. Suivi et évaluation**

---

*Indicateurs :*

Production d'un guide méthodologique

Nombre d'annuaire créés au niveau régional

##### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## **AXE IV**

### **Formation des professionnels**

La formation des professionnels concerne différents publics.

Ce sont d'abord les professionnels du soin et de l'action sociale, au contact des enfants et adolescents qui nécessitent une formation au repérage de la souffrance psychique et de la crise suicidaire, de même que ceux travaillant en milieu carcéral.

Le milieu de l'entreprise est également concerné, afin que l'ensemble du personnel puisse acquérir une connaissance en matière de prévention des risques psychosociaux.

Enfin, le contenu de l'enseignement sur la crise suicidaire et sa prise en charge doit être inclus à terme dans le cadre de la mise en place du développement professionnel continu de l'ensemble du personnel des équipes soignantes.

## **Axe IV : Formation des professionnels**

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

**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**

### **1. Contexte**

---

Le plan « Psychiatrie et santé mentale » 2005-2008 a initié des formations au repérage précoce des signes de souffrance psychique et des troubles du développement des enfants et adolescents.

Des formations de formateurs à destination des médecins ont été mises en place. L'importance de cette action a été notamment rappelée dans le plan Santé des jeunes présenté par la Ministre chargée de la Santé le 27 février 2008.

Le besoin d'un guide à destination d'un public de professionnels non médecins, en particulier pour les assistants de service social et infirmiers au contact des jeunes a été identifié. Ce guide doit permettre également de préciser le rôle et l'articulation des différents acteurs.

Les personnels du service social de l'Éducation nationale constituent des « professionnels de première ligne » spécifiques qui ont un rôle particulier à jouer, du fait de leur implantation dans les établissements scolaires, de leur connaissance des problématiques des élèves et de l'interface qu'ils constituent entre les familles, les enseignants et personnels d'éducation et les médecins qui organisent, le cas échéant, la prise en charge de l'élève repéré.

Il en est de même pour les personnels des autres filières de formation par exemple les lycées agricoles.

Les infirmier(e)s présent(e)s dans les établissements sont les interlocuteurs privilégiés des élèves et leur rôle de repérage et d'orientation éventuelle vers une prise en charge exige une connaissance réelle des signes d'appel et des manifestations de souffrance psychique des adolescents.

### **2. Contenu de l'action**

---

Élaborer un guide pour les infirmières, psychologues, assistants de service social, travaillant en milieu scolaire.

Mise à disposition du guide aux professionnels concernés

### **3. Acteurs**

---

Pilote : DGS

Partenaires : FFP, Ministère de l'Éducation nationale, Ministère de l'Agriculture

### **4. Calendrier**

---

2010- 2011

## **5. Suivi et évaluation**

---

*Indicateurs :*

Finalisation et publication du guide  
diffusion du guide auprès des conseillers techniques sociaux et de santé  
mise en ligne pour accessibilité au personnel de terrain

## **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## **Axe IV : Formation des professionnels**

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

**Action 34 : Déployer des actions de sensibilisation et de formation en direction des différentes catégories de professionnels de l'éducation nationale**

### **1. Contexte**

---

Formation des médecins de l'Éducation nationale

- La *formation initiale* des médecins de l'Éducation nationale reçus au concours s'étend sur une période de 8 à 16 semaines. Suivant les acquis constatés à la suite de l'entretien de positionnement de chaque médecin stagiaire, un module spécifique « dépistage précoce des signes de souffrance psychique » est proposé.
- La *formation continue* des médecins de l'Éducation nationale est organisée au niveau académique et son programme comporte des besoins identifiés : à la suite des formations impulsées par les Directions Régionales d'Action Sanitaire et Sociale (DRASS) et l'Éducation nationale pour l'utilisation du référentiel rédigé avec la Fédération Française de Psychiatrie (FFP). Des formations locales sont mises en place pour l'utilisation du référentiel d'observation élaboré en collaboration avec la FFP.

Formation des infirmiers(ères) scolaires :

Un projet de cahier des charges du contenu de la formation des infirmiers(ères) de l'Éducation nationale est en cours d'élaboration. Il comportera ces thématiques.

Formation des personnels du service social de l'Éducation nationale :

La formation en adaptation à l'emploi en milieu scolaire et continue s'organise au niveau académique à travers les plans de formation élaborés localement suivant les besoins identifiés.

### **2. Contenu de l'action**

---

Inclure des enseignements sur la souffrance psychique et la crise suicidaire dans les formations initiales et continues de différentes catégories de professionnels. En ce qui concerne les professionnels non médecins, l'enseignement relatif au repérage de la souffrance psychique et des troubles du développement s'appuiera sur le guide qui aura été élaboré (cf. action 33).

### **3. Acteurs**

---

Pilote : Ministère de l'Éducation nationale (DGESCO) /DGS

Partenaires : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), FFP, IFSI

### **4. Calendrier**

---

Diffusion de la synthèse existante

## **5. Suivi et évaluation**

---

*Indicateurs* : nombre de médecins, infirmières et personnels du service social de l'éducation nationale formés (en formation initiale et continue)

## **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## **Axe IV : Formation des professionnels**

### **Mesure 2 : Renforcer les actions de sensibilisation et de formation sur la crise suicidaire**

#### **Action 35 : Améliorer la formation pluridisciplinaire et interprofessionnelle en milieu carcéral**

##### **1. Contexte**

---

La mortalité par suicide est très élevée en détention. Les détenus se suicident 6 fois plus que les hommes libres âgés de 15 à 59 ans. Après une baisse au début de la décennie, le nombre de décès par suicide tend à augmenter (109 en 2008 à 115 en 2009). La mobilisation de l'ensemble des professionnels exerçant en milieu carcéral est nécessaire pour la prévention du suicide en raison du rôle complémentaire ou synergique de ces professionnels en matière d'alerte, d'orientation, de prise en charge et de surveillance.

La formation pluridisciplinaire et interprofessionnelle de ces professionnels permet de mieux comprendre le rôle de chacun et de mieux articuler les interventions conjointes ou réciproques.

##### **2. Contenu de l'action**

---

Mettre en place en lien avec l'EHESP et l'Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire (ENAP) des sessions de formation pluridisciplinaires, notamment des personnels sanitaires des Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) sur la base des recommandations existantes et comprenant des mises en situation.

##### **3. Acteurs**

---

Pilote : DGOS

Partenaires : EHESP, ENAP, DGS.

##### **4. Calendrier**

---

2010 - 2014

##### **5. Suivi et évaluation**

---

*Indicateur :*

Production d'un cahier des charges

Nombre de personnes formées

##### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

Plan d'actions stratégiques 2010-2014 pour les personnes placées sous main de justice.

## **Axe IV : Formation des professionnels**

### **Mesure 2 : Renforcer les actions de sensibilisation et de formation sur la crise suicidaire**

#### **Action 36 : Déployer des actions de formation initiale et continue**

##### **1. Contexte**

---

La DGS a mis en place depuis 2001 une formation de formateurs à l'intervention de crise suicidaire. Plus de 500 psychiatres, psychologues et autres intervenants issus de différents domaines professionnels (Éducation nationale, milieu carcéral, gérontologie, milieu associatif...) sont ainsi devenus formateurs et ont déployé des formations dans les différents milieux professionnels (plus de 10 000 professionnels de la santé, de l'éducation nationale, de la justice, de la gendarmerie ou de la police...ont bénéficié de formation).

Le nombre actuel de formateurs est jugé suffisant pour permettre de continuer le déploiement des formations en régions. Il s'agit de maintenir le réseau de formateurs existant.

Parallèlement, la formation sur la crise suicidaire et sa prise en charge doit désormais être déployée plus largement dans les formations initiales ou continues des professionnels, en particulier ceux qui sont amenés à « prendre soin » des personnes.

C'est ainsi qu'au sein du référentiel de formation initiale des infirmiers (partie consacrée aux processus psychopathologiques), le risque suicidaire a été inclus à l'occasion de la re-ingénierie des diplômes.

Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC), les actions de formation s'adresseront à l'ensemble des personnels des équipes soignantes ayant une obligation de DPC (médicaux ou para médicaux), qu'ils travaillent dans des établissements sanitaires ou dans des établissements et/ou services médicaux sociaux.

##### **2. Contenu de l'action**

---

1 : Animation d'un réseau de formateurs :

- Constitution d'une base de données recensant les formateurs et leurs actions
- Veille documentaire et diffusion de l'information auprès des membres du réseau de formateurs.

2 : Intégrer un enseignement sur la crise suicidaire et sa prise en charge dans les formations diplômantes de l'EHESP.

3 : Intégrer un enseignement sur la crise suicidaire dans le cadre de la mise en place du DPC des professionnels pour assurer la continuité de l'offre de formation continue sur cette thématique de santé publique.

##### **3 . Acteurs**

---

1 : Pilote : DGS

Partenaires : Les associations de professionnels

2 : Pilote DGS

Partenaires : l'EHESP

3 Pilote DGOS

#### **4. Calendrier**

---

1 : 2011

2 : 2012

3 : Montée en charge du DPC en 2011 et 2012

#### **5. Suivi et évaluation**

---

1 : Nombre de professionnels appartenant au réseau des formateurs régionaux

2 : - Enseignement sur la crise suicidaire et sa prise en charge intégré dans les formations diplômantes de l'EHESP.

- Intégration d'un enseignement sur la crise suicidaire et sa prise en charge dans la formation initiale et continue des médecins et des infirmières

3 : - Nombre d'organismes enregistrés par l'organisme de gestion du DPC (OG-DPC) proposant un programme de DPC sur la prévention et la prise en charge du suicide

- Nombre de formations annuelles délivrées sur cette thématique

- Nombre de participants

#### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## **Axe IV : Formation des professionnels**

### **Mesure 3 : Former les responsables en milieu de travail sur les risques psychosociaux**

#### **Action 37 : Diffuser des informations et mettre à disposition des outils pédagogiques sur les risques psychosociaux**

##### **1. Contexte**

---

La question du développement de l'expertise et de la connaissance des risques psychosociaux par les acteurs de l'entreprise est essentielle. Le rapport Nasse et Légeron et plus récemment les conclusions remises par la mission Lachmann, Larose et Pénicaud, font état de la nécessité d'accroître les capacités d'expertise des diverses catégories de personnes en situation de prendre en charge le dépistage, la prévention et le traitement des risques psychosociaux au sein de l'entreprise.

Il est donc nécessaire de développer des actions d'information et de diffusion de bonnes pratiques les plus larges possible en matière de prévention des risques psycho-sociaux (RPS), de traitement des situations difficiles et d'organisation de la prise en charge des personnes victimes de RPS. Une attention particulière pourrait être portée aux membres des comités d'hygiène et de sécurité des conditions de travail (CHSCT) et aux cadres des entreprises. Leur information pourrait être renforcée sur les sujets de santé mentale.

##### **2. Contenu de l'action**

---

L'objectif est de diffuser et de rendre accessibles des informations et des outils de prévention des risques psychosociaux via internet en valorisant les actions déjà menées par les préventeurs et en apportant des réponses concrètes.

Cette action s'appuiera sur le site internet « travailler-mieux.gouv.fr » ouvert par le ministère du travail en janvier 2009. Le site valorise et met en cohérence les ressources existantes en matière de santé et de sécurité au travail en répondant à des besoins identifiés telle qu'une meilleure information sur les questions de risques psychosociaux.

L'architecture du site comporte un espace ressources « CHSCT » spécifique, destiné à accompagner la professionnalisation des CHSCT et des délégués du personnel. Une banque de données et un espace de questions-réponses leur permettent d'échanger, de partager leur expérience et de s'outiller sur des thèmes complexes tels que la prévention des RPS.

Par ailleurs, le site dispose également d'un espace dédié aux risques psychosociaux : le grand public, les salariés et les entreprises peuvent y trouver un grand nombre d'informations, des conseils d'experts, des bonnes pratiques et des témoignages d'entreprises.

Le site sera régulièrement alimenté et mis à jour, notamment sur le thème de la prévention du suicide et de la conduite à adopter en cas de suicide sur le lieu de travail. Un lien pourrait être créé avec le site de l'UNPS et des journées nationales de prévention du suicide.

### **3. Acteurs**

---

Pilote : DGT

Partenaires : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT)/CNAM/ CNAMTS/ Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)/ MSA/ Agence Nationale de Sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)

### **4. Calendrier**

---

2011

### **5. Suivi et évaluation**

---

Nombre de pages du site consultées :

- rubrique RPS
- rubrique CHSCT

### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

Le PST2 prévoit la mise en œuvre d'actions spécifiques sur la formation en santé et sécurité.

## **Axe IV : Formation des professionnels**

### **Mesure 3 : Former les responsables en milieu de travail sur les risques psychosociaux**

#### **Action 38 : Former les managers et les responsables à la santé au travail**

##### **1. Contexte**

---

Dans son rapport sur la formation des ingénieurs et managers à la santé et à la sécurité au travail remis en juillet 2008 au Ministre chargé du travail, le professeur William Dab constate que la sensibilisation et la connaissance des règles en matière de santé au travail ne sont pas toujours suffisantes.

Selon le rapport Lachmann, Larose et Pénicaud, sur le bien-être et l'efficacité au travail (février 2010), la santé psychologique des salariés doit être replacée au centre des préoccupations des cadres dirigeants au même titre que les enjeux économiques. Sans être eux-mêmes experts en santé au travail, les managers doivent avoir des notions fondamentales en la matière.

Il apparaît donc indispensable d'introduire des actions de formation en santé et sécurité dans les écoles de gestion, de management et d'ingénieurs - en formation initiale et continue – pour préparer les cadres à leurs responsabilités et à leurs fonctions d'encadrement.

La première exigence est d'intégrer systématiquement la dimension humaine dans la formation initiale et de les doter des instruments nécessaires pour repérer les situations et facteurs de risques afin d'organiser la prévention des risques psychosociaux dans le milieu du travail.

##### **2. Contenu de l'action**

---

L'objectif est double :

- introduire la santé et la sécurité dans les formations dispensées par les écoles de management, de gestion et d'ingénieurs
- structurer, fédérer et valider les ressources pédagogiques existantes.

Cette action s'appuiera sur le réseau de compétences académiques et professionnelles, porté par le Réseau francophone de formation en santé au travail (RFFST). Ce réseau a été mis en place par le Ministre chargé du travail en septembre 2009. Son animation a été confiée au CNAM.

Ce réseau vise à :

- organiser la collaboration entre les organismes, établissements et équipes disposant de compétences académiques ou professionnelles en santé et sécurité au travail en France mais aussi dans les pays francophones
- promouvoir et faciliter l'élaboration d'un référentiel de compétences pour les managers et les ingénieurs. Un des résultats prioritaires attendus par le réseau est l'intégration du référentiel de la santé au travail dans l'ensemble des écoles de formation supérieure.

Le référentiel de compétences se structure autour de trois axes de compétences :

- Savoir repérer dans l'entreprise les enjeux humains, sociaux, économiques et juridiques de la santé-sécurité au travail (SST) ;
- Intégrer la SST dans la gestion de ses activités et la conduite de projets ;
- Contribuer au management de la SST dans l'entreprise par la mise en pratique d'une démarche de prévention des risques professionnels en cohérence avec le management de l'entreprise et par l'amélioration du système de management.

La première tâche de ce réseau est de faire connaître ce référentiel et de le diffuser aux écoles et organismes de formation ainsi qu'aux entreprises, quelle que soit leur taille.

Le réseau rendra accessibles des outils pédagogiques destinés aux établissements d'enseignement supérieur et aux formateurs en entreprises : matériel de cours, manuel de gestion de la santé au travail, banque d'études de cas, vidéos, tests de compétences... Plusieurs groupes de travail seront mis en place pour créer le matériel pédagogique et notamment :

- un groupe piloté par l'INRS sur les notions fondamentales sur les risques psychosociaux.
- un groupe piloté par la DGT sur les principes généraux et notions fondamentales de la prévention.
- un groupe piloté par la DGT sur les acteurs en santé au travail.

Ces outils seront partagés et feront l'objet d'une validation et d'une expérimentation.

Afin de faire connaître les actions du réseau, un bulletin, « les Echos du réseau », sera créé et diffusé largement via internet.

Les productions du réseau seront disponibles librement sur internet sur différents sites tels que ceux de la CNAM, de l'INRS, de la DGT (travailler-mieux.gouv.fr)

### **3. Acteurs**

---

Pilote : Ministère chargé du travail

Animateur : CNAM

Partenaires : DGEFP/ DGESIP/ANACT/CNAMTS/ INRS/ INSPQ (Institut de santé publique du Québec)/Écoles et universités/entreprises publiques et privées/associations/partenaires sociaux/formateurs

: le réseau francophone de formation en santé au travail

### **4. Calendrier**

---

2010 : formation des groupes de travail

2011 : ouverture du site internet et diffusion des premiers outils

## **5. Suivi et évaluation**

---

- Suivi du nombre d'écoles d'enseignement supérieur et universités concernées (suites du rapport Dab) et d'étudiants formés annuellement ;
- Enquête (INRS) à l'échéance du PST 2 sur les enseignements à la prévention des risques dans les écoles d'ingénieurs ;
- Dénombrement des organismes habilités et des entreprises ayant fait la démarche de labellisation, dès qu'une certification sera disponible.

## **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

Le plan Santé au Travail 2010 – 2014 (PST 2) prévoit la mise en œuvre d'actions spécifiques sur la formation en santé et sécurité.

Les actions 55 à 58 du Plan National Santé Environnement (PNSE) vont également dans le sens du développement d'une offre de formation sur la santé mais aussi l'environnement.

## **AXE V**

### **Etudes et recherche**

L'axe études et recherche vise d'abord à améliorer l'analyse des données concernant le suicide et les tentatives de suicide en population générale mais aussi dans le milieu du travail et le milieu carcéral.

Les programmes de recherche contribuent à une meilleure connaissance des déterminants des actes suicidaires pour les personnes ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide ou pour les tranches d'âge les plus à risque.

Les projets innovants de prévention du suicide seront évalués et favorisés en inscrivant la prévention du suicide dans les priorités nationales de recherche, en particulier les programmes hospitaliers de recherche clinique.

## *Axe V : Études et recherche*

**Mesure I : Améliorer la qualité des données et le suivi des tentatives de suicide (TS) en population générale et au sein de populations ou dans des lieux de vie spécifiques (personnes détenues, travail, ...)**

**Action 39 : Améliorer les connaissances sur les données concernant les tentatives de suicide en population générale, ainsi que leur suivi au cours du temps.**

### **1. Contexte**

---

En France, chaque année, plus de 10 000 personnes décèdent par suicide, soit environ 16 personnes sur 100 000, la France est en Europe parmi les pays à taux de mortalité élevé. Si le nombre de décès par suicide est connu grâce au CepiDC de l'Inserm avec toutefois une imprécision due à la sous-déclaration estimée à 20%, il n'en est pas de même des tentatives de suicide (TS). En effet, le nombre de tentatives de suicide fait encore l'objet d'estimations peu précises. En 2001, des estimations de la Drees ont fait état de 130 000 à 180 000 TS prises en charge chaque année par le système de soins. Ces estimations ont été revues en 2006 faisant apparaître environ 195 000 TS donnant lieu à un contact avec le système de soin chaque année.

Certaines tentatives de suicide liées aux blessures par armes à feu ne sont pas toujours recensées comme tentatives de suicide.

L'amélioration des données du PMSI-MCO, la mise en place du RIM-psy ainsi que la possibilité de chaînage des données pourraient permettre d'effectuer une estimation plus précise des tentatives de suicide prises en charge dans le système hospitalier.

Par ailleurs, les caractéristiques des personnes ayant eu des pensées suicidaires ou fait une ou des tentatives de suicide sont surtout connues par des enquêtes déclaratives en population générale, par exemple le Baromètre santé de l'INPES. Le suivi de ces données est possible grâce à la répétition des questions à travers les différents Baromètres. Malgré le nombre peu élevé de personnes déclarant avoir fait une TS au cours des 12 derniers mois, la taille d'échantillon (n=28 000) et l'introduction de nouvelles questions sur le contexte de la TS permettent d'envisager des analyses pertinentes.

### **2. Contenu de l'action**

---

#### **Analyse descriptive des tentatives de suicide à partir des données d'hospitalisation du PMSI**

- Analyse du recours à l'hospitalisation pour tentatives de suicide à partir du PMSI-MCO pour les années 2004 à 2007 avec intégration des données Oscour sur le recours aux urgences pour TS. Cette étude permet d'estimer le nombre de personnes ayant fait une TS qui ont été hospitalisées dans des établissements non spécialisés en psychiatrie chaque année, ainsi que le pourcentage de personnes ayant fait une TS qui sont arrivées aux Urgences et qui n'ont pas été hospitalisées. Par ailleurs, le chaînage des données permet d'étudier les ré-hospitalisations pour TS (récidives de TS).

- Pour les années 2008 et au-delà, étude du suivi des TS avec prise en charge hospitalière en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) et en psychiatrie à travers le chaînage des séjours. Cette étude est complémentaire de la précédente car elle prend en compte les personnes qui ont été dirigées en psychiatrie après une hospitalisation pour TS en MCO ou qui ont été directement en service de psychiatrie sans hospitalisation préalable en MCO.

### **Analyse des déclarations de tentatives de suicide dans le Baromètre santé au cours du temps**

- Etude de l'évolution au cours du temps des caractéristiques des personnes ayant eu des pensées suicidaires ou ayant déclaré des tentatives de suicide dans les Baromètres santé successifs.
- Etude du contexte des tentatives de suicide, focus sur les jeunes adultes, les femmes et sur les plus de 65 ans.

### **3. Acteurs**

---

Pilote : InVS  
Partenaires : INPES pour les Baromètres santé,  
DGOS, ATIH pour les données PMSI et RIM-psy

### **4. Calendrier**

---

- Données PMSI-MCO 2004 – 2007 : rapport fin 2011
- Données PMSI-MCO et chaînage RIM-psy 2008 : fin 2012
- Objectif : suivi annuel des données de TS issues du PMSI
- Baromètre santé : publication d'articles pour fin 2011
- BEH fin 2011

### **5. Suivi et évaluation**

---

*Indicateurs :*

- Estimation du nombre annuel d'hospitalisations pour TS en France métropolitaine ;
- Taux d'hospitalisation pour TS (France métropolitaine et selon les régions) ;
- Pourcentage de récurrences de TS.

### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## **Axe V : Études et recherche**

**Mesure I : Améliorer la qualité des données et le suivi des tentatives de suicide (TS) en population générale et au sein de populations ou dans des lieux de vie spécifiques (personnes détenues, travail, ...)**

**Action 40 : Améliorer la qualité des données et le suivi des tentatives de suicide en relation avec le travail**

### **1. Contexte**

---

Afin de mener à bien ses objectifs de surveillance des risques professionnels, le Département Santé Travail (DST) de l'InVS s'appuie sur deux types de stratégies : la première consiste en la mise en place, de novo, de systèmes de surveillance (principalement basés sur la médecine du travail). La seconde s'appuie sur le recours à des données recueillies dans d'autres cadres, non spécifiques des risques professionnels, telles, par exemple, que les données issues des enquêtes nationales de santé publique.

Ainsi, dans le cadre de la surveillance de la santé mentale en lien avec le travail, le DST a développé un programme pilote intitulé Samotrace. Ce dernier permet de fournir des indicateurs de santé mentale en lien avec l'emploi.

Dans le cadre de l'exploitation des données existantes telles que les enquêtes nationales de santé publique, l'attention du DST se porte plus particulièrement sur l'amélioration de la qualité des données sur l'emploi, permettant au minimum un codage fiable des catégories socioprofessionnelles et des secteurs d'activité.

### **2. Contenu de l'action**

---

Analyse descriptive selon l'emploi des tentatives de suicide et du risque suicidaire en relation avec le travail à travers :

- l'exploitation de données existantes du Baromètre santé 2005 sur les tentatives de suicide selon la catégorie socioprofessionnelle.
- le projet pilote Samotrace en région Rhône-Alpes. Le projet Samotrace recueille des informations via les médecins du travail sur le risque suicidaire par le questionnaire standardisé MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) validé en France. Une analyse descriptive de la fréquence du risque suicidaire selon les catégories professionnelles, les secteurs d'activité et certaines conditions de travail est prévue.

### **3. Acteurs**

---

Pilote : InVS  
Partenaires : INPES  
DRTEFP Rhône-Alpes  
Sociétés savantes de médecine du travail

### **4. Calendrier**

---

- Données du Baromètre santé 2005 : article soumis à la RESP.
- Données du Baromètre santé 2010 : Des analyses similaires pourront être effectuées (début 2012).

- Projet Samotrace : ces données sont actuellement en fin de saisie. L'analyse des données est envisagée pour la fin du premier semestre 2011.

## **5. Suivi et évaluation**

---

### *Indicateurs :*

- Prévalence des TS selon la catégorie socioprofessionnelle.
- Prévalence du risque suicidaire selon la catégorie socioprofessionnelle, le secteur d'activité et les expositions psychosociales au travail.

## **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

- Plan Santé au Travail 2 (2010-2014)
- Le programme Samotrace s'inscrit dans le cadre d'une convention avec la DGT sur le développement de réseaux de médecins du travail participant à la surveillance épidémiologique.

## *Axe V : Études et recherche*

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

***Action 41 : Améliorer la qualité des données et le suivi des tentatives de suicide (TS) dans la population carcérale***

### **1. Contexte**

---

Depuis de nombreuses années, la prévention du suicide en milieu carcéral comprend des programmes d'actions incluant l'accueil des personnes arrivant en détention, le repérage et la prise en charge des personnes détenues à risque suicidaire, l'amélioration du fonctionnement des quartiers disciplinaires où le risque de tentative de suicide (TS) est le plus élevé et la formation du personnel pénitentiaire.

Cependant, il n'existe aucune donnée sur la surveillance des TS en milieu pénitentiaire. En effet, les TS ne sont pas systématiquement notées dans les fichiers de renseignement des personnes détenues (fichiers GIDE) des établissements pénitentiaires et les personnes détenues ayant fait une TS ne sont pas systématiquement adressées en consultation ou en hospitalisation. Par ailleurs, les données des dossiers médicaux ne sont pas informatisées et il n'existe à l'heure actuelle aucune remontée de données médicales.

Avant de faire des propositions pour améliorer la qualité des données sur les TS et mettre en place un suivi des TS dans la population des personnes détenues, une analyse exploratoire des dossiers médicaux sera faite dans le cadre d'une étude de faisabilité pour l'élaboration d'un dispositif de suivi de la santé des personnes détenues (plan « santé des personnes détenues »).

### **2. Contenu de l'action**

---

**Evaluer la faisabilité de l'utilisation des dossiers médicaux des personnes détenues incarcérées à des fins de surveillance des tentatives de suicide des personnes détenues.**

Dans un premier temps, il s'agit d'évaluer dans quelles proportions les TS sont notées dans les dossiers médicaux des personnes détenues incarcérées et de déterminer les conditions de l'utilisation des dossiers médicaux à des fins de surveillance épidémiologique.

**Propositions pour améliorer la qualité des données sur les TS et mettre en place un suivi des TS dans la population carcérale**

A noter que l'amélioration de la qualité des données sur les TS nécessite l'enregistrement de celles-ci lors d'une consultation à l'UCSA qui devrait être systématiquement proposée à toute personne détenue ayant fait une TS.

### **3. Acteurs**

---

Pilote : InVS

Partenaires : DGS, DAP

#### **4. Calendrier**

---

- Mise en place d'un groupe de travail « santé » et « administration pénitentiaire » : 2ème semestre 2011.

- Analyse exploratoire des dossiers médicaux : second semestre 2012

#### **5. Suivi et évaluation**

---

*Indicateur :*

Prévalence des TS dans la population carcérale

#### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

Plan d'actions stratégique 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice

## **Axe V : Études et recherche**

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

**Action 42 : Améliorer la connaissance des données de mortalité par suicide**

### **1. Contexte**

---

Depuis 1996, la prévention du suicide est reconnue officiellement comme une priorité de santé publique. Le suicide fait partie des causes de mortalité dites « évitables » par des actions de prévention primaire et la baisse du taux de suicide est l'un des 100 objectifs annexés à la loi de santé publique de 2004. Cet indicateur est construit à partir de l'exploitation des certificats de décès par le CépiDc de l'INSERM.

En 2006, plus de 10 400 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine. Les suicides sont aux trois quarts masculins. Le taux de suicide a baissé de 20 % en 25 ans, mais il a diminué trois fois moins vite que l'ensemble des morts violentes. En outre, depuis 2000, il augmente pour les 45-54 ans, notamment pour les hommes. Pour les 25-34 ans, les suicides constituent la première cause de mortalité pour les hommes et la deuxième pour les femmes, derrière les tumeurs. Le taux de suicide augmente avec l'âge, plus fortement pour les hommes que pour les femmes. Le principal mode de suicide est la pendaison pour les hommes et la prise de médicaments pour les femmes. Les taux de décès par suicide les plus élevés sont le fait des veufs et des divorcés.

Les disparités régionales de mortalité par suicide sont marquées : les régions de l'Ouest et dans une moindre mesure du Nord et du Centre sont nettement au-dessus de la moyenne nationale. Au sein de l'Europe de l'Ouest, la France présente les taux de décès par suicide les plus élevés après la Finlande.

La sous-évaluation était estimée à 20% pour les données nationales correspondantes à la fin des années 2000. Elle serait actuellement moindre (sur les données de 2006) de l'ordre de 10% (données non publiées). Le % de sous-évaluation est plus important pour certaines classes d'âge et dans certains territoires et ne permet pas une évaluation locale précise de la situation.

L'exigence de disposer de données régulières de qualité s'impose au niveau national comme régional : depuis 2010 les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyen des ARS comprennent un indicateur de réduction du taux de suicide, sur une trentaine d'indicateurs à suivi obligatoire.

Un certain nombre de suicides ne sont pas connus à partir de la statistique nationale des décès : c'est notamment le cas des personnes ayant fait l'objet d'un examen médico-légal demandé par la justice dont la conclusion n'a pas été rapportée à l'INSERM. Ce défaut de transmission est dû à un obstacle juridique à la transmission des données dans le cadre d'une instruction demandée par la justice ainsi qu' à un obstacle technique par défaut de retour des données des proches et des examens complémentaires pour affirmer avec fiabilité l'origine de la mort violente.

## **2. Contenu de l'action améliorer la connaissance des données de mortalité par suicide**

---

### **Sous-action 1 : étude des causes concurrentes de décès et estimation de la sous-déclaration dans les statistiques de décès**

L'objectif de cette étude est d'évaluer la fiabilité des données récentes de mortalité par suicide en analysant les causes de décès « concurrentes » pouvant masquer des suicides et de proposer des méthodes de correction prenant en compte les biais potentiels.

Dans une perspective ultérieure, cette analyse pourra contribuer à l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques de codage, auprès d'Eurostat notamment, et ainsi participer à l'amélioration de la qualité des données du système statistique européen.

### **Sous-action 2 : organiser la transmission des données des instituts médico-légaux (IML) au CepiDc**

Conduire des travaux sur les certificats de décès électronique et les modèles de certificats de décès afin d'organiser la transmission des informations depuis les IML.

### **Sous-action 3 : Publication d'un Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) sur la thématique du suicide**

## **3. Acteurs**

---

Sous-action 1  
Pilote : DREES  
Partenaires : CépiDc

Sous-action 2  
Pilote DGS  
Partenaire : DREES, INSERM-CépiDc, Ministère de la Justice

Sous-action 3 : INVS

## **4. Calendrier**

---

Estimation de la sous-déclaration dans les statistiques de décès : deuxième semestre 2011

Étude des causes concurrentes de décès par suicide : 2012

Transmission des données des IML sur les causes de décès via les certificats de décès électronique : 2012

BEH : fin 2011

## **5. Suivi et évaluation**

---

### *Indicateurs*

Publications de données

Mise en œuvre de la transmission des données issues des IML

## **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## **Axe V : Études et recherche**

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

**Action 43 : Améliorer la qualité des données et le suivi des suicides en relation avec le travail**

### **1. Contexte**

---

Afin de mener à bien ses objectifs de surveillance des risques professionnels, le Département Santé Travail (DST) de l'InVS s'appuie sur deux types de stratégies : la première consiste en la mise en place, de novo, de systèmes de surveillance. La seconde s'appuie sur le recours à des données recueillies dans d'autres cadres, non spécifiques des risques professionnels particuliers.

Dans ce contexte et face à l'inexistence d'une surveillance des suicides potentiellement en lien avec l'activité professionnelle, le DST a entrepris l'exploration de plusieurs pistes :

- développement d'un système de surveillance des suicides sur le lieu de travail
- recours à d'autres projets développés au DST afin d'apporter des connaissances sur cette thématique : projet COSMOP et surveillance en entreprise.

### **2. Contenu de l'action**

---

#### **Surveillance (quantification et description) des suicides sur le lieu du travail à travers un système multi-sources**

- Dans le Département Santé Travail (DST) de l'InVS, mise en place d'un projet spécifique sur la surveillance des suicides sur le lieu de travail par le recensement exhaustif des cas à travers un système multi sources (suicides déclarés en accidents mortels et enregistrés par l'assurance maladie (Cnamts qui regroupe 80 % des actifs ; autres régimes qui aujourd'hui n'enregistrent pas le suicide dans les causes d'accident du travail); données du CépiDC (avec souhait d'amélioration de la qualité de certaines données du certificat de décès); enquêtes de l'inspection du travail après tout accident grave ou décès survenu sur les lieux de travail mais remontée des données faibles ; urgences hospitalières (Oscour). Ce projet est actuellement en fin de phase de d'exploration de faisabilité.

#### **Analyse des données de mortalité par suicide du CépiDC selon les catégories professionnelles et les secteurs d'activité, après couplage aux données socio-démographiques de l'Insee (COSMOP)**

- Analyse de données existantes dans le cadre du projet COSMOP (Cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession) : couplage panel DADS (déclaration annuelle des données sociales), EDP (échantillon démographique permanent) et données de mortalité, pour l'étude de la mortalité par cause et par secteur d'activité. Ces données permettront de surveiller au fil du temps les taux de mortalité par suicide chez les actifs selon les catégories professionnelles et les secteurs d'activité.

#### **Analyse de la mortalité par suicide dans des cohortes d'entreprise**

- Enfin, le DST développe des systèmes de surveillance en entreprises qui permettent de produire, pour ces entreprises, des analyses dans le temps de la mortalité par cause (dont le suicide).

## **- Analyse des données de mortalité par suicide en collaboration avec la MSA (Mutualité Sociale Agricole)**

La MSA et l'InVS conduiront une étude décrivant chaque année la mortalité par suicide chez les non-salariés agricoles de la MSA dans un premier temps. La mise en place d'une étude de mortalité chez les salariés agricoles est prévue dans un second temps.

Il est prévu la mise en place d'une analyse exhaustive transversale répétée tous les ans. Celle-ci s'appuiera sur le couplage de données socioprofessionnelles d'une part (données de la CCMSA), et des données de mortalité (causes de décès du CépiDC) d'autre part. Cette étude fera l'objet d'une déclaration à la Cnil.

Ces analyses permettront d'une part, de produire annuellement des taux de mortalité par suicide au sein de cette population, d'observer leur évolution dans le temps et de les comparer à ceux d'autres secteurs professionnels.

D'autre part, des comparaisons pourront aussi être menées au sein même de cette population, selon différentes caractéristiques telles que la région, la taille de l'exploitation, le type d'activité, les revenus professionnels...

L'analyse de la mortalité permettra à la MSA :

- de mieux cibler ses actions de prévention et de répondre plus complètement aux besoins spécifiques d'une région ou d'un secteur professionnel,
- de contribuer au plan global de prévention des risques psychosociaux et de prise en charge des personnes en difficulté en agriculture.

### **3. Acteurs**

---

Pilote : InVS

Partenaires : Cnamts et autres régimes de protection sociale (MSA, RSI ...)  
Inspection du travail, entreprises  
CepiDC, Insee

### **4. Calendrier**

---

- Système multi sources : phase exploratoire : mi 2011.
- Données issues du projet COSMOP : Un premier point d'analyse (jusqu'en 2002) a fait l'objet d'une publication scientifique dans la revue d'épidémiologie et de santé publique et d'un rapport InVS. La mise à jour des données est prévue, une fois les différents accords institutionnels obtenus.
- Surveillance en entreprise : selon contexte et accord des entreprises
- Suivi mortalité par suicide MSA : analyse de la mortalité pour les années 2007 à 2009 prévue pour mi-2012 puis chaque année.

### **5. Suivi et évaluation**

---

#### Intermédiaire

##### *Indicateurs de processus*

- Système multi-sources : accord de chacun de partenaires fournisseurs de données pour remontée au DST
- Surveillance en entreprise : accord de l'entreprise pour la mise en place de cette surveillance
- Surveillance spécifique MSA : accord partenaire et CNIL, protocole et cahier des charges de l'étude

### *Indicateurs de résultats*

- Système multi-sources : remontée effective de données des différents partenaires
- Surveillance en entreprise : reconstitution de cohorte d'entreprise
- Surveillance spécifique MSA : obtention annuelle des données populationnelles et des causes de décès.

### Final

- Système multi-sources : estimation des cas de suicide survenus sur le lieu de travail
- Etude de la mortalité par suicide via le projet COSMOP : production en continu dans le temps d'indicateurs standardisés de mortalité par suicide selon les catégories professionnelles et les secteurs d'activité
- Surveillance en entreprise : taux de mortalité standardisée par suicide de l'entreprise surveillée
- Etude de la mortalité par suicide avec la MSA : production annuelle d'indicateurs de mortalité par suicide chez les exploitants agricoles puis chez les salariés agricoles avec élaboration d'un plan global de prévention des risques psychosociaux et de prise en charge des personnes en difficulté en agriculture.

## **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

Plan Santé au Travail 2

## **Axe V : Études et recherche**

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

**Action 44 : Améliorer la qualité des données et le suivi de la mortalité par suicide des personnes détenues**

### **1. Contexte**

---

Depuis plusieurs années, la prévention du suicide en milieu carcéral fait l'objet de recommandations et de programmes d'actions incluant l'accueil des personnes arrivant en détention, le repérage et la prise en charge des personnes détenues à risque suicidaire, l'amélioration du fonctionnement des quartiers disciplinaires où le risque de tentatives de suicide et de suicide est le plus élevé, et la formation du personnel pénitentiaire.

Bien que les suicides en prison ne représentent que 1% de la totalité des suicides en France, le risque de décès par suicide en milieu carcéral serait 6,5 plus élevé qu'en population générale. Cette surmortalité existe dans tous les autres pays occidentaux. D'après le Conseil de l'Europe, le taux de mortalité par suicide en prison en France est parmi les plus élevés (après la Suisse en 2004 et le Luxembourg en 2005).

Actuellement en France, il existe des données sur le nombre de suicides de personnes détenues mais de nombreux problèmes méthodologiques subsistent pour le calcul et le suivi de l'évolution dans le temps des taux de mortalité par suicide en milieu carcéral, par exemple sur la qualité et l'exhaustivité des données, le problème du dénominateur, la durée de sauvegarde des données sur l'ensemble des personnes détenues. Une étude est actuellement en cours à l'Institut National des Etudes Démographiques sur l'évaluation du taux de suicide en prison et sur les facteurs liés à la détention.

Cependant, une revue récente de la littérature portant sur une méta-analyse de 4 780 suicides en prison à partir de 34 études de pays occidentaux montre que les facteurs de risque médicaux et personnels sont ceux dont l'association avec le suicide est la plus forte : idéation suicidaire, antécédents de tentatives de suicide, diagnostic psychiatrique, en particulier la dépression et la schizophrénie, hospitalisation en psychiatrie lors de la détention, la consommation de psychotropes, de drogues et abus d'alcool.

Or, il n'existe pas de système de remontée des données des dossiers médicaux, même anonymisées. Une étude pilote évaluera la possibilité de mettre en place un dispositif de remontée des données sur les tentatives de suicide (cf action 41).

Afin d'améliorer les connaissances sur le suicide en prison, une description des diagnostics associés au suicide pourrait être faite à partir des certificats de décès. Une évaluation préalable de la qualité du remplissage des certificats de décès par suicide en milieu carcéral devra être effectuée et si celle-ci s'avère satisfaisante et comparable à celle des certificats de décès par suicide en population générale, une comparaison des diagnostics associés pourra être effectuée, en particulier en ce qui concerne les pathologies mentales et les addictions.

### **2. Contenu de l'action**

---

**Sous-action 1 : Amélioration de la qualité des données sur le suicide en milieu carcéral**

- Mise en place d'un groupe de travail entre les administrations « santé » et « pénitentiaire » sur l'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité des données sur les

suicides en prison et élaboration d'un dispositif de remontée de données à des fins de surveillance épidémiologique.

### **Sous-action 2 : Analyse descriptive des suicides en milieu carcéral à partir des certificats de décès**

- Evaluation de la qualité de remplissage des données des certificats de décès par suicide en prison et si cette qualité est satisfaisante, étude comparative des suicides en prison et ceux en population générale en ce qui concerne les diagnostics associés notés dans les certificats de décès, en particulier les pathologies mentales et les addictions.

### **3. Acteurs**

---

Sous-action 1 : Amélioration de la qualité des données sur le suicide en milieu carcéral

Pilote : DGS

Partenaires : InVS, DAP, DGOS, CépiDC

Sous-action 2 : Analyse descriptive des suicides en prison à partir des certificats de décès

Pilote : InVS

Partenaires : DAP, DGOS, DGS, CépiDC

### **4. Calendrier**

---

- Phase 1 : Mise en place d'un groupe de concertation entre les administrations santé et pénitentiaires
- Phase 2 : rédaction d'un protocole et demandes d'autorisations (dossier CCTIRS, Cnil) : (suivant la phase 1)
- Phase 3 : recherche (demande d'extraction des données à l'administration pénitentiaire et recherche des personnes détenues dans la base générale des décès du CépiDC) et analyse des données : (6 mois à compter du dépôt des demandes d'autorisations)
- Phase 4 : rédaction du rapport : (6 mois à compter de la réception des données extraites de la base de l'administration pénitentiaire)

### **5. Suivi et évaluation**

---

Qualité et exhaustivité des données sur la mortalité par suicide en milieu carcéral

Réalisation d'étude sur la qualité du remplissage du certificat de décès en milieu carcéral

### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

Plan d'actions stratégique 2010 -2014 relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice

## **Axe V : Études et recherche**

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

**Action 45 : Améliorer la qualité des données sur les décès par suicide survenant en établissements médico-sociaux en améliorant le système d'alerte**

### **1. Contexte**

---

Depuis 2007, le repérage des risques de maltraitance et l'amélioration des pratiques de bien-être dans les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées constituent une orientation prioritaire de la politique nationale et une exigence à laquelle sont soumises les structures concernées. Améliorer le signalement permet notamment de faciliter la révélation de faits graves nécessitant une intervention rapide des services de l'Etat, en relation avec les autres autorités compétentes, pour protéger les personnes les plus vulnérables. Certains événements, de par leur caractère exceptionnel ou dramatique, doivent être signalés au niveau central.

S'agissant des alertes médico-sociales (dont les alertes sanitaires touchant des établissements ou services médico-sociaux) qui relèvent du champ de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), la transmission au centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUS, n° 24h/24 : 01.40.56.57.84 – [alerte@social.gouv.fr](mailto:alerte@social.gouv.fr)) doit comporter les informations recueillies après une très rapide évaluation de la situation (la nature des faits, le contexte dans lequel ils sont intervenus, les premières mesures prises pour faire cesser le danger et protéger les personnes ...). En revanche, les informations complémentaires (nouveaux développements des affaires signalées, mesures visant à remédier aux carences et dysfonctionnements importants des structures en cause, suites administratives et judiciaires ...) sont transmises à DGCS-alerte.

En 2009, on a dénombré, via ce système de remontées d'événements indésirables, 310 alertes sociales et médico-sociales dont 32 décès par suicide et 5 tentatives de suicide (TS), soit 12% du total. Ils concernent très majoritairement les personnes âgées vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Même si l'amélioration des déclarations ne permettra nullement de constituer une base de données exhaustive, l'incitation à la déclaration devrait permettre de mieux appréhender le phénomène suicidaire dans ces établissements, et notamment les moyens utilisés. Parallèlement à l'amélioration des connaissances permettant le cas échéant l'impulsion de nouvelles actions au niveau national, ces signalements permettent au niveau local par la sensibilisation des professionnels et d'autres personnes concernées de mieux repérer et prendre en charge les personnes à risque suicidaire et de limiter l'accès aux moyens létaux, notamment au sein des EHPAD.

### **2. Contenu de l'action**

---

Inciter les personnels concernés à faire remonter l'information sur les décès par suicides, ainsi que les tentatives de suicide, survenus dans les établissements ou services sociaux et médico-sociaux.

Cette action prendra la forme d'une instruction aux ARS et aux DRJSCS, qui participera à la sensibilisation des directeurs et cadres des établissements sociaux et médico-sociaux ; elle

visé à améliorer la qualité des données recueillies via le système d'alerte, permettant de disposer de données plus complètes et précises.

*Textes réglementaires à prendre : instructions*

### **3. Acteurs**

---

Pilote DGCS

Partenaires ARS, DRJSCS, DGS

### **4. Calendrier**

---

Suivi annuel des alertes à partir de 2011 suite aux instructions du 23/07/2010 aux ARS et de l'instruction du (en septembre / octobre) 2010 aux DRJSCS

### **5. Suivi et évaluation**

---

Suivi du nombre de signalements concernant les décès par suicide et les tentatives de suicide ainsi que des moyens létaux utilisés dans les établissements médico-sociaux

### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## **Axe V : Études et recherche**

### **Mesure 3 : Mener de nouvelles études et recherches pour améliorer l'état des connaissances**

#### **Action 46 : Développer la recherche sur les actes suicidaires**

##### **1. Contexte**

---

Si les facteurs de risque, de protection ou les facteurs précipitant le passage à l'acte suicidaire sont globalement connus, des éléments de connaissance manquent concernant notamment :

- Les facteurs de vulnérabilité en particulier dans des milieux ou des tranches d'âge spécifiques : population carcérale, sujets ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide, population âgée de 45-54 ans dont les taux augmentent actuellement....
- L'évaluation des stratégies de prise en charge et de suivi notamment de stratégies innovantes.

##### **2. Contenu de l'action**

---

- Mobiliser l'Alliance pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN) pour Identifier les priorités de recherche dans le domaine du suicide avec les acteurs de la recherche dans ce domaine et inciter la communauté concernée à les explorer.
- Prise en compte de cette thématique dans les appels à projets du programme de l'Agence Nationale de la Recherche (ANR) consacré à la recherche en santé mentale (comme le programme SAMENTA : Santé mentale et Addictions).
- Dans le cadre de l'appel à projet « cohorte » des investissements d'avenir financé par le grand emprunt, à l'initiative du Ministère de l'enseignement Supérieur et de la Recherche, le projet i.SHARE prévoit de suivre annuellement pendant 10 ans 30 000 étudiants en 1ère année universitaire, recrutés dans les universités de Bordeaux et Versailles Saint-Quentin, en partenariat avec l'INSERM. La dépression, le risque suicidaire, les addictions et la survenue d'accidents ou d'actes autodestructifs seront spécifiquement étudiés.
- Toujours dans le cadre de cet appel à projet, le projet PSY-COH (porté par la fondation FONDAMENTAL) a pour objectif de créer une cohorte française qui portera notamment sur le suivi pendant 10 ans de jeunes adultes atteints de schizophrénie et de troubles bipolaires.
- Inscrire la prévention du suicide dans les priorités nationales des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) 2011 et 2012, (cf action 47)

##### **3. Acteurs**

---

Pilote : DGS, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

Partenaires : DGOS, AVIESAN, Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP), ANR, INSERM, Universités de Bordeaux et Versailles Saint-Quentin, Fondamental.

##### **4. Calendrier**

---

2011-2012

## **5. Suivi et évaluation**

---

### *Indicateurs de processus*

Recensement des projets en cours menés au sein de la communauté scientifique concernée et des nouveaux projets entrepris sur une base annuelle

Recensement des financements publics affectés à ces projets

## **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## **Axe V : Etudes et recherche**

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

**Action 47 : Mettre en œuvre et évaluer des modalités spécifiques de suivi des patients pour prévenir les récurrences de TS dans le cadre des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC)**

### **1. Contexte**

---

Le suicide est responsable de plus de 10.000 décès par an en France. Il représente la première cause de mortalité chez les adultes jeunes et, pour l'ensemble de la population, la troisième cause d'années de vie perdues. La tentative de suicide est le plus important des facteurs de risque de suicide connus. On estime en effet que 10 à 15 % des suicidants décèdent par suicide, tandis que près de la moitié des suicidés ont réalisé une ou plusieurs TS avant leur décès.

L'ANAES a édicté en 1998 plusieurs recommandations pour la prise en charge des patients suicidants, soulignant l'importance d'assurer la continuité des soins après l'acte suicidaire.

Les procédures d'amélioration de la continuité des soins n'ont toutefois fait l'objet d'aucune étude contrôlée de leur efficacité, tandis que certaines interventions non spécifiques (adressage de courriers, remise de cartes de crises, rappels téléphoniques, par exemple) ont fait l'objet de quelques travaux : une étude contrôlée a ainsi pu montrer l'efficacité d'un rappel téléphonique à un mois en termes de réduction des récurrences suicidaires à un an. Le bénéfice d'un tel rappel est cependant limité par son caractère unique et tardif.

La recherche clinique, ou encore recherche médicale appliquée aux soins, est l'activité de génération et de validation scientifique d'une activité médicale innovante préalable à sa diffusion. Les objectifs des programmes hospitaliers de recherche clinique sont les suivants :

- dynamiser la recherche clinique hospitalière en vue de promouvoir le progrès médical
- participer à l'amélioration de la qualité des soins par l'évaluation de nouvelles méthodes diagnostiques et thérapeutiques
- valider scientifiquement les nouvelles connaissances médicales en vue d'un repérage des innovations thérapeutiques et de la mise en œuvre de stratégies de diffusion dans le système de santé.

**Aussi, la mise en place de PHRC capables de tester un nouveau dispositif de soins combinant un rappel téléphonique précoce et répété des patients à des mesures visant à renforcer la continuité des soins est nécessaire.**

### **2. Objectif**

---

Evaluer l'efficacité (en termes de récurrence suicidaire) d'un programme de prise en charge des suicidants de type "action de réseau" comparativement aux modalités de prise en charge usuelles.

Ce programme devrait comporter plusieurs types d'intervention notamment :

- des rappels téléphoniques auprès des suicidants,
- un contact téléphonique auprès du médecin référent,
- la mise à disposition des suicidants et des médecins référents d'un service d'appel téléphonique.

Des objectifs secondaires peuvent également être identifiés :

- identifier les sous-populations bénéficiant le plus de ce programme ;
- évaluer l'efficacité du programme sur l'adhésion aux soins des suicidants ;
- évaluer l'intérêt de ce programme en terme de généralisation possible, à l'ensemble des suicidants (% de suicidants répondant aux critères d'inclusion) et à l'ensemble des centres (homogénéité des résultats sur les trois centres) ;
- évaluer la "faisabilité" du programme (% de sujets inclus bénéficiant de l'ensemble des interventions).

### **3. Contenu de l'action**

---

Inscrire la prévention du suicide dans les priorités nationales des PHRC 2011 et 2012, afin de favoriser les PHRC ayant ce type d'objectif de recherche dans la sélection de projets déposés dans le cadre des appels à projet (sous réserve de leur qualité méthodologique appréciée par des experts indépendants) - avec l'hypothèse de retenir au moins un projet par an.

### **4. Acteurs**

---

Pilote : DGOS  
Partenaire : DGS

### **5. Calendrier**

---

Circulaires pour appel à projets PHRC 2011 et 2012 publiées en septembre (pendant la durée du programme d'action)

### **6. Suivi et évaluation**

---

*Indicateurs de processus :*  
Nombre de PHRC retenus chaque année

*Indicateurs de résultats :*  
Rapports de synthèse réalisés ; publications internationales réalisées  
Recommandations organisationnelles rédigées suite aux conclusions

### **7. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## **AXE VI**

### **Suivi et animation du programme national d'actions contre le suicide**

Les Agences Régionales de Santé sont chargées d'assurer la coordination des acteurs pour la mise en œuvre des actions de prévention du suicide adaptées aux spécificités régionales.  
Le suivi de ces actions est assuré par l'Etat dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens passés avec chaque ARS.

## ***Axe VI : Suivi et animation du programme national d'actions contre le suicide***

### ***Mesure 1 : Suivre et animer les déclinaisons régionales du programme national d'actions contre le suicide***

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

##### **1. Contexte**

---

Les disparités régionales de mortalité par suicide sont marquées : les régions de l'Ouest et dans une moindre mesure du Nord et du Centre sont nettement au-dessus de la moyenne nationale.

Les 26 agences régionales de santé (ARS) créées le 1er avril 2010 sont notamment chargées d'assurer la coordination des acteurs pour la mise en œuvre des actions de santé publique, notamment en ce qui concerne la prévention (cf. art. L.1432-1 du code de la santé publique). A cette fin, des objectifs de santé publique sont fixés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) passés avec l'État. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyen entre les ARS et le Conseil national de pilotage comprennent une trentaine d'indicateurs à suivi obligatoire.

Les régions sont ainsi appelées à mettre en place dans des domaines pré déterminés des actions de prévention adaptées à la réalité de leur contexte (structure socio-démographique de la population, facteurs de risques spécifiques,...).

La nécessité de mener des actions adaptées prenant en compte les particularités régionales est notamment importante dans certains départements d'outre-mer dans lesquels des groupes de populations présentent des spécificités culturelles marquées.

##### **2. Contenu de l'action**

---

Insérer un indicateur de réduction du taux de suicide dans les CPOM des ARS

##### **3. Acteurs**

---

Pilote : DGS

Partenaires : ARS

##### **4. Calendrier**

---

Signature des CPOM : février 2011

Suivi annuel

Evaluation 2013/2014

##### **5. Suivi et évaluation**

---

Intégration dans le volet santé mentale des PRS de la problématique suicide

Mise en place d'un suivi par les ARS des indicateurs de lutte contre le suicide dans le cadre des programmes santé mentale des PRS

Présence d'un indicateur de réduction du taux de suicide dans les CPOM des ARS

##### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## ***Axe VI : Suivi et animation de la politique nationale de prévention du suicide***

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

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

### **1. Contexte**

---

L'évaluation de la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 avait souligné l'importance de mobiliser de façon pérenne les acteurs et de s'assurer de la bonne articulation entre le niveau national et le niveau régional.

### **2. Contenu de l'action**

---

Rencontres bi annuelles DGS/ARS sur le suivi de la mise en œuvre du plan.

### **3. Acteurs**

---

Pilote : DGS

Partenaires : ARS

### **4. Calendrier**

---

Constitution du réseau en 2011, puis vie de réseau en 2011-2014

### **5. Suivi et évaluation**

---

Rencontres bi annuelles

Suivi et retours d'expériences de la mise en œuvre du plan dans les régions.

### **6. Liens avec les autres plans de santé publique**

---

## Glossaire

- Afssaps Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
- Anaes Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (aujourd'hui HAS)
- ANESM Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- ARS Agence régionale de santé
- BAPU Bureau d'aide psychologique universitaire
- CépiDC Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm)
- CHRS Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
- CNAMTS Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
- CNSA Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- CORRUSS Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales
- CPOM Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- DAP Direction de l'administration pénitentiaire
- DGCCRF Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
- DGCS Direction générale de la cohésion sociale
- DGGN Direction générale de la gendarmerie nationale
- DGOS Direction générale de l'offre de soins
- DGPN Direction générale de la police nationale
- DGS Direction générale de la santé
- DGT Direction générale du travail
- DGESCO Direction générale de l'enseignement scolaire
- DGESIP Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
- DPJJ Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
- DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- DRJSCS Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- EHESP Ecole des hautes études en santé publique
- EHPAD Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- FFP Fédération française de psychiatrie
- FNORS Fédération nationale des observatoires de santé
- GEM Groupement d'entraide mutuelle
- GEPS Groupement d'études et de prévention du suicide
- GIDE Gestion informatisée des détenus en établissement
- HAS Haute Autorité de santé
- HCSP Haut Conseil de la santé publique
- HPST Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

- Ined Institut national d'études démographiques
- INPES Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- INSEE Institut national de la statistique et des études économiques
- Inserm Institut national de la santé et de la recherche médicale
- InVS Institut de veille sanitaire
- IRESP Institut de recherche en santé publique
  
- LPSP Loi relative à la politique de santé publique
  
- MDPH Maison départementale des personnes handicapées
- Mobiqua Mobilisation pour l'amélioration de la qualité des pratiques
  
- OMS Organisation mondiale de la santé
- ORS Observatoire régional de santé
  
- PHRC Programme hospitalier de recherche clinique
  
- RFFST Réseau francophone de formation en santé au travail
  
- SAAD Service d'accompagnement et d'aide à domicile
- SAMSAH Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
- SROMS Schéma régional d'organisation médico-sociale
- SROS Schéma régional d'organisation des soins
- SRP Schéma régional de prévention
- SSIAD Service de soins infirmiers à domicile
- SST Santé-sécurité au travail
- SUMPPS Service universitaire et interuniversitaire de médecine et de promotion de la santé
  
- TS Tentative de suicide
  
- UCSA Unité de consultations et de soins ambulatoires
- UNPS Union nationale pour la prévention du suicide

