



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGS/SP4/2022/171 du 6 juillet 2022 actualisant l'instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 et relative à la stratégie nationale de prévention du suicide

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SPRP2218223J (numéro interne : 2022/171)
Date de signature	06/07/2022
Emetteurs	Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de la santé
Objet	Actualisation de l'instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide.
Commande	Déclinaison régionale et départementale et mise en œuvre de la stratégie nationale de prévention du suicide selon les modalités décrites dans l'instruction.
Actions à réaliser	- Mobiliser les différents acteurs autour du développement des axes de la stratégie et leur synergie. - Organiser la gouvernance régionale et locale et le suivi de la stratégie.
Echéance	Application immédiate
Contact utile	Direction générale de la santé Sous-direction santé des populations et prévention des maladies chroniques Bureau de la santé mentale Pauline MERCIER Tél. : 01.40.56.54.77 Mél. : pauline.mercier@sante.gouv.fr

Nombre de pages et annexes	6 pages + 10 annexes de 35 pages Annexe 1 – Tableau de synthèse Annexe 2 – Le maintien du contact avec les suicidants Annexe 3 – Les formations en prévention du suicide Annexe 4 – La prévention de la contagion suicidaire Annexe 5 – Le numéro national de prévention du suicide Annexe 6 – L’information du public Annexe 7 – Déploiement multisectoriel : les acteurs déjà engagés dans la prévention du suicide Annexe 8 – Données épidémiologiques sur le suicide en France Annexe 9 – Indicateurs de suivi régional de la stratégie de prévention du suicide Annexe 10 – Liste des acteurs consultés
Catégorie	Mise en œuvre des réformes et des politiques publiques comportant des objectifs ou un calendrier d’exécution.
Résumé	Cette instruction actualise la stratégie nationale de prévention du suicide décrite dans l’instruction du 10 septembre 2019, pour prendre en compte notamment l’ouverture du numéro national de prévention du suicide le 1 ^{er} octobre 2021.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s’appliquent aux Outre-mer.
Mots-clés	Feuille de route santé mentale et psychiatrie, Stratégie multimodale ¹ de prévention du suicide, Ségur de la santé, Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, actions intégrées, projets régionaux de santé (PRS), projet territorial de santé mentale, conseils locaux de santé mentale, contrats locaux de santé, aide à distance, urgence psychologique, recontact des suicidants, VigilanS, formation, contagion suicidaire, 3114.
Classement thématique	Santé publique
Textes de référence	- Rapport d’évaluation du programme national d’actions contre le suicide 2011-2014 du Haut Conseil de la Santé Publique 2016 ; - Feuille de route santé mentale et psychiatrie de 2018 ; - Instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 ; - Circulaire n° DGS/SP4/DGOS/2021/122 du 7 juillet 2021 relative à la mise en place du numéro national de prévention du suicide dans le cadre de la stratégie nationale de prévention du suicide ; - Recommandations sur les idées et conduites suicidaires chez l’enfant et l’adolescent de la Haute Autorité de santé du 9 septembre 2021.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Etablissements de santé par l’intermédiaire des Agences régionales de santé (ARS).
Validée par le CNP le 24 juin 2022 - Visa CNP 2022-86	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Oui
Publiée au BO	Non
Date d’application	Immédiate

¹ Terminologie utilisée dans le cadre de la précédente instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019.

1. Cadre et objectifs de la politique de prévention du suicide

La prévention du suicide est un axe prioritaire de la politique de santé publique du Ministère de la santé et de la prévention. Bien que le taux de suicide soit en baisse constante depuis 2000², la France présente toujours un des taux les plus élevés de décès par suicide en Europe, avec environ 200 000 tentatives de suicide par an³ et 12,5 suicides pour 100 000 habitants⁴, alors que la moyenne européenne est de 10,8⁵. La crise sanitaire a joué un rôle de catalyseur des problèmes de santé mentale en France, notamment chez certains publics spécifiques comme les jeunes, mettant en exergue la nécessité de porter une attention soutenue à cette problématique de santé, en grande partie évitable.

Décrite dans l'action n° 6 de l'axe 1 de la Feuille de route santé mentale et psychiatrie du 28 juin 2018, la stratégie nationale de prévention du suicide (SNPS) a comme objectif la mise en œuvre de façon coordonnée, synergique et territorialisée d'un ensemble d'actions intégrées :

- Le maintien du contact avec la personne qui a fait une tentative de suicide,
- Des formations au repérage, à l'évaluation du risque suicidaire et à l'intervention de crise auprès des personnes en crise suicidaire,
- Des actions ciblées pour lutter contre la contagion suicidaire,
- La mise en place du numéro national de prévention du suicide, le 3114 (effective depuis le 1^{er} octobre 2021),
- L'information du public.

La SNPS est déclinée au niveau territorial par les agences régionales de santé (ARS), en application de l'instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019. Cette instruction, toujours en vigueur, pose les fondements de la SNPS en demandant notamment aux ARS, à partir d'un diagnostic de terrain, de :

- Fixer des objectifs régionaux de réduction du suicide,
- Définir et prioriser les objectifs opérationnels de déploiement en fonction des besoins, des ressources et des financements,
- Organiser le pilotage de leur stratégie régionale.

2. Une nécessaire actualisation de la stratégie nationale de prévention du suicide

Dans le contexte de la crise sanitaire de la Covid-19 et de ses conséquences sur la santé mentale des Français⁶, les Assises de la santé mentale et de la psychiatrie de septembre 2021 ont permis de dresser un état des lieux de la situation de la santé mentale et de la psychiatrie en France, et d'apporter des réponses novatrices aussi bien en matière de prévention que de prise en charge, avec notamment l'accélération de la mise en place du numéro national de prévention du suicide, dernier pilier de la SNPS (mesure 2 des Assises). Compte tenu de ce nouveau cadre, et dans la perspective du renouvellement des projets régionaux de santé (PRS), il est nécessaire de renforcer la SNPS et d'accompagner sa mise en œuvre grâce aux acquis de ces trois dernières années.

Elaborée après consultation, de novembre 2021 à mars 2022, d'un large panel d'acteurs, dont les référents suicide des ARS⁷, la présente instruction a pour objectif principal d'aller plus loin dans le déploiement des différents piliers de la stratégie nationale, en encourageant un renforcement de l'articulation des dispositifs et des acteurs, tant publics que privés. L'atteinte de cet objectif nécessite une clarification de la gouvernance nationale et régionale de la SNPS.

² Baisse du taux de décès par suicide de 33,5% depuis 2000 - Source : 4e rapport ONS, juin 2020. Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information.

³ 88 762 hospitalisations pour TS en 2017. Cette donnée des séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans les services de médecine et chirurgie ne prend pas en compte les patients passés aux urgences après une tentative de suicide mais non hospitalisés, ni ceux qui sont hospitalisés en psychiatrie, directement ou après leur passage aux urgences, sans hospitalisation préalable dans un service de médecine. Le nombre de tentatives de suicide pourrait ainsi être estimé à 200 000 par an – Source : 4e rapport ONS, juin 2020.

⁴ Source CépiDC INSERM 2017.

⁵ Source : Eurostat 2021, EU27.

⁶ Mesurée par l'enquête CoviPrev menée chaque mois par Santé publique France. Voir Annexe 8.

⁷ Voir annexe 10 : Liste des acteurs consultés.

3. Les actualisations à décliner dans les régions

a) Approfondissement de la mise en œuvre des différents piliers de la SNPS

Il s'agit de :

- étendre la couverture territoriale de Vigilans à tous les départements, afin d'augmenter le nombre de personnes prises en charge après une tentative de suicide ;
- proposer un plan d'actions national d'ici 2024 à décliner en région sur le volet de la prévention de la contagion suicidaire ;
- accompagner les ARS dans le déploiement des actions de formation à la prévention du suicide ;
- accompagner la montée en charge du numéro national de prévention du suicide et définir ses modalités d'intégration dans la stratégie nationale, ainsi que sa déclinaison territoriale.

L'ambition posée pour chacun des différents piliers est décrite en détails dans les annexes 2 à 6, l'annexe 1 en faisant la synthèse.

b) Amplifier l'ancrage territorial de la stratégie et l'articulation entre les différents piliers

La simple juxtaposition d'outils et de dispositifs innovants ne suffisant pas à faire une stratégie de prévention efficace, une étape supplémentaire devra être progressivement franchie, avec l'organisation de la coordination, et au final, de l'intégration de ces différentes actions, par un renforcement de :

L'approche multimodale et multi-niveaux de la stratégie :

Il s'agit de promouvoir l'installation progressive de ces actions à différents niveaux⁸, afin de favoriser leur synergie et leur efficacité, et de sensibiliser les acteurs à cette intégration. Des travaux sont en cours au niveau national pour préciser les articulations nécessaires et attendues entre les différents dispositifs (par ex. : entre Vigilans et le 3114). Ce cadrage sera à décliner au niveau local grâce à :

- Une coordination interne entre les différents référents concernés par la thématique⁹ ;
- Des instances de suivi partagées (voir infra) ;
- La formalisation des articulations entre les différents piliers sur un territoire donné, en veillant à la cohérence et à la lisibilité du parcours de soins des suicidants ;
- La recherche de mutualisation de certaines ressources (ex : poste de coordinateur 3114/Vigilans), l'interopérabilité des systèmes d'information, etc.

- **L'approche multisectorielle, en élargissant les partenariats** (secteurs sanitaire, médicosocial, social, éducatif, judiciaire, associatif¹⁰, etc.)¹¹ en fonction des dynamiques territoriales existantes dans les régions. Ces partenariats doivent être structurés dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM), en lien avec les conseils locaux de santé mentale (CLSM) et les contrats locaux de santé (CLS), et mis en œuvre en impliquant les dispositifs d'appui à la coordination (DAC). Cette coopération coordonnée et continue suppose une juste répartition et une mise en complémentarité des rôles et des attributions de chaque acteur en fonction de ses compétences et de ses responsabilités.

⁸ L'approche multi-niveaux renvoie à la combinaison des interventions de portée universelle (qui concerne la population générale ex : formation au secourisme en santé mentale), sélective (qui concerne les groupes à risque ex : prévention de la contagion suicidaire) et ciblée (qui concerne les personnes déjà touchées ex : Vigilans). Les études scientifiques prouvent qu'il est nécessaire de mettre en place au moins une action sur chacun de ces niveaux sur une période cohérente de temps pour gagner en efficacité dans la prévention du suicide.

⁹ L'ARS Bretagne a ainsi mis en place depuis plusieurs années une équipe projet santé mentale interne à l'ARS pilotée par la référente santé mentale associant les directions métiers concernées par le champ de la santé mentale : Direction de la santé publique (prévention et promotion de la santé), Délégations départementales (soins sans consentement), Direction de l'hospitalisation, de l'autonomie et de la performance (référént autisme, établissements de santé), Direction de la stratégie régionale en santé (pilotage et soins de proximité).

¹⁰ Des correspondants territoriaux de l'Union nationale de prévention du suicide (UNPS) sont en cours de déploiement dans l'ensemble des régions. Une dizaine sont aujourd'hui actifs. Objectifs : 1/remontées d'informations du terrain du secteur associatif ; 2/représenter les associations en prévention du suicide dans les instances.

¹¹ Voir Annexe 7.

4. Gouvernance et évaluation de la stratégie nationale

Au niveau national, la SNPS est pilotée par la Direction générale de la santé, qui arrête les orientations stratégiques relatives à l'ensemble des piliers, tant pour leur déploiement que pour les aspects intégratifs.

La DGS s'appuie dans ses prises de décisions sur différents niveaux d'instance :

- La commission « Promotion du bien être mental et prévention de la souffrance psychique », chargée du suivi des actions de l'axe 1 de la feuille de route santé mentale et psychiatrie. Elle discute également des orientations stratégiques. Ses avancées sont ensuite rapportées au Comité national stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie présidé par le ministre.

- Des comités de pilotage arrêtant des orientations sur différents dispositifs de la stratégie. Dans l'objectif d'une plus grande intégration de la stratégie, ces différents comités de pilotage seront fusionnés au dernier trimestre 2022 en un COPIL unique portant sur l'ensemble de la SNPS, avec un panel d'acteurs plus large ouvert à l'interministérialité.

Pour chacun des piliers, la DGS est appuyée opérationnellement par un acteur national mandaté¹². Ces acteurs constituent une ressource importante à laquelle les ARS peuvent faire appel.

Parallèlement, les réunions nationales des référents ARS « prévention du suicide », interrompues pendant la crise sanitaire, reprendront, dès juillet 2022, sur un rythme semestriel. Des points spécifiques sur la SNPS peuvent également être programmés dans le cadre des réunions des référents « santé mentale » organisées par la Délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie, le cas échéant à la demande des ARS. Ces rencontres permettront de faire remonter le degré d'avancement des déclinaisons régionales de la SNPS, de partager des expériences et des bonnes pratiques, et de s'assurer de la cohérence du déploiement des actions de prévention du suicide.

Au niveau régional, le pilotage de la stratégie est assuré par les ARS dans le cadre de la mise en œuvre des PRS. A cette fin, les ARS ont mis en place des organes de gouvernance portant sur chacun des piliers et/ou des instances de suivi plus globales.

La dynamique portée aujourd'hui par la stratégie nationale et l'émergence de nouvelles actions incitent à ce que les instances de pilotage soient transversales aux différents piliers de la SNPS et élargies à de nouveaux acteurs : représentants de services d'aide à distance en santé spécialisés, référents des centres répondants du 3114, représentants de la direction de la communication des ARS, coordinateurs de PTSM ou de CLSM, etc.¹³

Afin d'apprécier la mise en œuvre et l'efficacité de la SNPS, un ensemble d'indicateurs de suivi régional a été élaboré (cf. annexe 9) pour chaque pilier avec comme indicateurs transversaux le taux de décès par suicide, le nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide, ainsi que le nombre d'hospitalisations pour TS par tranche d'âge et par sexe¹⁴. **L'objectif d'ici 2027 consiste à provoquer une cassure significative de la courbe du taux du suicide en France ainsi qu'à permettre une baisse d'au moins 10% du nombre d'hospitalisations pour TS dans chaque région, soit un total national de moins de 80 000 hospitalisations par an d'ici 2027.** L'ensemble de la SNPS fera l'objet d'une évaluation à mi-parcours.

Nous comptons sur vous pour inscrire cette stratégie de prévention du suicide parmi vos priorités de santé et nous vous en remercions.

¹² Voir Annexes par pilier, notamment annexes Vigilans et 3114.

¹³ L'ARS de Normandie organise ainsi un comité de pilotage portant sur l'ensemble de la stratégie avec une représentation large des acteurs : participation d'associations d'écoute, de la Mutualité sociale agricole (MSA), des Maisons des adolescents, du dispositif Aide psychologique aux entrepreneurs en souffrance aiguë (APESA), de représentants du ministère de la justice, de l'Education nationale, etc.

¹⁴ Compte-tenu de la difficulté d'obtention actuelle de chiffres actualisés sur les décès par suicide, le nombre d'hospitalisation pour TS apparaît comme un indicateur également important à retenir pour évaluer l'efficacité de la SNPS.

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale
des ministères chargés des affaires sociales,
par intérim,

signé

Nicole DA COSTA

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,

signé

Jérôme SALOMON

Annexe 1 : Tableau de synthèse

PILIER	OBJECTIFS	MODALITES DE MISE EN ŒUVRE		INDICATEURS
		Nationales	Régionales	
VIGILANS	<p>-Couverture de l'ensemble des départements par Vigilans</p> <p>-Inclusion de patients dans Vigilans par l'ensemble des services d'urgence</p> <p>-Déploiement du SI basé sur les outils e-parcours dans l'ensemble des régions</p>	<p>-Financement des nouveaux centres Vigilans ou l'extension des dispositifs déjà existants</p> <p>-Définition d'un cadrage national pour le déploiement du SI</p>	<p>-Etat des lieux du déploiement régional (équipes Vigilans, centres prescripteurs, etc.) ; identification des perspectives de développement</p> <p>-Organisation de conditions favorables pour renforcer les liens entre les services d'urgence et les centres Vigilans (mise en place de conventions, visites régulières)</p> <p>-Déploiement du SI et organisation d'un suivi local (ARS/GRADeS)</p> <p>-Le cas échéant, arbitrages sur les évolutions demandées sur le SI ne nécessitant pas une modification du cahier des charges national, en lien avec la Mission d'appui nationale</p>	<p>① Nombre de régions et de départements dans lesquels Vigilans est opérationnel (cible : 18 régions et 101 départements en 2027)</p> <p>② Nombre de personnes incluses par an et par région dans Vigilans, par sexe et classes d'âge (cible : 35 000 inclusions par an au niveau national)</p> <p>③ Pourcentage annuel de tentatives de suicide prises en charge par Vigilans par rapport au nombre total de passages aux urgences et hospitalisations pour TS : national, régional, par classes d'âge, par sexe et par catégorie socio-professionnelle (cible : ≥ 10% en 2027)</p> <p>④ Part des services d'urgence réalisant des inclusions dans Vigilans au sein du département ou de la région¹ (cible : ≥ 90% en 2027)</p> <p>⑤ Nombre de régions où le système d'information de Vigilans basé sur les outils e-parcours est opérationnel (cible : 18 à partir de 2022)</p>

¹ En fonction du territoire couvert par le centre Vigilans.

<p style="text-align: center;">FORMATION</p>	<p>-Déploiement des réseaux de sentinelles</p> <p>-Augmentation du nombre de médecins généralistes inscrits au module de formation dépression et suicide du DPC</p>	<p>-Financement de nouveaux formateurs nationaux</p> <p>-Inscription du module de formation des médecins généralistes dans les orientations prioritaires du DPC</p>	<p>-Financement de la formation des formateurs régionaux</p> <p>-Accompagnement des dispositifs sentinelle, en veillant à la mise en œuvre des 4 prérequis : orientation, recours, animation, aval</p> <p>-Contractualisation avec un organisme de formation pour gérer les aspects opérationnels de mise en œuvre</p>	<ol style="list-style-type: none"> ① Nombre de formateurs régionaux actifs, formés aux trois modules : intervention de crise ; évaluation/orientation ; sentinelle (cible : disposer chaque année d'au moins 2 binômes actifs dans chaque région) ② Nombre de régions ayant débuté le déploiement des sentinelles (cible : 18 à partir de 2022) ③ Nombre de dispositifs sentinelles mis en place avec le soutien de l'ARS (cible : ≥ 2 dispositifs d'ici 2027) ④ Nombre de formations effectuées par ces formateurs par an et par région ⑤ Nombre de personnes formées par module et par an et par région ⑥ Nombre de réunions d'animation des réseaux de formateurs régionaux (cible : au moins 1 par an à partir de 2022)
<p style="text-align: center;">CONTAGION SUICIDAIRE</p>	<p>Structuration des actions régionales de lutte contre la contagion suicidaire sur les différents volets suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médias ▪ Hot-spots ▪ Postvention ▪ Numérique (web et réseaux sociaux) 	<p>GT national 2022/2023 avec les objectifs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Définition de lignes directrices, ▪ Identification d'acteurs opérationnels en appui des ARS au niveau national avec une formalisation à définir, ▪ Remise de livrables type fiche-actions à adapter selon les contextes régionaux. 	<p>Déclinaison régionale à partir de 2024</p>	<ol style="list-style-type: none"> ① Nombre d'ARS ayant mis en place une cartographie régionale des lieux à risque suicidaires (cible : 18 à partir de 2027) ② Nombre d'actions de sensibilisation à la problématique de la contagion suicidaire effectuées auprès des acteurs régionaux (médias, professionnels de santé, etc.) (cible : ≥ 1 par an à partir de 2023) ③ Nombre de plans de postvention mis en place par an par région (cible : ≥ 1 structure par département ayant élaboré ce type de plan d'action d'ici 2027) ④ Nombre de hot-spots repérés et sécurisés par an par les ARS (cible : ≥ 1 par département d'ici 2027)

NUMERO NATIONAL	-Ouverture de l'ensemble des centres répondants sur l'amplitude horaire prévue	-Accompagnement de la montée en charge du 3114	-Accompagnement de la montée en charge du centre répondant	<ul style="list-style-type: none"> ① Taux de décroché pour chaque centre répondant (cible : $\geq 70\%$) ② Centres répondants ouverts à temps complet (cible : tous dès 2022) ③ Nombre et type de conventions de partenariat (sanitaire, social, médico-social, associatif) signées par centre répondant (cible : au moins une convention par champ d'ici 2027)
INFORMATION DU PUBLIC	<ul style="list-style-type: none"> -Améliorer l'information du grand public sur la prévention du suicide -Encourager la parole auprès de l'entourage, d'un professionnel de santé et le recours aux dispositifs d'information, d'écoute et de soutien psychologique 	-Promotion et diffusion d'outils de communication	-Relai des outils de communication nationaux et mise en place d'actions de communication régionales	① Nombre de communications sur la prévention du suicide effectuées par an par chaque ARS (notamment en relai des campagnes nationales Santé publique France) (cible : ≥ 2 par an à partir de 2022)
PILOTAGE INTEGRE	-Accroissement de la dimension multimodale et multipartenariale de la stratégie	<ul style="list-style-type: none"> -Tenue d'une instance de suivi de la stratégie couvrant ses différents axes -Formalisation des articulations entre les différents piliers et dispositifs connexes (ex : SAS psy/3114/VigilanS) -Effort de mutualisation des dispositifs et ressources (ex : mutualisation du chargé de réseau 3114/VigilanS) 	<ul style="list-style-type: none"> ① Taux de décès par suicide tous âges, par catégorie d'âge et par sexe dans la région. ② Nombre annuel de passages aux urgences pour TS tous âges, par catégorie d'âge et par sexe dans la région. ③ Nombre annuel d'hospitalisations pour TS tous âges, par catégorie d'âge et par sexe dans la région (cible : baisse de 10%, soit moins de 80 000 hospitalisations au niveau national d'ici 2027²). 	

² En 2017, 88 762 hospitalisations pour tentative de suicide ont eu lieu chez des patients âgés de 10 ans ou plus.

Annexe 2 : Le maintien du contact avec les suicidants : Vigilans

En France métropolitaine, les tentatives de suicide entraînent près de 100 000 hospitalisations et environ 200 000 passages aux urgences par an, soit environ 20 tentatives de suicide (TS) pour un décès. Le risque suicidaire est majoré pour les personnes ayant un antécédent de tentative de suicide. 75% des récurrences suicidaires ont lieu dans les six mois suivant une TS. Vigilans, créé en 2015 dans les Hauts-de-France, a pour objectif général de contribuer à faire baisser le nombre de récurrences suicidaires et le nombre de suicides. Le 26 janvier 2018¹, a été décidée sa généralisation à l'ensemble du territoire.

A consulter : annexe 1 de l'instruction n°DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019

1. Etat du déploiement de Vigilans en avril 2022

En avril 2022, Vigilans est déployé dans 17 régions dont 4 régions d'outre-mer et 78 départements. Depuis leur création en 2015, les centres Vigilans ont réalisé environ 90 000 inclusions.

L'objectif consiste dès 2022 à approfondir la couverture territoriale de Vigilans à un niveau infra-régional. D'ici 2027, l'ensemble des régions (18) et des départements (101) doivent être couverts : les services des urgences doivent avoir été sensibilisés au dispositif et faire des inclusions effectives de patients dans Vigilans.

2. Les centres Vigilans : modèle d'organisation cible

L'équipe Vigilans

Le retour d'expérience des équipes déjà en place permet de recommander :

❖ Concernant la composition de l'équipe

- **Pour un dispositif qui démarre et commence à inclure des patients** : une « équipe minimale » composée d'un temps de psychiatre (idéalement un temps plein, a minima 0,5 ETP), de 2 ETP de répondants (infirmiers ou psychologues) ou « VigilansSeurs » réalisant cette mission sur au moins la moitié de leur temps de travail et d'1 ETP de secrétariat.
- **Pour un dispositif pleinement opérationnel** : l'équipe sera notamment renforcée par un temps de cadre de santé (0,5 ETP). En fonction des besoins et du périmètre territorial, l'équipe gagnera à être complétée notamment par un temps de chargé de mission et d'assistant social (voir *infra*).

De même, les moyens généraux et informatiques associés ainsi que les moyens pour financer les charges spécifiques à l'activité (déplacements, frais de fabrication et d'envoi des cartes de recontact, etc.) seront calibrés en fonction du périmètre territorial couvert par l'équipe.

❖ Concernant l'activité de coordination

– **Coordination médicale**

Le temps de coordination médicale doit notamment permettre l'organisation des temps de débriefing. Ceux-ci sont essentiels pour accompagner les VigilansSeurs, préserver leur santé et éviter un turn-over important des équipes.

– **Rôle du cadre de santé**

Le cadre de santé est un acteur primordial de la qualité de vie au travail de l'équipe. Il permet de fluidifier l'organisation du travail et contribue à la bonne intégration de Vigilans au sein d'un établissement de santé, aussi bien sur le plan matériel, qu'organisationnel et humain.

¹ Cf. discours de la ministre chargée de la santé au congrès de l'Encéphale du 26 janvier 2018.

– Animation du réseau de partenaires

Lors de l'implantation d'un centre Vigilans, un travail est à mener pour tisser les liens nécessaires avec l'ensemble de l'offre de prévention et de soins qui participera au dispositif. Une fois mis en place, ces liens initiaux doivent être entretenus et renforcés, ce qui nécessite *a minima* une à deux rencontres par an.

Cette coordination du réseau est aujourd'hui fréquemment assurée par le psychiatre. Or, à l'usage, il est apparu que ce type de mission ne nécessite pas de compétences médicales et qu'un profil non soignant peut notamment assurer cette mission, d'autant que le psychiatre n'a pas toujours la disponibilité pour les échanges réguliers et l'initiation de nouveaux partenariats nécessaires à l'ancrage territorial du dispositif. Ainsi, il est opportun pour chaque équipe d'examiner la création d'un poste de « développeur de projet » (0,5 ETP *a minima*) en lien avec le psychiatre².

La taille de cette fonction d'animation de réseau devra être adaptée au nombre de territoires inclus et à la dimension géographique de la région.

❖ Concernant l'opportunité d'un temps d'assistant social

Ce type de poste peut constituer une ressource précieuse pour répondre aux besoins des patients de Vigilans souvent exposés à des difficultés sociales importantes. L'assistant social peut notamment créer et faciliter les liens avec le secteur social et médico-social.

Les partenaires

❖ Les centres prescripteurs

Il importe de sensibiliser l'ensemble des services ou établissements de santé accueillant des personnes au décours d'une tentative de suicide, afin qu'un partenariat soit établi, facilitant les inclusions au sein de Vigilans. Ainsi, il vous est proposé de soutenir l'inclusion, via les services des urgences, des personnes suicidantes dans Vigilans. Il conviendra donc *a minima* de sensibiliser les services des urgences (adultes et pédiatriques), et autant que possible d'instaurer des objectifs progressifs d'inclusion dans Vigilans des patients suicidants des services des urgences, par exemple en donnant aux directeurs des établissements de santé, pour leurs services des urgences, des objectifs en la matière (CPOM, comité de pilotage des urgences, évaluations des directeurs d'hôpital, etc.)³.

❖ Les médecins traitants

L'entrée de l'un de leurs patients dans Vigilans constitue une opportunité importante pour présenter le dispositif et sensibiliser les médecins traitants, notamment généralistes, à la prévention du suicide. Une information sur les formations organisées dans le cadre du Développement professionnel continu (DPC)⁴ concernant les troubles dépressifs et le risque suicidaire pourra leur être également utilement délivrée.

² Par exemple, en Nouvelle-Aquitaine, l'ARS a recruté une chargée de mission (0,5 ETP) pour préfigurer la mise en place d'un centre Vigilans dans le Limousin et créer les liens partenariaux nécessaires.

³ Par exemple, dès 2018 et avec le concours de la CIRE, l'ARS IDF avait présenté les spécificités du programme Vigilans aux représentants des SAU lors des réunions organisées par la Cellule anticipation et régulation des soins non-programmés.

⁴ Voir l'annexe 3 qui détaille cette formation adressée spécifiquement aux médecins généralistes.

3. Articulations Vigilans – Numéro national de prévention du suicide (3114)

Il est essentiel de bien distinguer les objectifs et rôles de ces deux dispositifs qui répondent à des enjeux différents en matière de prévention du suicide.

	Population cible	Type de prévention	Objectifs	Structuration	Type de service
3114	<p>Suicidaires (personnes à risque suicidaire)</p> <p>Entourage des personnes suicidaires</p> <p>Endeuillés par suicide</p> <p>Professionnels en recherche d'avis spécialisés</p>	Principalement primaire	<p>Evaluation du risque suicidaire</p> <p>Désescalade de la crise suicidaire</p> <p>Orientation vers un service adéquat allant de l'association d'écoute à une prise en charge hospitalière</p>	<p>Un centre par région</p> <p>H24/ 7J sur 7</p>	<p>Réponse aux demandes d'aide</p> <p>Disponibilité et accessibilité</p>
VIGILANS	<p>Suicidants (personnes ayant fait une ou plusieurs TS)</p>	Secondaire	Prévenir la réitération suicidaire	<p>Un ou plusieurs centres par région (couverture infrarégionale)</p> <p>Ouverture en journée et jours ouvrés</p>	<p>Recontact</p> <p>Suivi du lien entre les patients et les structures de prise en charge</p>

Il est ainsi recommandé de rappeler aux acteurs de votre territoire (notamment services des urgences et autres centres prescripteurs) les fondamentaux de ces dispositifs et leur complémentarité. Une fusion ou une substitution des dispositifs ne sont pas possibles. Néanmoins, des **mutualisations d'équipes entre Vigilans et le 3114** peuvent être mises en place pour gagner en efficacité et en attractivité grâce à une variété des missions.

4. Le système d'information (SI) Vigilans

Rappel du contexte

Afin d'accompagner la généralisation de Vigilans décidée en janvier 2018, la DGS a souhaité mettre en place un système d'information national.

- Dans un premier temps, un audit commandé en 2019 sur les deux outils informatiques existants (réalisés par les CHU de Lille et Brest) a montré qu'ils ne pouvaient convenir.
- Afin de détailler les attendus du SI national en lien avec les besoins métiers, un cahier des charges pour ce nouveau SI a été rédigé en juillet 2020.
- En septembre 2020, la décision a été prise par la DGS, la DGOS et la Délégation du numérique en santé d'intégrer ce nouveau SI dans les outils e-parcours en cours de déploiement dans toutes les régions.

Démarche d'adaptation des outils numériques régionaux de coordination⁵ pour les besoins des Vigilanseurs

Au niveau national, le projet est piloté par la DGOS (volet technique e-parcours) et la DGS (volet métier). La Mission d'appui technique nationale (cf. 7. ci-dessous) ainsi que Santé publique France sont étroitement associées à l'ensemble des travaux.

Fin 2020, quatre régions pilotes (Auvergne Rhône-Alpes, Bourgogne Franche-Comté, Bretagne et Hauts-de-France), utilisant chacune un des quatre éditeurs d'outils régionaux de coordination retenus au niveau national⁶, ont été identifiées pour mettre en place une version adaptée de leur outil régional, conformément aux besoins identifiés.

Trois grandes phases de travaux se sont déroulées depuis début 2021 :

- **1^{er} semestre 2021** : identification avec la Mission d'appui technique nationale et des référents Vigilans du socle de fonctionnalités nécessaires devant être présentes au démarrage de tous les centres Vigilans, à partir du cahier des charges national du SI-Vigilans.
- **Juin – Novembre 2021** : travail conjoint ARS / GRADeS⁷ / équipes projet Vigilans régionales (VigilansSeurs, secrétaires médicales, médecin coordinateur) pour construire un prototype, en valider l'ergonomie et les fonctionnalités. Chaque région a désigné un chef de projet expérimenté au niveau de son GRADeS, en charge de cette intégration, qui coordonne le travail avec l'éditeur régional.
- **Depuis novembre 2021** : validation des prototypes par les vigilansSeurs et démarrage des déploiements dans les régions pilotes (formation, accompagnement à la prise en main, lien avec les centres prescripteurs...).

Il s'agit désormais, pour les ARS/GRADeS non pilotes de s'approprier la version adaptée des outils régionaux correspondant à leur éditeur, de la déployer opérationnellement dans son écosystème régional et d'accompagner son déploiement auprès des centres Vigilans régionaux.

Accompagnement des ARS non pilotes en phase de généralisation

Un accompagnement opérationnel est mis en place par la DGS et la DGOS avec l'appui d'une aide à maîtrise d'ouvrage, pour que chaque région non pilote puisse dupliquer les travaux menés par l'ARS pilote avec son éditeur d'outils e-parcours.

Les modalités techniques de ce déploiement (calendrier, organisation des échanges entre ARS pilote et non pilotes, livrables, etc.) ont été présentées lors de la réunion de lancement national de la phase de généralisation du 11 février 2022⁸. Il est attendu de la part des centres Vigilans, des ARS et des GRADeS qu'ils se conforment à la stratégie nationale et s'inscrivent dans les modalités de déploiement et de pilotage prévues.

- L'objectif consiste à ce que **l'ensemble des centres Vigilans disposent d'un SI adapté à leurs besoins d'ici le 4^e trimestre 2022.**

Suivi et validation des évolutions du socle commun de fonctionnalités

Il est probable que les outils puissent évoluer en fonction des besoins et contextes régionaux. Un suivi national est donc nécessaire pour valider ces évolutions afin de ne pas créer des disparités trop fortes entre les différentes régions.

⁵ Messagerie sécurisée, outils de reporting, etc.

⁶ Respectivement : Coexya, Orion/ Cap Gemini, Medialis, Maincare.

⁷ Les GRADeS sont définis par l'instruction SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 relative à l'organisation à déployer pour la mise en œuvre de la stratégie d'e-santé en région (https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-02/ste_20170002_0000_0056.pdf).

⁸ Diaporama disponible sur demande à la DGS (DGS-SP4@sante.gouv.fr).

Circuit de validation :

- 1^{er} niveau : réunions régulières des utilisateurs du SI (VigilanSeurs) organisées par la Mission d'appui technique nationale
- 2^e niveau : en cas de demande d'évolution par une équipe, remontée pour validation à l'ARS et GRADeS concernés
- 3^e niveau : en cas de nécessité d'une évolution nationale du cahier des charges Vigilans, remontée au niveau du COPIL pour discussion

Circuit de remontée des données

Santé publique France centralise l'ensemble des bases de données régionales e-parcours Vigilans aux fins de monitoring et d'évaluation.

5. Le financement

Depuis 2019, le financement du déploiement général de Vigilans est assuré de façon pérenne par l'ONDAM établissements de santé via le financement des établissements de santé autorisés en psychiatrie porteurs des centres Vigilans. Une consultation des ARS est organisée le cas échéant par la DGS en début d'année pour permettre une remontée des besoins identifiés par les ARS et le financement de la poursuite du déploiement de Vigilans.

Le système d'information de Vigilans est financé depuis 2022 par le Fonds d'intervention régional (FIR)⁹.

Ces financements FIR renouvelables prévus dès 2022 sont destinés à :

- La mise en œuvre des adaptations attendues dans l'outil régional de coordination de chaque région conformément au prototype, le déploiement auprès des utilisateurs et leur accompagnement y compris à l'issue de la phase de déploiement;
- L'exploitation et la maintenance des outils régionaux adaptés pour Vigilans et des flux de données vers Santé publique France ou d'autres acteurs dans le cadre du pilotage national ;
- Les éventuels travaux de reprises de données préexistantes.

6. L'évaluation

L'évaluation quantitative de l'impact de Vigilans sur le taux de récurrence suicidaire confiée à Santé publique France par la DGS est en cours de finalisation. Ses résultats seront disponibles au dernier trimestre 2022.

7. Gouvernance et suivi

La DGS arrête les orientations stratégiques de Vigilans dans le cadre d'un comité de pilotage. A terme, l'objectif consiste à fusionner les COPIL portant sur les différents axes en un seul COPIL intégré portant sur l'ensemble de la stratégie nationale de prévention du suicide. Depuis la décision ministérielle de généralisation de Vigilans, la DGS a nommé en appui technique une mission nationale confiée au CHU de Lille, sous le pilotage du Pr Vaiva. Une lettre de mission a encadré les attributions de cette mission sur la période 2020-2022.

⁹ Des crédits complémentaires exceptionnels ont toutefois été accordés aux ARS en 2022 sur l'ONDAM établissements de santé pour le SI Vigilans, pour des besoins relatifs notamment aux travaux de reprise de données entre les anciens systèmes informatiques et le nouveau.

Une nouvelle lettre de mission 2022-2024 reconduisant cet appui est en cours de finalisation et devrait porter sur le périmètre suivant :

- La formation initiale et continue des équipes régionales,
- L'animation du réseau des VigilansSeurs et le partage de bonnes pratiques,
- L'accompagnement de l'approfondissement du déploiement du dispositif selon le calendrier défini par les ARS,
- L'accompagnement des centres VigilansS dans la mise en place du nouveau système d'information (participation au suivi des évolutions du SI ; rappel des bonnes pratiques, etc.) en lien avec la DGS, la DGOS et les ARS,
- La remontée d'informations vers le niveau national, en lien avec les ARS concernées, et notamment l'identification des obstacles éventuels et des leviers nécessaires au déploiement.

La mission d'appui constitue une **ressource pour les ARS qui peuvent la solliciter pour obtenir une aide opérationnelle.**

Plusieurs outils élaborés par cette Mission sont mis à disposition des ARS par la DGS :

- Le cahier des charges du dispositif VigilansS comportant le protocole de recontact. Une nouvelle version de ce cahier des charges comportant les adaptations du dispositif à certains publics spécifiques (jeunes, personnes âgées, personnes placées sous-main de justice) sera disponible à la fin du 1er semestre 2022,
- Un rapport d'activité annuel,
- Un message mensuel récapitulant l'état du déploiement de VigilansS (avec carte).

Annexe 3 : Les formations en prévention du suicide

La formation en prévention du suicide est un élément clé de l'approche intégrée de prévention du suicide. Il s'agit de structurer le repérage des personnes à risque pour leur proposer le plus précocement possible des solutions adaptées et, si nécessaire, un accompagnement vers le soin.

Dans le cadre de la Feuille de route santé mentale et psychiatrie, une actualisation de la formation au repérage, à l'évaluation et à l'intervention auprès des personnes à risque suicidaire a été réalisée en 2019 par le Groupement d'études et de prévention du suicide, avec le soutien du Ministère des solidarités et de la santé.

Trois rôles, donc trois fonctions, à articuler entre elles, ont été identifiés¹ :

- La sentinelle, qui est capable de repérer et d'orienter la personne (vers un évaluateur, vers un intervenant de crise, le 3114 ou le SAMU) ;
- L'évaluateur, qui peut faire une évaluation clinique du potentiel suicidaire de la personne, et l'orienter vers le soin ou toute autre solution adaptée à ses besoins ;
- L'intervenant de crise, qui a une fonction d'évaluation clinique du potentiel suicidaire, mais qui a aussi des connaissances spécifiques pour désamorcer une crise suicidaire, éviter un passage à l'acte, et orienter la personne vers un accompagnement adapté.

1/ Etat du déploiement des formations par des formateurs nationaux et régionaux²³

31 formateurs nationaux sont formés aux trois modules. Ils sont organisés en binômes régionaux pour former, en collaboration avec les ARS, des formateurs régionaux sur les trois modules. Les formateurs nationaux portent la responsabilité pédagogique des formations des formateurs régionaux.

Toutes les ARS disposent ainsi de formateurs régionaux qui forment à leur tour des sentinelles, des évaluateurs et des intervenants de crise. L'ensemble des ARS a formé des professionnels aux modules évaluation et intervention de crise, et environ la moitié des ARS a débuté le déploiement de formation de sentinelles.

Le nombre de formateurs régionaux formés aux différents modules se décompose ainsi :

- Sentinelles = 310
- Evaluation-Orientation = 313
- Intervention de crise = 274
- Formateurs formés aux 3 modules = environ 200

La DGS prévoit de financer, via un marché en 2022, la formation d'une trentaine de formateurs nationaux supplémentaires pour répondre aux demandes croissantes de formation sur le territoire national (métropole et outre-mer).

2/ Cadrage national

- Organisation logistique des formations régionales

Recours à un organisme de formation

Il est préconisé de faire appel, dans le respect de la commande publique, à un organisme extérieur ou prestataire de formation⁴ pour le déploiement de vos formations. Ces organismes sont chargés d'assurer en premier lieu, avec les formateurs nationaux de chaque région, la mise en œuvre des formations des formateurs régionaux et, ensuite, le déploiement par ceux-ci des formations des acteurs sur les territoires. Au-delà de cette action de formation et de ses aspects logistiques, d'autres missions peuvent être remplies par ces organismes :

¹ Pour plus de précisions, se reporter à l'instruction du 10 septembre 2019.

² Etat des lieux à partir du bilan du dernier regroupement des formateurs nationaux du 12 mars 2021.

³ Voir la charte signée par l'ensemble des formateurs nationaux.

⁴ Exemples : IREPS en ARA, GRAFISM en Normandie, CNQSP en Ile de France, CRPS en Guyane, etc.

communication et promotion autour des formations, mise en réseau, bilan d'activité sur les formations avec listing actualisé des acteurs formés par territoire, production de plaquettes informatives, organisation de l'animation du pool régional des formateurs régionaux par les formateurs nationaux et l'ARS, etc.

Population cible pour le module de formation Evaluation-Orientation (EO)

Conformément aux recommandations émises lors du regroupement des formateurs nationaux du 12 mars 2021, la préconisation consiste à suivre la règle instaurée au moment du lancement des 3 modules de formation en 2019, c'est-à-dire que ce module cible les professionnels de santé ou psychologues formés à l'entretien clinique. Si l'ouverture éventuelle de ce module EO à d'autres acteurs est possible, elle ne doit pas se faire sur la base d'une catégorie professionnelle, mais au cas par cas sur la base d'un profil spécifique (ex : travailleur social avec plusieurs années d'expérience en prévention du suicide), ou d'une mission pour laquelle le professionnel doit être correctement outillé pour pouvoir la réaliser (ex : assistant social de la MSA qui porte dans leur mission le repérage du risque suicidaire).

Présentiel/distanciel

Le mode virtuel n'est pas adapté pour tous les modules de formation :

- Formations de formateurs sur les trois modules : distanciel possible ;
- Formation d'intervenants en EO et en IC : distanciel laissé à l'initiative de chaque territoire en fonction de ses réalités ;
- Formation de sentinelles : distanciel fortement déconseillé notamment en raison de l'existence des jeux de rôle.

Bilan annuel

Un état des lieux sur le déploiement des formations assurées sur votre territoire vous sera demandé par la DGS tous les ans afin de calibrer au mieux le nombre de formateurs nationaux nécessaire, de répondre aux difficultés remontées, etc.

- Déploiement des sentinelles

La formation sentinelle s'intègre dans le cadre de la mise en place d'un dispositif à part entière, le dispositif sentinelle. Il s'agit d'un dispositif de prévention ciblée consistant en l'identification, la formation, l'accompagnement et la mise en réseau d'un ensemble de sentinelles au service du repérage des individus susceptibles de présenter un risque suicidaire et de leur orientation vers un dispositif d'évaluation et/ou de soins. La structuration de ce dispositif a lieu grâce à une instance, dispositif ou réseau déjà existant (par ex. CLSM, Atelier santé ville, Contrat local de santé sur un volet santé mentale, cadre associatif, Mutualité sociale agricole (MSA) en lien avec les ARS pour le déploiement de la feuille de route « Prévention du mal-être et accompagnement des agriculteurs en difficulté »⁵, etc.) ; quatre conditions sont à remplir :

- **l'orientation** : le dispositif doit faire en sorte que toute personne repérée et orientée par une sentinelle soit reçue rapidement et systématiquement par un professionnel en mesure de faire une évaluation de la crise suicidaire. Cette fluidité de l'orientation doit s'appuyer sur un partenariat formalisé avec des dispositifs ou professionnels d'aval.
- **le recours** : le dispositif doit mettre à disposition des sentinelles un référent (professionnel ou institutionnel) à contacter en cas de difficulté en lien ou non avec sa fonction de sentinelle (ex. refus de la personne repérée de consulter la ressource d'aval, souffrance personnelle, etc.). Le 3114 peut également constituer un recours pour la sentinelle en cas de besoin.

⁵ https://www.gouvernement.fr/upload/media/default/0001/01/2021_11_231121_-_prevention_du_mal-etre_et_accompagnement_des_agriculteurs_en_difficulte.pdf

- **La supervision** : le dispositif doit permettre de faire bénéficier les sentinelles d'une supervision collective régulière par un professionnel formé. Ce professionnel doit être un professionnel de santé ou un psychologue ayant une activité clinique et habitué à ce type d'exercice. Il pourra s'agir d'un:
 - professionnel affilié à l'organisation portant ou accueillant le dispositif sentinelle, comme par exemple : en cas de portage par un CLSM, un professionnel du secteur psychiatrique associé ; en cas de portage par une maison des adolescents, un professionnel de la structure ; en cas de déploiement dans un établissement scolaire ou une académie, un psychologue scolaire ; en cas de déploiement dans le milieu agricole, un professionnel d'une cellule de soutien portée par la MSA ; en cas de déploiement au sein d'une université, un professionnel du SSU; etc.
 - professionnel partenaire du dispositif, comme par exemple, un personnel d'une MSP partenaire d'une Mission locale portant un dispositif sentinelle ;
 - formateur régional en prévention du suicide dont le lieu d'exercice est proche de celui de l'instance portant le dispositif sentinelle.

Par ailleurs, selon la taille des dispositifs et le nombre de sentinelles, plusieurs dispositifs sentinelles territorialement proches peuvent avoir une activité de supervision commune. Dans tous les cas, l'idéal est que le professionnel assurant la supervision fasse partie du maillage d'acteurs en prévention du suicide couvrant le territoire (formateurs nationaux ou régionaux, membre d'une équipe Vigilans, membre d'un centre régional 3114, professionnels de 1^{ère} ligne ayant suivi la formation intervention de crise ou évaluation/orientation de la crise suicidaire...).

- **l'animation de réseau** : le dispositif doit faire en sorte que soit connue et régulièrement mise à jour la liste des sentinelles dans un territoire donné. Pour le monde agricole, cette mission est confiée à la MSA (cf. feuille de route spécifique). En outre, les sentinelles doivent pouvoir bénéficier d'une sensibilisation continue sous la forme de rencontres annuelles avec mise à jour des connaissances et séquences de supervision permettant le partage d'expérience.

- Articulations des formations sentinelles et des formations de secourisme en santé mentale

Comme le secourisme en santé mentale, le module sentinelle de la formation en prévention du suicide s'adresse à des citoyens ou professionnels non-soignants qui peuvent, au sein de leur communauté de vie, repérer des signes d'alerte chez une personne et l'orienter ensuite vers les ressources professionnelles appropriées.

Cependant, ces deux formations diffèrent : la sentinelle est spécifiquement formée à la prévention du suicide alors que le secouriste reçoit une formation plus large qui concerne les principaux troubles de santé mentale (dépression, anxiété, psychose et addictions) ainsi que les crises qui peuvent se produire.

Une autre différence importante est liée au fait que la formation sentinelle s'intègre dans le cadre de la mise en place d'un dispositif à part entière, le dispositif sentinelle (*voir supra*).

Les formations de secourisme en santé mentale et sentinelles se complètent donc sur un territoire. Leur complémentarité peut être renforcée sur le terrain, les sentinelles pouvant suivre par exemple la formation de secouriste si elles souhaitent élargir leurs connaissances et avoir un rôle plus global ; inversement, si les prérequis sont réunis, des secouristes peuvent suivre la formation sentinelles pour une sensibilisation plus forte aux risques suicidaires et un meilleur outillage pour la déconstruction des mythes autour du suicide dans leur communauté.

Le tableau ci-dessous trace les principales caractéristiques de ces deux formations :

	SENTINELLE	SECOURISTE EN SANTÉ MENTALE
PROFIL	Citoyen ou professionnel non-soignant qui, étant en mesure de prendre soin de soi-même, possède une disposition spontanée au souci de l'autre et à l'entraide et est repéré pour cela dans une ou plusieurs de ses communautés de vie.	Adulte ⁶ (18 ans et plus) sans prérequis, le secourisme en santé mentale s'adressant à toute personne qui souhaite être mieux informée sur le sujet.
OBJECTIF DE LA FORMATION	Renforcement des habiletés et dispositions spontanées des sentinelles pour repérer, au sein de leur communauté de vie, des signes d'alerte d'un risque suicidaire chez une personne et aller vers elle pour l'orienter et accompagner si nécessaire vers les ressources appropriées. La sentinelle sera aussi formée à prendre soin d'elle-même et de sa propre santé mentale.	Apprendre à reconnaître les signes indiquant qu'une personne est peut-être en train de développer un trouble de santé mentale ou en train de vivre une crise de santé mentale, et comment lui donner la première aide et l'orienter vers les ressources professionnelles appropriées.
DESCRIPTION DE LA FORMATION	-1 jour de formation initiale (7 heures) et formation/sensibilisation en continu dans le cadre du dispositif sentinelle. -Démarche participative qui alterne des apports théoriques, des études de cas et des travaux de groupe. -Formation non-professionnalisant et non-professionnalisée. -Sensibilisation continue des sentinelles (rencontre annuelle avec séquences de supervision).	-Atelier interactif de 14h (à distance ou en présentiel) alternant apport théorique et jeux de rôle. -Contenu portant sur les troubles fréquents de santé mentale (dépression, anxiété, psychose et addictions) et sur les situations de crise associées à ces pathologies : crise suicidaire, attaque de panique, événement traumatique, menaces, overdose ; puis une mise en pratique pour acquérir les comportements adéquats.
CONDITIONS PRÉALABLES	Programme standardisé assuré par des formateurs. Prérequis d'insertion de la future sentinelle dans un dispositif sentinelle existant, afin qu'elle puisse: - orienter systématiquement et rapidement la personne repérée vers des ressources spécialisées assurant au minimum une fonction d'évaluation ; - être elle-même accompagnée sur la durée ; - avoir un interlocuteur de recours en cas d'urgence.	Programme standardisé assuré par des formateurs. Formation qui doit être dispensée à l'aide d'un manuel d'instruction fourni aux secouristes.
RÔLE DE LA PERSONNE FORMÉE	Orienter les personnes repérées vers les ressources d'évaluation et/ou de soin adaptées.	Fournir les premiers secours jusqu'à ce qu'une aide professionnelle puisse être apportée, ou jusqu'à ce que la crise soit résolue ⁷ . Encourager à aller vers les professionnels adéquats et en cas de crise relayer.
LIMITES DU RÔLE	Ne peut pas se substituer à l'offre de soins. La sentinelle n'est pas formée pour assurer des fonctions d'évaluation, d'intervention ou d'accompagnement auprès des personnes suicidaires	Ne peut pas se substituer à l'offre de soins. La formation en secourisme en santé mentale n'apprend pas aux participants à devenir soignants ou thérapeutes.

⁶ Sauf pour le module Ado actuellement en développement par PSSM France avec le soutien de Santé publique France.

⁷ Ils sont l'équivalent en santé mentale, des gestes de premier secours qui eux, apportent une aide physique à la personne en difficulté.

3/ Formation des médecins généralistes

Les médecins généralistes jouent un rôle central dans la prévention du suicide : 60 % des suicidants ont consulté leur médecin généraliste dans le mois précédant leur acte, et 45 % des personnes décédées par suicide ont consulté leur généraliste dans le mois avant leur décès⁸. Les médecins généralistes constituent donc une cible particulière pour la sensibilisation et la formation à la prévention du suicide.

Un module de formation axée sur la dépression, intégrant le repérage et l'évaluation du risque suicidaire, a donc été intégré en 2020 dans les offres de développement professionnel continu (DPC)⁹. 261 professionnels se sont inscrits à cette formation en 2021. Cette formation figure dans les orientations prioritaires 2023-2025 de l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC).

4/ Expérimentation Coopération Québec-France contre la dépression et l'isolement (CQFD-I)

CQFD-I est un projet de coopération internationale entre la France et le Québec qui vise à évaluer l'efficacité d'une stratégie de prévention multimodale du suicide. Les territoires du déploiement sont la ville de Brest (Brest métropole) en France et la ville de Gatineau au Québec.

Dans le cadre de CQFD-I, cinq stratégies différentes sont mises en place :

- **Vers la population générale** : une stratégie universelle de prévention primaire, d'information et de prévention ;
- **Vers les groupes à risque** : deux stratégies sélectives d'amélioration des propositions de soins offertes aux personnes qui souffrent de dépression, ou se trouvent en situation d'isolement social, et chez lesquelles il existe un risque suicidaire, grâce à des formations spécifiques de professionnels (médecins généralistes, professionnels de la psychiatrie, professionnels du secteur social) ;
- **Vers les individus à risque élevé** : deux stratégies ciblées qui visent à offrir un service de suivi intensif auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide ou en danger grave de passer à l'acte (VigilanS et suivi intensif en consultation).

L'ensemble du projet fera l'objet d'une évaluation en 2024 (incluant la formation des médecins généralistes).

Sur le volet de la stratégie universelle, un site internet franco-québécois mieuxdansmatete.org¹⁰ a été mis en ligne en juin 2021, dans le but d'améliorer les connaissances de la population générale en matière de dépression et d'isolement social¹¹.

5/ Financement

Le pilotage de la mise en œuvre des formations en prévention du suicide est du ressort des ARS.

La DGS s'assure de la formation des formateurs nationaux.

En fonction de ses possibilités et arbitrages, l'ARS finance ou co-finance sur ses crédits propres, notamment le FIR :

- Les formations de formateurs régionaux,
- Dans le cadre de la lutte contre les inégalités de santé, les formations de sentinelles lorsque les participants n'ont pas accès à la formation continue dans leur structure, et si ce projet est priorisé dans la stratégie régionale de formation en prévention du suicide.

⁸ Fédération Française de Psychiatrie (FFP). La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. Paris, 19-20 octobre 2000.

⁹ Pour plus de détails sur le contenu de cette formation, les éléments sont disponibles sur demande à la DGS (DGS-SP4@sante.gouv.fr).

¹⁰ <https://mieuxdansmatete.org/>

¹¹ Pour plus de détails sur l'état des lieux de cette expérimentation, les éléments sont disponibles sur demande à la DGS (DGS-SP4@sante.gouv.fr).

Des co-financements sont envisageables pour des formations sectorielles (par exemple en milieu pénitentiaire, ou en milieu agricole dans le cadre de la feuille de route spécifique). La formation peut par ailleurs être intégrée dans les plans de formation des établissements de santé et médico sociaux (notamment : EHPAD).

L'ARS ne finance pas les séances de formation aux modules EO et IC. Il revient aux employeurs de ces professionnels de prendre en charge le coût de ces formations via la formation continue.

L'ARS ne prend pas en charge les séances du module sentinelle organisées à la demande d'un employeur ou qui peuvent être incluses dans la formation continue (ex : la ville de Paris finance la formation sentinelle des travailleurs sociaux des CCAS ; des agents hospitaliers non soignants peuvent être formés sentinelles).

Concernant les demandes de partenaires d'autres secteurs (monde agricole dans le cadre de la feuille de route « Prévention du mal-être et accompagnement des agriculteurs en difficulté », caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT), directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP), Education nationale, etc.), les ARS peuvent apporter, en fonction de leur marge de manœuvre et de leur planification régionale, une aide pour la structuration de leur réseau sentinelles, et, de façon exceptionnelle et ponctuelle, financer ou co-financer quelques formations. En cas de besoin important de formation et donc de financements plus conséquents, des conventions doivent être signées avec un cofinancement de la part de la structure ou de l'institution en question.

Annexe 4 : La prévention de la contagion suicidaire

Les personnes exposées directement ou indirectement à un événement suicidaire sont plus à risque d'avoir des idées suicidaires, ou même de passer à l'acte. Au niveau individuel, être exposé à un suicide multiplierait de deux à quatre fois le risque de passage à l'acte. Au niveau collectif, les exemples de suicides multiples dans les institutions, les corps de métiers ou les lieux à risque sont fréquents.

Face à ce phénomène de contagion suicidaire, qu'il est possible de prévenir, il est proposé de mettre en place un groupe de travail national chargé de définir à l'horizon 2023 des lignes directrices autour des quatre sous-axes suivants :

- Sensibiliser les médias
- Agir sur les lieux à risque (hot-spots)
- Développer la postvention (individuelle et collective)
- Intervenir sur le Web et les réseaux sociaux

Ces lignes directrices incluront des pistes concrètes à décliner sur les territoires.

1- Etat des projets sur les différents axes de la contagion suicidaire¹

❖ Sensibilisation des médias

L'équipe du programme Papageno² poursuit ses interventions auprès des étudiants en écoles de journalisme et des journalistes en activité, pour les sensibiliser aux enjeux d'un traitement médiatique précautionneux du suicide, ainsi qu'aux recommandations de l'OMS sur ce sujet³. De plus, elle organise des interventions (*media training*) auprès des professionnels de la prévention du suicide (lignes d'écoute, référents nationaux Vigilans, cellules de postvention, etc.) pour mieux les préparer en cas de sollicitation par des journalistes. Un accompagnement est également proposé pour les auteurs de fiction qui souhaitent traiter du sujet du suicide dans leur œuvre.

Certaines ARS, en lien avec leurs services de communication, ont déjà fait appel au service de Papageno pour sensibiliser des médias dans leur région (ex : ARS Normandie à Rouen, prévisions de nouvelles formations dans le reste de la région ; ARS Nouvelle-Aquitaine qui a recruté une chargée de mission spécifique pour faire du *media training* auprès des acteurs régionaux, et des interventions dans les médias).

❖ Les lieux à risque (hot-spots)⁴

Les hot-spots posent plusieurs difficultés aux ARS : leur repérage est parfois difficile (il suppose souvent une veille médiatique), il faut pouvoir mobiliser des acteurs comme la gendarmerie, les pompiers ou les services de transports en commun, et les modalités de protection à mettre en place varient en fonction de la nature de ces lieux. Au-delà des premiers éléments de cadrage définis lors du groupe de travail national de 2019 (définition, caractéristiques, mesures de prévention⁵), un appui méthodologique pourra être également proposé dans le cadre des travaux à venir.

¹ Source utilisée notamment : synthèse des diagnostics territoriaux élaborés par le pôle national en 2021.

² Papageno est un programme national intégré à la stratégie nationale de prévention du suicide qui vise à la fois la prévention de la contagion suicidaire et la promotion de l'entraide et le recours aux soins. Pour plus d'informations : <https://papageno-suicide.com/>

³ Prévention du suicide : une ressource pour les professionnels des médias Mise à jour 2017 ; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272448/WHO-MSD-MER-17.5-fre.pdf>

⁴ Un hot spot suicidaire ou « site emblématique » est un site spécifique, généralement public, fréquemment utilisé comme lieu de suicide compte tenu de sa facilité d'accès, de sa symbolique ou de sa létalité perçue.

⁵ Synthèse disponible sur demande à DGS-SP4@sante.gouv.fr

Des travaux de cartographies ont été menés par certaines ARS :

- L'ARS Ile-de-France construit un groupe de travail avec Île-de-France Mobilités, la RATP et la SNCF, en vue d'élaborer et tenir à jour une cartographie des lieux à risque suicidaire sur les réseaux ferroviaires franciliens. Un partenariat avec le groupe d'intervention de la gendarmerie nationale (GIGN), les Forces de l'Ordre (Police et Gendarmerie) est envisagé pour permettre un renseignement des lieux à risque connus en Ile-de-France par leurs services, ainsi que des modes opératoires.
- Un travail avec l'observatoire du suicide de la région Auvergne Rhône-Alpes a permis d'estimer à 10% environ les décès dont le mode opératoire relevait des « sauts dans le vide, noyade, collision intentionnelle ». Une revue de la presse régionale sur une année a été réalisée pour identifier les lieux les plus mentionnés dans les articles. Ce travail n'a pu être renouvelé en raison d'une méthodologie trop lourde. C'est une thèse de médecine⁶ qui a permis de creuser le sujet en 2020, à partir des articles de la presse régionale sur 5 ans (2014-2018) : dix-sept hot-spots ont ainsi été repérés.

Le programme Papageno intervient, sur sollicitation, sur des hot-spots afin de conseiller les acteurs locaux quant à la mise en œuvre de pratiques validées et déployées au niveau international.

❖ Développement de la postvention individuelle et collective

La postvention regroupe les différentes actions mises en place pour accompagner de manière individuelle ou/et collective les personnes exposées à un décès par suicide ou une TS.

- *Postvention collective*

La postvention collective désigne l'ensemble des interventions (prise en charge psychologique des personnes, communications internes ou externes, etc.) à déployer auprès des personnes appartenant aux milieux de vie fréquentés par la personne décédée par suicide (scolaire, travail, communautés de vie, familles, proches etc.) ou témoins d'un suicide (transports en commun, aides à domicile, voisins, SDIS, forces de l'ordre..). Ces différentes actions doivent être anticipées et consignées dans un plan d'action par institution/milieu de vie.

L'ARS des Hauts-de-France s'est emparée du sujet depuis novembre 2020 et a mandaté la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale (F2RSM psy) afin d'élaborer des recommandations opérationnelles pour mettre en place un plan de postvention au sein des institutions. Ces recommandations sont basées sur la traduction du programme de postvention québécois de 2020 intitulé « *Etre prêt à agir à la suite d'un suicide* ». Une adaptation de ce plan aux particularités du fonctionnement français a été finalisée en 2021 par le programme Papageno et validée par la coordination nationale des CUMP ainsi que par le GEPS.

Ce plan a ensuite fait l'objet d'une opérationnalisation sous forme de fiches-actions actuellement testées par Papageno au sein d'institutions des Hauts-de-France recevant des publics réputés vulnérables (université, éducation nationale, EHPAD etc.). Chaque test fait l'objet d'une adaptation en vue de la validation du plan qui aboutira fin 2022. Une réflexion devra être menée pour déterminer le modèle économique à retenir pour une éventuelle généralisation de ce plan dans le respect des contenus validés scientifiquement.

- *Postvention individuelle*

La postvention individuelle renvoie aux actions mises en place pour repérer les personnes directement touchées par le suicide (endeuillées et témoins) et faire des démarches proactives auprès d'elles⁷.

⁶ C. Matot : Etude des suicides dans les lieux publics et identification de « hotspots » dans la région Auvergne-Rhône-Alpes à travers la presse régionale, 2020.

⁷ Association québécoise de prévention du suicide. (2020). Programme de postvention : être prêt à agir à la suite d'un suicide.

Par-delà l'action des professionnels de santé prenant en charge les familles (médecin traitant, équipe de psychiatrie...), le numéro national de prévention du suicide constitue une ressource dans cette postvention : au-delà des personnes suicidaires, il s'adresse également à l'entourage de ces personnes ainsi qu'aux endeuillés par suicide. A ce titre, un axe spécifique au sein du pôle national 3114, coordonné par le CH du Vinatier, est consacré à la postvention individuelle, afin d'apporter une réponse adaptée à ces appelants spécifiques.

Il s'agit de :

- Définir et organiser la stratégie de postvention individuelle du 3114 ;
- Organiser la formation des répondants du 3114 à l'accueil, à l'évaluation, et l'orientation de ces personnes ;
- Structurer un réseau partenariat permettant la mise en œuvre des possibilités d'orientation des appelants vers les dispositifs d'accompagnement adaptés (soutien par les associations, consultations libérales, hospitalières, etc.).

Enfin, des ressources associatives contribuent à la postvention : Fédération Vivre son deuil, UNPS, etc.

❖ **Le web et les réseaux sociaux**

Afin d'impulser une communication responsable à effet préventif, plusieurs projets sont d'ores et déjà travaillés sur ce volet :

- Plateforme d'équipe en ligne d'intervention et d'orientation sur le suicide (ELIOS)
Ce projet a été sélectionné en 2018 dans le cadre d'un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) national. Il est mis en œuvre par le CHU de Lille avec pour objectif d'évaluer l'efficacité de l'intervention sur les réseaux sociaux d'une équipe de web-cliniciens spécialisée en prévention du suicide dans la prise en charge des jeunes (18-25 ans).
Le lancement de la plateforme est prévu pour avril 2022 avec une inclusion pendant 2 ans de 400 jeunes (200 jeunes qui bénéficient de l'intervention de cette équipe et 200 jeunes qui n'en bénéficient pas). L'évaluation du dispositif est prévue pour 2024.
- Tchat 3114
La ligne téléphonique 3114 doit être complétée, à terme (calendrier prévisionnel : 2023), par la mise en place d'une réponse par tchat. Ce tchat sera accessible à partir du site internet 3114.fr. Une formation spécifique sera délivrée aux répondants du 3114 afin de leur permettre d'assurer la fonction de « web-cliniciens ».

2- Objectif : mise en place de lignes directrices nationales à décliner au niveau local

Un groupe de travail sur la contagion suicidaire avait été installé en 2019 par la DGS. Ces réunions ont permis de dresser un premier état des lieux des différentes expériences régionales portant sur la prévention de la contagion suicidaire et d'apporter de premiers éléments de cadrage. Les pistes de travail se sont orientées vers la nécessité d'ouvrir un numéro national de prévention du suicide afin de pouvoir proposer une solution disponible à tout moment, en tout point du territoire.

Avec l'ouverture du numéro national depuis le 1^{er} octobre 2021, il est projeté de réactiver le groupe de travail au 2^e semestre 2022 afin de définir un ensemble de lignes directrices en amont et en aval d'un événement suicidaire autour des 4 axes déjà définis.

Le groupe de travail aura ainsi pour mission pour 2023 :

- de définir des lignes directrices ; celles-ci seront suffisamment souples pour permettre une adaptation aux contextes territoriaux et une articulation avec les ressources existantes
- d'identifier les acteurs opérationnels qui seront chargés par le niveau national d'appuyer les ARS dans le cadre d'un partenariat formalisé,
- d'élaborer des livrables type fiche-actions à adapter selon les contextes régionaux.

3- Le financement

Au niveau national, le programme Papageno est financé au titre de plusieurs actions dans le cadre des subventions d'Etat.

La mise en œuvre régionale des actions relatives à la prévention de la contagion suicidaire est du ressort des ARS, sur leurs crédits propres via notamment le FIR.

Annexe 5 : le numéro national de prévention du suicide (2NPS)

La création d'un numéro national de prévention du suicide est l'une des actions prévues par la *Feuille de route santé mentale et psychiatrie* parue en 2018 (action n°6), reprise par le Ségur de la santé (action 1 de la mesure n° 31).

A la suite d'un appel à projets publié par la DGS le 8 décembre 2020, un jury national a sélectionné en février 2021 le projet présenté par le CHU de Lille, constitué en « pôle national » sous la coordination du Pr Pierre Thomas. La circulaire N° DGS/SP4/DGOS/2021/122 du 7 juillet 2021 relative à la mise en place du numéro national de prévention du suicide dans le cadre de la stratégie nationale de prévention du suicide, apporte les précisions utiles aux ARS pour l'implantation du 2NPS.

A l'occasion des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie qui se sont tenues les 27 et 28 septembre 2021, le ministre des solidarités et de la santé a annoncé l'ouverture au 1^{er} octobre du service 2NPS, 24h/24, 7j/7, accessible sur l'ensemble du territoire national (DROM compris).

Le 2NPS (le 3114) a pour objectif d'offrir une solution permanente de recours à distance pour toute problématique relative au suicide, conduites suicidaires et risque suicidaire. Ce service est assuré par des professionnels formés dit « répondants » situés dans des centres régionaux mis en œuvre par des établissements de santé.

1/ Etat du déploiement du numéro national en avril 2022

En juin 2022, la couverture nationale 24/24H et 7/7J est assurée par 13 centres répondants 3114 dont un en outre-Mer (EPSM de La Réunion, couvrant également le territoire de Mayotte). Sur ces 13 centres, 3 sont des centres H24 (Lille, Brest, Montpellier) et 10 sont des centres de jour. De nouvelles ouvertures interviendront en 2022 et 2023 afin d'apporter une réponse territorialisée et accompagner la montée en charge du nombre des appels. A terme, 17 centres répondants (+/- 1) seront opérationnels.

Au 30 mai 2022, plus de 92 000 appels ont été reçus depuis le lancement du dispositif le 1^{er} octobre 2021. Le taux de réponse à ces appels était de 72,3%.

2/ Les centres répondants 3114 : modèle d'organisation cible

Le calibrage de la structuration, de la composition et du fonctionnement des centres répondants a été rationalisé sur la base de l'estimation d'un nombre annuel d'appels entrants de 500 000 à 1 million.

Dans cette perspective et conformément au plan de déploiement proposé par le Pôle national du 3114 en annexe de la circulaire du 7 juillet 2022, sous couvert des ARS qui peuvent décider des adaptations nécessaires au contexte local, il est demandé aux établissements porteurs des centres répondants de se conformer au modèle suivant.

Missions principales des centres répondants (CR)

Les principales missions des centres répondants relèvent de la **réponse aux usagers**, qu'ils s'agissent des personnes concernées, des proches, des endeuillés ou des professionnels.

Elles se déclinent en :

- Une mission d'accueil, consistant à nouer, consolider et préserver un lien de confiance et d'engagement avec l'utilisateur ;
- Une mission d'évaluation, consistant à repérer les situations d'urgence nécessitant une intervention de secours immédiate, à déterminer une orientation personnalisée et adaptée et à fournir les premiers leviers d'intervention ;
- Une mission d'intervention, consistant à apporter aux personnes concernées un premier apaisement, à assurer une désescalade émotionnelle, à diligenter une intervention de secours lorsque nécessaire. La réponse interventionnelle est graduée et proportionnée en fonction des conclusions de l'évaluation ;

- Une mission d'orientation, consistant à faciliter la mise en correspondance entre les besoins de l'utilisateur et les services d'aide ou de soins adaptés ;
- Une mission auprès des professionnels appelants. Les CR peuvent répondre à tout professionnel, professionnel de santé, psychologue ou autre, pour toute demande en lien avec le suicide et sa prévention. La réponse proposée peut consister en une information, un conseil ou un appui, notamment en termes d'évaluation, d'intervention et d'orientation d'une personne en détresse.

Pour qu'ils puissent assurer leurs missions techniques, les CR doivent être étroitement articulés avec des ressources d'amont et d'aval telles que :

- les SAMU-Centre 15 pour les situations d'urgence,
- les centres antipoison et de toxicovigilance,
- le cas échéant, les Services d'accès aux soins (SAS)¹,
- les ressources d'aval dans le champ du sanitaire, médicosocial, social et associatif, recensées dans l'annuaire du 3114,
- les dispositifs d'aide et d'écoute à distance,
- les dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

Les CR contribuent à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé pilotée par les ARS, en renforçant l'accessibilité du 2NPS et l'adaptation territoriale de ses réponses. Conçue et opérationnalisée avec l'aide du pôle national, cette contribution passera notamment par :

- le développement de compétences spécifiques des répondants et de l'encadrement ; l'élaboration de documents en français facile à lire et à comprendre (FALC),
- une meilleure identification des publics vulnérables et des ressources adaptées existant sur les territoires,
- la formalisation de partenariats privilégiés avec des ressources spécifiques locales, en particulier associatives,
- le développement de solutions d'interprétariat pour les usagers s'exprimant en langue étrangère.

Par ailleurs, au-delà de leur rôle de réponse professionnelle à distance, et en lien avec leur expertise en prévention du suicide, les CR représentent une ressource territoriale en termes de promotion, de facilitation et d'intégration des actions et dispositifs de prévention du suicide.

Composition

Les CR sont composés des professionnels suivants :

- Un responsable médical psychiatre (1 ETP) chargé de l'animation et de la supervision clinique de l'équipe de répondants. Ce professionnel de santé coordonne également les missions territoriales du centre, et notamment les activités de réseau avec les différents partenaires impliqués dans la prévention du suicide et la réduction des ISTS. Dans ce cadre, il a vocation à échanger régulièrement avec les référents ARS en charge de la santé mentale et de la prévention du suicide et à participer en tant que de besoin aux instances de coordination en santé (instance régionale de suivi de la stratégie de prévention du suicide, PTSM, CLS, CLSM, DAC, etc.).
- Un cadre de soins (0,5 ETP) chargé de la gestion et de l'animation de l'équipe de répondants.

¹ Des articulations détaillées sur ce point vous seront transmises par la DGOS et la DGS d'ici la fin de l'année 2022.

- Des répondants, professionnels soignants (infirmiers ou psychologues), chargés de fournir des réponses adaptées aux personnes qui solliciteront le 2NPS, quelle que soit la problématique en lien avec le suicide. En fonction des horaires d'ouverture des CR, et du contexte de l'établissement, les postes de ces répondants peuvent être organisés sur des créneaux de 8H ou de 12H.

Le nombre d'ETP de répondants préconisé (ajustable selon vos réalités territoriales et dans le cadre de l'enveloppe allouée) est le suivant selon le type de centre :

- Centre H24 : postes en 12H : 17,5 ETP de répondants ; en 8H : 16,4 ETP répondants
- Centre de jour ²: postes en 12H : au moins 8 ETP répondants ; en 8H : 11,5 ETP
- Un travailleur social (0,5 ETP) chargé de créer et de faciliter les liens avec le secteur social et médico-social sur le territoire du CR.
- Un secrétariat (0,5 ETP) appuyant notamment le responsable médical pour entretenir les liens avec l'ensemble des acteurs de la prévention du suicide sur le territoire.
- Un chargé de mission « réseaux » (0,5 ETP), en charge d'organiser et de mener de façon opérationnelle les activités territoriales du centre 3114, dans une perspective de travail partenarial avec les acteurs du territoire et de contribution à la mise en synergie de l'offre de prévention du suicide, pilotée par l'ARS. Il peut suppléer au responsable médical pour participer aux instances de coordination du territoire.

3/ Système d'information du numéro national de prévention du suicide (SI 2NPS)

Sur le volet juridique, après l'avis de la CNIL du 16 septembre 2021, le décret portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel du SI-2NPS a été publié le 4 décembre 2021 : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000044409128.

Sur le volet informatique, une autorisation provisoire d'emploi (APE) a été délivrée le 23 septembre 2021 par l'autorité d'homologation, la DGS. La décision d'homologation du SI-2NPS est intervenue le 16 mars 2022. Des conventions de mise à disposition du SI 2NPS ont été signées entre le CHU de Lille et les établissements porteurs d'un CR.

Plusieurs travaux sont encore nécessaires à réaliser sur le SI-2NPS, notamment la fonctionnalité d'archivage, ainsi que l'intégration des deux blocs (bloc téléphonie et bloc application métier) qui permettra de mettre en correspondance les appels entrants avec les dossiers de l'application métier. Une pseudonymisation des données³ devra également être mise en place en lien avec Santé publique France afin de pouvoir réaliser des activités de recherche et d'évaluation. Ces travaux permettront également de produire des données de suivi, utiles au niveau régional comme national au pilotage du dispositif.

4/ Annuaire de ressources du 2NPS

Un annuaire de ressources en prévention du suicide est développé, avec la contribution des ARS, par le pôle national et mis à disposition des répondants du 2NPS afin d'orienter au mieux les personnes appelant le 3114 vers des ressources de proximité. Cet annuaire est porté par une application web qui permet l'implémentation de nouvelles informations. De la sorte, chaque professionnel ou structure de santé mentale, contribue à l'effort de recensement collectif. Cet annuaire est contrôlé par le pôle national, qui l'alimente également. En mai 2022, près de 1500 structures étaient recensées.

² Les horaires d'ouverture des centres de jour sont les suivantes : 9H-21H tous les jours y compris le week-end et les jours fériés. Les centres H24 prennent le relais en dehors de ces horaires.

³ La pseudonymisation est un traitement de données personnelles réalisé de manière à ce qu'on ne puisse plus attribuer les données relatives à une personne physique sans avoir recours à des informations supplémentaires.

Afin de respecter la doctrine technique en vigueur, il est nécessaire d'articuler cet annuaire avec celui du Référentiel unique de l'offre de santé (ROR), en mettant en place des correspondances entre les données ROR et celles du 3114. En accord avec la DGOS, ce travail sera réalisé une fois la base nationale uniformisée ROR opérationnelle (calendrier prévisionnel : 4^e trimestre 2022), la période intermédiaire étant mise à profit pour identifier les annuaires existants qui ont des ambitions proches du 3114 en terme de recensement des ressources (ex. : *Via psy* porté par la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale (FERREPSY)). Dans ce cadre, les ARS sont invitées à signaler à la DGS (DGS-SP4@sante.gouv.fr) les annuaires dont elles ont connaissance.

5/ Articulations avec les dispositifs d'aide et d'écoute à distance

Le numéro national de prévention du suicide offre une complémentarité par rapport aux lignes d'écoute associatives animées par des bénévoles, car il permet une prise en charge 24h/24 et 7j/7 des personnes suicidaires et de leur entourage par des professionnels du soin jusqu'à l'intervention d'urgence, en lien avec le SAMU. Les modalités d'intervention du 3114 sont donc différentes et complémentaires de celles des lignes d'écoute. Cela se traduit notamment, dès à présent, par un nombre important de transferts d'appels entre les numéros, avec des prises de relais auprès des appelants. Le 3114, en fonction des besoins identifiés, oriente également les appelants vers des ressources associatives du territoire proposant un accueil ou diverses actions. Ce tissu associatif, partenaire à part entière de la stratégie nationale de prévention du suicide, doit être préservé et son développement soutenu. Ainsi, **il est impératif de maintenir le soutien financier au secteur associatif engagé sur la prévention du suicide et de la santé mentale, tant au niveau national que local.**

Plusieurs sessions d'information et d'échanges auprès d'associations gérant des lignes d'écoute en santé mentale⁴ ont été organisées fin 2021 par le Pôle national et Santé publique France. Des groupes de travail organisés par le Pôle national avec ces associations, l'Union nationale de prévention du suicide (UNPS) et Santé publique France vont être mis en place en 2022 afin de définir une charte commune. Ces GT débiteront en premier lieu avec les associations relevant du champ de la prévention du suicide. Sur la base de cette charte, les lignes d'écoute qui le souhaiteront définiront avec le 3114 un protocole d'articulation.

6/ Communication autour du numéro national de prévention du suicide

En tant que service public organisé par l'Etat, la communication sur le 2NPS relève du niveau stratégique du ministère des solidarités et de la santé (DGS).

Le ministère est accompagné opérationnellement par le « pôle national du 2NPS » et en particulier le pôle en charge des aspects de communication (diffusion d'outils de communication, alimentation du site 3114.fr, etc.). Des réunions sont mises en place au moins trois fois par an entre la DGS et le pôle national pour suivre et coordonner les actions de communication prévues par le 3114 (notamment les événements annuels récurrents de sensibilisation à la prévention du suicide : journée nationale de prévention du suicide du 5 février et journée internationale de prévention du suicide du 10 septembre) et organiser, au besoin, les relais auprès des partenaires institutionnels et acteurs locaux en particulier les ARS. Les ARS peuvent solliciter directement le pôle en charge des aspects de communication selon leurs besoins en informant également les personnes en charge de la coordination du « pôle national du 2NPS » (directrice opérationnelle et coordonnateur national), ainsi que la DGS.

⁴ Lignes répertoriées par Santé publique France et lignes santé mentale recensées sur le site du Psycocom.

Pour toute gestion de crise, la Direction générale du CHU de Lille sera intégrée. Selon l'ampleur de la crise, un process de gestion de crise ad hoc sera défini avec une répartition des rôles.

7/ Le financement

Le financement du 2NPS est assuré par l'ONDAM établissements de santé via les délégations faites aux établissements de santé autorisés en psychiatrie. Ce budget a été réévalué dans le cadre des arbitrages des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie à 21,6 M€ en année pleine. Sur ce montant, en 2022, 18,6 M€ sont destinés au fonctionnement des centres répondants et 3 M€ à celui du pôle national (coûts du système d'information compris).

Conformément à la convention qui lie le CHU de Lille au ministère de la santé et de la prévention (DGS), un dialogue de gestion entre le pôle national (CHU de Lille) est organisé à la fin du 1^{er} semestre de chaque année et en fin d'année afin de suivre la bonne exécution du budget et porter proposition d'éventuelles nouvelles mesures financières dans le cadre de la construction de l'ONDAM pour l'année n+1.

Dans le cadre du Plan national de relance et de résilience, la France bénéficie d'une aide de l'Union européenne pour l'investissement nécessaire à la mise en œuvre du système d'information du 2NPS (mesure C9.I4). Ce financement européen doit systématiquement être signalé dans les communications sur le 3114, notamment sur le site internet des établissements de santé porteurs de CR. Il est également demandé aux CHU de Lille et Brest, qui assurent la réalisation opérationnelle du SI, de se conformer aux attendus européens (conservation des pièces justificatives, etc.). Les différentes procédures à respecter sont présentées dans le *Guide des obligations européennes transversales* réalisé par la DGCS et diffusé à l'ensemble des ARS en avril 2022. **Il est demandé aux ARS de veiller au bon respect de ces dispositions par les établissements de santé concernés.**

8/ L'évaluation

La DGS a confié à Santé publique France l'évaluation du numéro national de prévention du suicide. Cette évaluation pourra être effectuée une fois que les travaux permettant la pseudonymisation des données auront été finalisés (*voir supra*). Le calendrier sera donc précisé ultérieurement.

9/ Gouvernance et suivi

Au niveau national

La DGS, dans le cadre de ses missions de prévention et plus particulièrement de pilotage de la stratégie nationale de prévention du suicide, est le pilote stratégique du 2NPS. Elle prend les décisions stratégiques relatives au 2NPS, tant en ce qui concerne son développement que pour ses articulations avec les différents axes de la stratégie nationale de prévention du suicide. La DGS s'appuie sur l'expertise du pôle national, ainsi que par un comité de pilotage national qui à terme rassemblera au-delà des différentes directions d'administration centrale concernées les acteurs de la prévention du suicide au sens large (opérateurs, acteurs associatifs, etc.).

Le CHU de Lille constitué en pôle national et sélectionné dans le cadre de l'appel à projets du 8 décembre 2020 pour une période de cinq ans, est le pilote opérationnel. Les modalités de partenariat concernant la mise en œuvre du 2NPS sont précisées dans une convention spécifique signée entre le CHU de Lille et la DGS. Une fois finalisée, celle-ci sera transmise pour information aux ARS par la DGS.

Il mène les travaux opérationnels en autonomie dans les limites du cadrage défini par la réglementation en vigueur, le calendrier de travail fixé annuellement et l'allocation des ressources. Concernant le volet spécifique de l'articulation des différents axes de la stratégie nationale, le pôle national peut être force de propositions et intervenir en appui de la DGS ou des ARS.

Au niveau régional

Les ARS pilotent la stratégie régionale de prévention du suicide, déclinaison de la stratégie nationale, qui tient compte des spécificités du territoire, tant en matière d'épidémiologie, de prévention que d'offre de soins.

Le pôle national, de même que les CR au niveau local, peuvent être force de proposition et constituent pour les ARS des ressources qu'elles peuvent solliciter pour leur expertise, au regard des besoins et des décisions qu'elles ont à prendre en matière de pilotage régional et territorial.

Sur le volet intégratif, de manière plus précise, le pôle national, en particulier son pôle « appui aux politiques régionales de prévention du suicide », et les centres répondants peuvent apporter une contribution aux ARS en :

- Sensibilisant les acteurs du territoire (élus notamment) à la problématique du suicide,
- Participant à l'articulation opérationnelle entre les différentes actions de la stratégie, grâce à des partenariats étroits avec les autres acteurs (ex : positionnement du 3114 comme recours pour les différents réseaux de sentinelles implantés sur le territoire, ...),
- Apportant un soutien à la structuration, à la fédération et à l'animation des réseaux d'acteurs de la prévention du suicide au niveau régional et local, en tenant compte des dynamiques et instances (COPIL régional...) existants,
- Contribuant à une meilleure connaissance du territoire sur le champ du suicide, en identifiant les initiatives et opportunités susceptibles de compléter la stratégie régionale, en participant à la surveillance des phénomènes à risque et à l'observation épidémiologique, de même qu'à des actions de promotion quant à la mise en place de dispositifs de prévention, à des actions de guichet d'information, de communication et de surveillance des phénomènes à risque (hot-spot, suicides en institution, événements numériques, etc.).

Des points de suivi du déploiement du 2NPS se feront :

- Par la transmission aux ARS par la DGS du monitoring mensuel⁵ et du rapport d'activité trimestriel fournis par le pôle national,
- Dans le cadre des réunions des référents « prévention du suicide »,
- En cas d'actualité particulière, lors des réunions des référents « santé mentale et psychiatrie » organisées par la Délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie,
- Dans le cadre des réunions organisées par le pôle national avec les centres répondants, les ARS, la DGS et Santé publique France.

⁵ Les données brutes sont centralisées à Lille puis retraitées et mises en forme. Ensuite, elles sont transmises aux CR chaque semaine. Les ARS peuvent donc soit prendre les données régionales déjà présentes dans le monitoring mensuel envoyé par la DGS ou soit demander directement à leur CR chaque semaine ce qu'il reçoit.

Annexe 6 : L'information du public

L'action relative à l'information du public sur la santé mentale et la prévention du suicide constitue le cinquième pilier de la stratégie nationale de prévention du suicide. Sur ce volet, de nombreuses ressources sont d'ores et déjà disponibles et des actions engagées.

1. Ministère des solidarités et de la santé

Les pages internet sur la prévention du suicide ont été mises à jour fin 2021 : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/la-politique-de-prevention-du-suicide>

Une plaquette de communication portant sur l'ensemble de la stratégie est accessible sur ce lien. Cette plaquette peut être adaptée par vos services pour présenter votre stratégie régionale.

2. Campagnes nationales de communication Santé publique France

La mesure 1 des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie de septembre 2021 prévoit d'assurer une communication grand public régulière sur la santé mentale. Cette mesure est portée par Santé publique France qui prévoit d'une part de créer un site internet dédié à la santé mentale, d'autre part d'organiser des campagnes régulières d'information en direction du grand public et de publics spécifiques.

En avril 2021, Santé publique France et le Ministère des solidarités et de la santé ont lancé une campagne de sensibilisation à destination du grand public : « en parler c'est déjà se soigner », avec une attention particulière portée aux 11-17 ans, via un volet exclusivement numérique #JenParleA lancé en juin 2021. L'objectif est d'encourager la parole auprès de son entourage, d'un professionnel de santé et de recourir aux dispositifs d'information, d'écoute et de soutien psychologique existants, notamment Fil Santé Jeunes pour les enfants et les adolescents.

<https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/la-sante-mentale-au-temps-de-la-covid-19-en-parler-c-est-deja-se-soigner>

Evaluation de la campagne destinée aux adultes :

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/enquetes-etudes/evaluation-de-la-campagne-sante-mentale-adultes-en-parler-c-est-deja-se-soigner-.point-au-14-mars-2022>

Evaluation de la campagne destinée aux adolescents :

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/enquetes-etudes/evaluation-de-la-campagne-sante-mentale-adolescents-j-en-parle-a-.point-au-14-mars-2022>

De janvier à juin 2022, Santé publique France reprend la campagne numérique #JenParleA, enrichie, à partir d'avril 2022, d'une campagne d'affichage dans les établissements scolaires (enseignement général, professionnel et agricole), les services jeunesse des villes et les associations sportives, avec le soutien des ministères concernés.

<https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/sante-mentale-des-adolescents-sante-publique-france-rediffuse-et-renforce-sa-campagne-jenparlea>

3. Psycom

Le site du Psycom, rénové en 2020, constitue une ressource nationale publique d'information sur la santé mentale de tous. Il permet de répondre aux besoins d'information des populations et contribue à la pédagogie nécessaire autour de la santé mentale.

<https://www.psycom.org/>

Parmi les outils proposés par le site :

- Le kit « Cosmos mental », un clip pédagogique pour expliquer [le concept de santé mentale](#)
<https://www.psycom.org/agir/la-promotion-de-la-sante-mentale/kit-cosmos-mental/>
- La brochure « santé mentale dans la cité » à destination des élus locaux et de leurs services pour les encourager dans des actions en lien avec la santé mentale. Il s'agit d'expliquer de manière pédagogique le concept de santé mentale et d'outiller les élus locaux à partir d'exemples de terrain concrets.
<https://www.psycom.org/agir/la-promotion-de-la-sante-mentale/la-sante-mentale-dans-la-cite/#:~:text=La%20crise%20sanitaire%20a%20r%C3%A9v%C3%A9l%C3%A9,mentale%20concerne%20toute%20la%20population.>
- L'outil GPS anti-stigmatisation, qui permet de se repérer et de définir un itinéraire pour guider les personnes ou organismes souhaitant agir contre la stigmatisation en santé mentale. <https://www.psycom.org/agir/laction-anti-stigmatisation/le-gps-anti-stigma/>

En réponse à l'épidémie de COVID, le PSYCOM a mis en ligne une sélection de ressources destinées à préserver sa santé mentale, avec un notamment un recensement des lignes d'écoute généralistes ou spécifiques.

<https://www.psycom.org/actualites/vu-sur-le-web/preserver-sa-sante-mentale-en-periode-de-covid-notre-selection-de-ressources/>

4. Papageno

Les mots pour parler du suicide ont un impact. Tout comme le silence qui l'entoure. Le programme Papageno, à partir d'une expertise professionnelle, livre des clés pour en parler avec justesse, afin de prévenir la contagion suicidaire et promouvoir l'entraide et l'accès aux soins.

<https://papageno-suicide.com/choisir-les-bons-mots/>

5. 3114 : le numéro national de prévention du suicide

▪ Site web

Au-delà de la présentation du numéro national de prévention du suicide et de ses missions (publics cibles, fonctionnement, etc.), le site rappelle des notions-clés autour du suicide et de la stratégie nationale.

<https://3114.fr/>

▪ Kit de communication

Le pôle national du 3114 propose un kit de communication comportant des éléments imprimables (flyer ; affiche ; éléments de langage pour communication à la presse, etc.) et des éléments digitaux (slide, posts à destination des réseaux sociaux, bannière pour site web, etc.) pour assurer la promotion du numéro national par vos services auprès de vos territoires¹.

Si, de votre ARS ou de vos centres répondants 3114, vous souhaitez recevoir des éléments imprimés de ce kit notamment, vous pouvez écrire au pôle communication du 3114 : communication@3114.fr.

¹<https://3114.fr/je-suis-professionnel/je-veux-communiquer-sur-le-suicide-et-sa-prevention/je-cherche-des-outils-de-communication/>

Pour information, ce kit se compose :

- d'affiches A3 : <https://3114.fr/app/uploads/2021/09/Affiche-2-scaled.jpg>
- de cartes ressources : <https://3114.fr/app/uploads/2021/09/carte-ressource-2.pdf>
- d'une plaquette de présentation à destination des professionnels : <https://3114.fr/app/uploads/2021/09/Plaquette.pdf>

6. Ressources associatives

Des associations partenaires de la DGS proposent de la documentation et des outils de communication pouvant constituer des ressources réutilisables pour vos services de communication :

- Groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS) : documentation disponible en ligne (<https://www.geps.asso.fr/articles.php?rub=5&selopt=5>)
- Union nationale de prévention du suicide (UNPS) : spot vidéos, infographie animée, affiche <https://www.unps.fr/outils-de-prevention- r 25.html>

Annexe 7 : Déploiement multisectoriel : les acteurs déjà engagés dans la prévention du suicide

Une démarche d'échanges intersectoriels est engagée autour de la stratégie nationale de prévention du suicide (SNPS) impliquant notamment : la mission interministérielle de prévention du mal-être en agriculture, le Ministère de la justice, le Ministère de l'intérieur (Direction générale de la police nationale), le Ministère de l'action et des comptes publics (Direction générale des douanes et droits indirects), le Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports), IDF Mobilités/RATP/SNCF, etc.
Deux exemples de partenariat sont ici développés.

- **Secteur agricole** : Mission interministérielle de prévention du mal-être en agriculture, Ministère de la santé et des solidarités, Ministère de l'agriculture et de l'alimentation, et Ministère chargé des retraites et de la santé au travail et Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA).

A partir des conclusions de deux rapports parlementaires sur l'accompagnement et la prévention du suicide des agriculteurs¹, une feuille de route interministérielle ainsi qu'une instruction relative aux modalités de pilotage de ce plan ont été publiées respectivement le 23 novembre 2021² et le 3 février 2022³. Les ministres ont ainsi confié à M. Daniel LENOIR, inspecteur général des affaires sociales, pour un an, la mission de coordinateur national de ce plan d'action. Il en assure la mise en œuvre, dans la durée, sur l'ensemble du territoire national, son évaluation et le pilotage au niveau national.

Le travail étroit entre le ministère des solidarités et de la santé et les services du ministère de l'agriculture a été réalisé afin d'intégrer la SNPS au cœur des travaux. Ainsi, le plan d'action « Prévention du mal être et accompagnement des agriculteurs en difficulté » prévoit d'étendre Vigilans (recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide) pour parvenir à une meilleure couverture de la population agricole, de déployer en lien avec les ARS des réseaux de sentinelles au contact des agriculteurs, et d'articuler le 3114 avec Agri Ecoute, la ligne téléphonique spécialisée dans la prise en charge des populations agricoles en mal-être. La mission, quant à elle, en permet la mise en œuvre coordonnée entre toutes les parties prenantes. Elle en dressera un bilan dans un an et précisera les conditions de sa poursuite et recommandations opérationnelles, notamment en ce qui concerne le pilotage national et son articulation avec l'échelon local.

- **Ministère de la Justice – Direction de l'administration pénitentiaire (DAP)**

La prévention du suicide et l'accès à des soins psychiatriques et somatiques pour les personnes détenues majeures constituent des axes majeurs de la feuille de route santé des personnes placées sous-main de justice 2019-2022 (action n° 6) et s'inscrivent dans les développements portés par la feuille de route santé mentale et psychiatrie de 2018. Dans ce champ, les principales actions mises en œuvre par la DGS et la DAP sont les suivantes :

- Une étude nationale sur la prévalence des troubles psychiques des personnes incarcérées en sortie de détention (étude « Santé mentale en population carcérale sortante »), portée par le CHRU de Lille, a été lancée en 2020 sous le pilotage de la DGS, et ses conclusions sont attendues pour mi-2023 (rapport préliminaire fin 2022) ;

¹ Rapport du député Olivier DAMAISIN, « Identification et accompagnement des agriculteurs en difficulté et prévention du suicide », novembre 2020 ; Rapport d'information des sénateurs Henri CABANEL et Françoise FERAT sur les moyens mis en œuvre par l'Etat en matière de prévention, d'identification et d'accompagnement des agriculteurs en situation de détresse, mars 2021.

² <https://agriculture.gouv.fr/presentation-de-la-feuille-de-route-pour-la-prevention-du-mal-etre-et-laccompagnement-des>

³ https://info.agriculture.gouv.fr/gedei/site/bo-agri/document_administratif-79d937d9-7e3a-49c2-abb0-e74d4d403707

- Une étude nationale (prospective) pour une meilleure connaissance de la santé mentale à l'entrée de la détention et son évolution au cours de la détention vient de débuter (pilotage DAP) : Étude « Épidémiologie PSYchiatrique Longitudinale en prison (EPSYLON) » qui permettra d'évaluer de manière longitudinale la santé mentale des personnes incarcérées en maison d'arrêt au cours des 9 premiers mois passés dans l'établissement ;
- Une expérimentation du programme de recontact des personnes suicidaires (VigilanS) a été initiée en juin 2021 dans deux établissements pénitentiaires des Hauts de France (sites de Sequedin et Annœullin). Elle fera l'objet d'une évaluation en juin 2022 afin d'envisager les éventuelles suites à y donner ;
- L'accès au Numéro national de prévention du suicide (3114) pour les personnes détenues est en cours de discussion, pour une mise en œuvre dès le second semestre 2022. Un comité de pilotage ainsi que des groupes de travail regroupant la DAP, la DGS, la DGOS et le Pôle national ont été mis en place depuis la fin de l'année 2021 pour organiser cet accès ;
- L'analyse des recommandations du rapport IGAS/IGJ de mai 2021 et celles de l'évaluation menée par le cabinet Planète publique⁴ en octobre 2021 en particulier sur le volet des formations : poursuite des formations en prévention du suicide selon les modalités suivantes qui pourraient être déclinées en 2023 :
 - Maintien du module de formation « Terra-Séguin » basé sur la méthode d'évaluation dite du RUD (risque, urgence, dangerosité) pour les personnels pénitentiaires, dans la mesure où il apparaît comme le plus adapté au contexte, et que la plus-value d'un changement de référentiel n'apparaît pas clairement ;
 - Développement du module « sentinelle » en tant que formation d'initiation à la prévention du suicide pour les intervenants extérieurs, afin de les impliquer dans le repérage du risque suicidaire ;
 - Promotion des modules « Evaluation-orientation » et « Intervention de crise » pour les professionnels de santé (PS) intervenant dans le milieu carcéral, mais également, dans une certaine mesure, pour le personnel pénitentiaire pour le module évaluation sous réserve de mettre en place, comme le préconise le rapport des temps d'échange/mise en application entre les différents professionnels (PS et personnel pénitentiaire) ne partageant pas les mêmes modules de formation ;
 - Promotion de la formation de secourisme en santé mentale comme un outil de sensibilisation/initiation à la santé mentale globale en articulation avec les autres modules de formation en prévention du suicide.

Dans une perspective de coopération et d'articulation des acteurs en milieu carcéral, la pluridisciplinarité des formations doit être recherchée.

⁴ Rapport IGAS-IGJ sur la prévention du risque suicidaire en milieu carcéral, mai 2021 ; Rapport Planète publique commandé par la DAP portant sur l'évaluation de la politique de prévention du suicide en milieu carcéral, octobre 2021.

Annexe 8 : Données épidémiologiques sur le suicide en France

1. Données issues de CépiDC-INSERM

La base des causes de décès du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (CépiDc-Inserm) constitue la source d'information principale sur les décès par suicide.

Dans ce domaine, le déploiement de la certification électronique des décès, la mise en place d'un nouveau certificat de décès depuis 2017 et la transmission d'un volet médical complémentaire par les instituts médico-légaux, en cas d'autopsie ou d'examen complémentaire, devraient permettre de réduire les délais de mise à disposition de l'information, mais aussi d'accroître la qualité de l'information transmise¹. De plus, une mission est diligentée depuis fin 2021 par les directeurs de la DREES, DGS, DGRI et de l'INSERM pour rénover le processus de production des statistiques de causes de décès. Cette mission devra donner lieu en 2022 à un plan de rattrapage et à l'élaboration d'un plan plus large de rénovation de l'ensemble de la chaîne de production des données.

Dans l'attente, les données les plus récentes sur la mortalité par suicide en France issues de CépiDC-INSERM sont celles de 2017 :

- 8 355 décès (France entière) ;
- taux de suicide : 12,5 suicides pour 100 000 habitants (France entière).

Les effectifs et taux de décès par zone géographique, notamment par région avec les différents indicateurs de mortalité, sont consultables ici :

<http://cepidc-data.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>

L'indicateur du nombre de décès par suicide est construit à partir de l'exploitation des certificats de décès. Un certain nombre de suicides ne sont toutefois pas identifiés dans cette statistique nationale des décès. Les personnes décédées ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée à l'Inserm ou celles pour qui l'origine de la mort violente est restée indéterminée n'y sont pas comptabilisées. Il est ainsi considéré que le nombre de suicides est sous-évalué. Cette sous-évaluation a été estimée à 10 % des données nationales en 2006².

Il en est de même pour les tentatives de suicide. Toutes ne donnent pas lieu à un passage aux urgences et/ou hospitalisation et, lorsque cela arrive, la qualité du recueil des tentatives de suicide dans les bases d'informations hospitalières reste insuffisante. Par exemple, aux urgences, un acte ou ses conséquences somatiques peuvent être codés (par ex. une notion d'intoxication) sans précision du caractère intentionnel. Par ailleurs, les hospitalisations pour tentative de suicide en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ne comptabilisent qu'une partie des tentatives de suicide prises en charge à l'hôpital : elles ne prennent pas en compte les patients hospitalisés en psychiatrie, ni ceux passés aux urgences après une tentative de suicide n'ayant pas donné lieu à une hospitalisation en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Là aussi, la qualité des données transmises et les habitudes de codage dans les bases hospitalières rendent délicate l'analyse de cette source³.

¹ Observatoire national du suicide - 4e rapport. https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-01/ons_2020.pdf

² Ibid.

³ Ibid.

2. Données issues de Santé publique France (SpF)

Lors de la crise sanitaire, il a été demandé dès novembre 2020 par le Ministère à Santé publique France à SpF de produire des tableaux de bord réguliers dotés d'indicateurs relatifs à la santé mentale et au suicide en population générale avec des focus sur certaines catégories de population à risque (jeunes, personnes vivant avec des troubles psychiques sévères, etc.) pour permettre une surveillance épidémiologique rapprochée.

Ces tableaux de bord⁴ sont développés à partir des données du système de surveillance SurSaUD (qui comprend les passages aux urgences du réseau Oscour, les actes médicaux SOS Médecins et les données de mortalité, notamment pour causes médicales de décès issues de la certification électronique), ainsi que des données de l'enquête Coviprev. Santé publique France a ainsi montré en 2021 et début 2022 une augmentation des idées et gestes suicidaires pour les plus jeunes (moins de 17 ans), et notamment chez les filles, par rapport à 2018-2020.

3. Observatoire national de prévention du suicide (ONS)

L'ONS a été créé pour 4 ans par décret en septembre 2013, puis pour 5 ans par décret n° 2018-688 du 1^{er} août 2018⁵.

Cet observatoire indépendant et multidisciplinaire est présidé par le ministre chargé de la santé, et par délégation, par le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). La DREES en assure le secrétariat.

L'ONS est chargé de coordonner les différents producteurs de données, d'identifier des sujets de recherche, les prioriser et les promouvoir auprès des chercheurs, de favoriser l'appropriation des travaux de recherche par les politiques publiques et le public de façon plus générale, de produire des recommandations sur l'amélioration des systèmes d'information et en matière de recherches et d'études, et de définir des indicateurs de suivi de la politique de prévention du suicide.

L'ONS élabore tous les dix-huit mois un rapport qui comprend un bilan ainsi que des fiches thématiques. Le 5^{ème} rapport de l'ONS, à paraître en 2022, portera sur les effets de la crise sanitaire de la COVID sur les conduites suicidaires et ciblera tout particulièrement la situation des jeunes.

⁴ <https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=sant%C3%A9%20mentale&themes=d%C3%A9pression%20et%20anxi%C3%A9t%C3%A9%7Csant%C3%A9%20mentale&publications=donn%C3%A9es®ions=National&sort=date>

⁵ <https://www.circulaires.gouv.fr/orf/id/JORFTEXT000037277777>

Annexe 9 : Indicateurs de suivi régional de la stratégie de prévention du suicide

Indicateurs transversaux:

- Taux de décès par suicide par an, et par tranche d'âge et par sexe dans la région.
- Nombre total de passages aux urgences pour TS par an, et par tranche d'âge et par sexe dans la région.
- Nombre total d'hospitalisations pour TS par an, et par catégorie d'âge et par sexe dans la région (cible : baisse de 10%, soit moins de 80 000 hospitalisations au niveau national d'ici 2027¹).

❖ Axe 1 : Maintien du contact avec les personnes ayant fait une tentative de suicide

- ① Nombre de régions et départements dans lesquels Vigilans est opérationnel (cible : 18 régions et 101 départements en 2027).
- ② Nombre de personnes incluses par an et par région dans Vigilans, par sexe et tranches d'âge (cible : 35 000 inclusions par an au niveau national à partir de 2023).
- ③ Pourcentage annuel de tentatives de suicides prises en charge par Vigilans par rapport au nombre total de passages aux urgences et d'hospitalisations pour TS : national, régional, par tranches d'âge, par sexe et par catégorie socio-professionnelle (cible : $\geq 10\%$ en 2027).
- ④ Part des services d'urgence réalisant des inclusions dans Vigilans au sein du département, de la région (cible : $\geq 90\%$ en 2027).
- ⑤ Nombre de régions où le système d'information de Vigilans basé sur les outils e-parcours est opérationnel (cible : 18 à partir de 2022).

Sources : rapport d'activités Vigilans, futur monitoring Santé publique France

❖ Axe 2 : Formations en prévention du suicide

- ① Nombre de formateurs régionaux actifs², formés aux trois modules : intervention de crise ; évaluation/orientation ; sentinelle (cible : disposer chaque année d'au moins 2 binômes actifs dans chaque région).
- ② Nombre de régions ayant débuté le déploiement des sentinelles (cible : 18 à partir de 2022).
- ③ Nombre de dispositifs sentinelles régionaux mis en place (cible : ≥ 2 dispositifs d'ici 2027).
- ④ Nombre de formations effectuées par ces formateurs par an et par région.
- ⑤ Nombre de personnes formées par module et par an et par région.
- ⑥ Nombre de réunions d'animation des réseaux de formateurs régionaux (cible : au moins 1 par an à partir de 2022).

Sources : GEPS, ARS

¹ En 2017, 88 762 hospitalisations pour tentative de suicide ont eu lieu chez des patients âgés de 10 ans ou plus.

² Formateur ayant réalisé a minima une formation dans l'année.

❖ **Axe 3 : Prévention de la contagion suicidaire** ³

- ① Nombre d'ARS ayant mis en place une cartographie régionale des lieux à risque suicidaires (cible : 18 à partir de 2027).
- ② Nombre d'actions de sensibilisation à la problématique de la contagion suicidaire effectuées auprès des acteurs régionaux (médias, professionnels de santé, etc.) (cible : ≥ 1 par an à partir de 2023).
- ③ Nombre de plans de postvention (cf. annexe contagion suicidaire) mis en place par an par région (cible : ≥ 1 structure par département ayant élaboré ce type de plan d'action d'ici 2027).
- ④ Nombre de hot-spots repérés et sécurisés par an par les ARS (cible : ≥ 1 par département d'ici 2027).

Sources : ARS

❖ **Axe 4 : Numéro national de prévention du suicide**

- ① Taux de décrochés pour chaque centre répondant (cible : ≥ 70 %).
- ② Centres répondants ouverts à temps complet (cible : tous dès 2022).
- ③ Nombre et type de conventions de partenariat signées (sanitaire, social, médico-social, associatif) par centre répondant (cible : au moins une convention par champ d'ici 2027).

Source : Pôle national et ARS

❖ **Axe 5 : L'information du public**

- ① Nombre de communications sur la prévention du suicide⁴ effectuées par an par chaque ARS (notamment en relai des campagnes nationales Santé publique France) (cible : ≥ 2 par an à partir de 2022).

Source : ARS

³ Ces indicateurs sont susceptibles d'être modifiés à la suite des travaux et conclusions du GT contagion suicidaire qui va être relancé d'ici la fin de l'année 2022.

⁴ Exemples de communications : communiqué de presse de l'ARS, posts sur les réseaux sociaux, relai d'un communiqué presse national sur site internet de l'ARS, diffusion de flyers, etc.

Annexe 10 : Liste des acteurs consultés

Consultations menées par : Pauline MERCIER, chargée de mission Prévention du suicide et Dr Pilar ARCELLA-GIRAUX, conseillère médicale Santé mentale des adultes, bureau de la santé mentale (DGS/SP4).

Groupes de travail – Agences régionales de santé¹ :

- ARS Bretagne : Dr Sylvie DUGAS, Claire LEROUVREUR
- ARS Normandie : Nadège MILLOTTE-GOSNET
- ARS Nouvelle-Aquitaine : Sophie LEFEVRE

- GT 1 : 9 décembre 2021 : axe Vigilans
- GT 2 : 13 décembre 2021 : axe formation
- GT 3 : 17 décembre 2021 : axe contagion suicidaire
- GT 4 : 11 janvier 2022 : axe 3114
- GT 5 : 27 janvier 2022 : pilotage national/régional ; animation territoriale ; questions non abordées

Réunions de consultation – Acteurs opérationnels

- Le programme PAPAGENO au titre du pilier relatif à la contagion suicidaire : le 17 et 31 janvier 2022
 - Nathalie PAUWELS, Charles-Edouard NOTREDAME et Pierre GRANDGENEVRE

- La Mission technique d'appui national au titre du dispositif Vigilans : le 20 janvier 2022
 - Pr Guillaume VAIVA, Dr Christophe DEBIEN et Elise Cleva

- Le Pôle national au titre du dispositif 3114 : le 3 février 2022 et le 23 mars 2022
 - Dr Charles-Edouard NOTREDAME, Marie-Hélène DECHAUX et Dr Chantal MANNONI
Ressource utilisée pour l'instruction des diagnostics territoriaux initiaux pour chaque ARS élaborés par le pôle national lors de la 1^{ère} étape du déploiement du numéro national de prévention du suicide.

- Le Groupements d'étude en prévention du suicide (GEPS) au titre du déploiement des formations : le 8 février 2022 et le 1^{er} avril 2022
 - Pr Catherine MASSOUBRE, Dr Charles-Edouard NOTREDAME

- L'Union nationale de prévention du suicide (UNPS) au titre des acteurs associatifs intervenant dans la stratégie de prévention du suicide : le 15 février 2022
 - Dr Marc FILLATRE et Françoise FACY

- Une réunion inter-opérateurs au titre de l'articulation entre les différentes actions de la stratégie : le 15 mars 2022
 - Pr Catherine MASSOUBRE, Dr Charles-Edouard NOTREDAME, Marie-Hélène DECHAUX, Pr Guillaume VAIVA, Dr Pierre GRANDGENEVRE, Françoise FACY, Dr Sylvie DUGAS, Claire LEROUVREUR, Nadège MILLOTTE-GOSNET

¹ Procédure de sélection des ARS effectuée en octobre 2021 par le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS).