



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Note d'information n° DGS/SP4/2025/114 du 28 juillet 2025 relative au plan d'action visant à prévenir les phénomènes de contagion suicidaire intégré à la Stratégie nationale de prévention du suicide

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles
Le ministre auprès de la ministre du travail, de la santé, des solidarités
et des familles, chargé de la santé et de l'accès aux soins

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (ARS)

Référence	NOR : TSSP2521493N (numéro interne : 2025/114)
Date de signature	28/07/2025
Emetteur	Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles Direction générale de la santé (DGS)
Objet	Plan d'action visant à prévenir les phénomènes de contagion suicidaire intégré à la Stratégie nationale de prévention du suicide.
Contact utile	Sous-direction Santé des populations et prévention des maladies chroniques Bureau Santé mentale (SP4) Pauline MERCIER Tél. : 07 64 61 37 03 Mél. : pauline.mercier@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	4 pages + 4 annexes (24 pages) Annexe 1 : Synthèse des discussions autour du terme « contagion suicidaire » Annexe 2 : Prévention des phénomènes de contagion suicidaire dans les environnements numériques et les médias Annexe 3 : Postvention individuelle et collective Annexe 4 : Identification et mise en place d'un plan de prévention des hotspots
Résumé	Cette note a pour objet de définir un plan d'action à destination des ARS visant à prévenir les phénomènes de contagion suicidaire. Les lignes directrices qui y sont proposées permettent une adaptation aux contextes territoriaux et une articulation avec les ressources existantes.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer

Mots-clés	Feuille de route ; santé mentale et psychiatrie ; Stratégie nationale de prévention du suicide ; action intégrée ; projet régional de santé ; projet territorial de santé mentale ; urgence psychologique.
Classement thématique	Santé publique / Santé des populations et prévention
Textes de référence	- Feuille de route Santé mentale et psychiatrie, septembre 2018 ; - Instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide ; - 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.
Rediffusion locale	Diffusion auprès des établissements de santé et des organismes susceptibles d'être concernés sur chaque territoire : établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux, associations spécialisées dans la prévention du suicide.
Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 25 juillet 2025 - N° 59	
Publiée au BO	Oui

Cette note d'information précise le pilier relatif à la prévention des phénomènes de contagion suicidaire présenté dans le cadre de l'instruction n° DGS/SP4/2022/171 du 6 juillet 2022. Elle constitue un guide pratique à destination des acteurs territoriaux, et en premier lieu des agences régionales de santé (ARS).

1. Contexte et enjeux de la prévention des phénomènes de contagion suicidaire en France

La politique de prévention du suicide est mise en œuvre à travers un ensemble d'actions intégrées décrites dans l'action n° 6 de la Feuille de route santé mentale et psychiatrie du 28 juin 2018 et appliquées au niveau territorial dans le cadre de l'instruction n° DGS/SP4/2022/171 du 6 juillet 2022¹.

Dès l'instruction du 10 septembre 2019 posant les fondements de la Stratégie nationale de prévention du suicide, un pilier relatif à la contagion suicidaire a été identifié. Cet axe de la stratégie est justifié par le fait, démontré par la littérature scientifique, que les personnes exposées directement ou indirectement à un événement suicidaire sont plus à risque d'avoir des idées de mort, voire de passer à l'acte². Si les mécanismes sous-jacents de ce phénomène ne sont pas encore complètement élucidés, l'exposition au suicide, qu'elle soit directe (par exemple, via la perte d'un proche) ou indirecte (par exemple, via les médias et les réseaux sociaux), est souvent la source d'une inquiétude importante pour les membres d'un groupe social³, par exemple, dans des institutions (hôpitaux, entreprises, prisons, écoles, etc.), des corps de métiers (police, armée, médecins, etc.), ou dans certaines catégories d'âge (jeunes, etc.). La contagion suicidaire peut aussi se produire dans des lieux à risque (voies ferrées, ponts, falaises, forêts, etc.).

¹ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_dgs_sp4_2022_171_du_06072022.pdf

² Gould, M. S., Wallenstein, S., Kleinman, M. H., O'Carroll, P., & Mercy, J. (1990). Suicide clusters : an examination of age-specific effects.

American Journal of Public Health, 80(2), 211-212.

³ Hawton, K.; Hill, N.T.M.; Gould, M.; John, A.; Lascelles, K.; Robinson, J. Clustering of suicides in children and adolescents. Lancet Child Adolesc Health 2020, 4, 58–67.

Un groupe de travail sur ce volet d'intervention a été installé en 2019 par la Direction générale de la santé (DGS). Ces réunions ont permis de dresser un premier état des lieux des expériences régionales portant sur la prévention de la contagion suicidaire et d'apporter des éléments de cadrage⁴. Les pistes de travail se sont orientées vers la nécessité de créer d'abord un numéro national de prévention du suicide afin de pouvoir proposer une solution de recours disponible à tout moment, en tout point du territoire.

Après l'ouverture de ce numéro (le 3114) le 1^{er} octobre 2021, et comme indiqué dans l'instruction du 6 juillet 2022, ce groupe de travail national a été réactivé afin de définir un ensemble de lignes directrices spécifiques au risque de contagion suicidaire, à destination des acteurs territoriaux et en premier lieu des ARS.

2. Objectifs et méthodologie du plan d'action pour la prévention des phénomènes de contagion suicidaire

L'objectif principal de ce plan d'action proposé pour 5 ans consiste à prévenir les différentes formes de contagion suicidaire dans les territoires.

Les sous-objectifs sont les suivants :

- réinterroger la pertinence du terme et du concept de « contagion suicidaire » ;
- établir un état des lieux des ressources existantes ;
- définir des lignes directrices suffisamment souples pour permettre leur adaptation aux contextes territoriaux et une articulation avec les ressources existantes ;
- identifier des acteurs opérationnels qui pourront appuyer les ARS dans le cadre de partenariats formalisés.

Dans ce cadre, la structuration et le séquençage des travaux réalisés en 2023 et 2024 se sont déroulés comme suit :

- Un groupe de travail en formation plénière qui s'est réuni à trois reprises : en avril 2023 pour le lancement des travaux, en décembre 2023 pour une restitution intermédiaire des groupes de travail thématiques et, enfin, en avril 2024 pour une restitution finale ;
- Quatre groupes de travail en formation restreinte, autour des thématiques identifiées comme nécessitant des actions spécifiques, à savoir : (a) stratégie numérique de prévention des phénomènes de contagion suicidaire ; (b) postvention individuelle ; (c) postvention collective ; (d) hotspots. Les annexes de cette note détaillent les résultats de ces groupes de travail, qui constituent les actions spécifiques du plan d'action de prévention des phénomènes de contagion suicidaire.

3. Indicateurs de suivi et évaluation

Afin d'apprécier la mise en œuvre et l'efficacité de la Stratégie nationale de prévention du suicide, un ensemble d'indicateurs de suivi régional a été élaboré dans le cadre de l'instruction n° DGS/SP4/2022/171 du 6 juillet 2022⁵.

Des nouveaux indicateurs de suivi sont définis et détaillés pour le pilier contagion suicidaire (annexes 2 à 4).

L'ensemble de la stratégie nationale de prévention du suicide fera, par ailleurs, l'objet d'une évaluation par le Haut Conseil de la santé publique (saisine d'ici 2026).

⁴ Identification de 4 axes d'intervention : médias, web et réseaux sociaux, postvention, lieux à risque suicidaire (« hotspots ») et définition de 1^{ères} lignes directrices sur les hotspots.

⁵ Voir annexe 9 de l'instruction du 6 juillet 2022. Pour mémoire, ces indicateurs ont été retravaillés depuis dans le cadre des réunions de suivi ARS/DGS.

4. Financement

Les actions de niveau national concernant la prévention de la contagion suicidaire sont actuellement financées via l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) des établissements de santé (volet postvention individuelle du 3114) et dans le cadre des subventions d'État (conventions avec différentes associations/fédérations).

La mise en œuvre régionale des actions de prévention de la contagion suicidaire est du ressort des ARS, sur leurs crédits propres dont notamment le Fonds d'intervention régional (FIR). Des crédits reconductibles ont déjà été alloués sur le FIR depuis 2019 pour la prévention de la contagion suicidaire. Par ailleurs, de nouveaux crédits ont été obtenus en FIR 2025 pour accompagner le déploiement de ce plan d'action.

Pour les ministres et par délégation :
La directrice générale adjointe de la santé,

A stylized signature in black ink, appearing to read 'Signé', is placed within a white rectangular box.

Sarah SAUNERON

Annexe 1

Synthèse des discussions autour du terme « contagion suicidaire »

Dans le cadre des travaux nationaux pour la prévention de la contagion suicidaire, un des objectifs consistait à retravailler la définition de ce concept en interrogeant la pertinence du terme lui-même. Après différents échanges argumentés, le groupe de travail a arbitré en séance plénière du 19 avril 2024 pour le maintien du terme de « contagion suicidaire » dans le plan d'action. Néanmoins, ce débat aura permis de mettre en lumière le caractère imparfait de ce terme.

La révision de la stratégie qui s'appuiera sur les travaux du Haut Conseil de la santé publique qui sera saisi pour une évaluation de l'ensemble de la Stratégie nationale de prévention du suicide, constituera une opportunité de réexaminer en profondeur les différents axes de la stratégie actuelle. Elle devra permettre d'engager une réflexion sur la pertinence du maintien du terme de « contagion suicidaire », ou sur l'éventualité de son remplacement.

La DGS a invité l'ensemble des participants du groupe de travail plénier à faire part de leurs réflexions sur le terme « contagion suicidaire » en les appuyant sur des références scientifiques. Le tableau ci-dessous présente une synthèse de ces discussions¹.

ARGUMENTS POUR LE MAINTIEN DU TERME	ARGUMENTS CONTRE LE MAINTIEN DU TERME
<p>Terme connu des différents acteurs de la Stratégie nationale de prévention du suicide, mais aussi au niveau international :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il est utilisé depuis 2019 dans la Stratégie nationale de prévention du suicide (cf. instruction de septembre 2019 et instruction de juillet 2022) ; il fait donc sens pour un nombre important d'acteurs impliqués, notamment les agences régionales de santé. ▪ Il s'agit d'une notion « chapeau », d'un référentiel de compréhension permettant d'ouvrir à l'étude épidémiologique des modalités de propagation des conduites suicidaires, autant qu'à la recherche sur les causes de cette propagation. 	<p>Terme partiel et inadapté qui ne prend pas en compte la complexité des situations suicidaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renvoie à une logique médicale (registre de la maladie contagieuse) laissant penser qu'une simple action rapide en réaction au comportement suicidaire serait suffisante (comportement suicidaire qui serait transmis par un agent externe à l'image d'une bactérie ou du virus). Cela va à l'encontre des temporalités actuellement reconnues comme pertinentes pour traiter les gestes suicidaires : présence initiale précoce mais non invasive puis accompagnement sur la longue durée. ▪ Présente le risque de sous-estimer la question du sens du geste, tant au niveau des personnes (absence de prise en compte des vulnérabilités personnelles) qu'au niveau de l'environnement dans lequel il est survenu (dimension systémique). Ce terme donnerait ainsi l'impression d'avoir au mieux une action qui consiste à combattre les « symptômes » sans s'attaquer à ses causes profondes.
<p>Le terme contagion suicidaire, bien qu'imparfait, répond à trois critères nécessaires pour fonder une stratégie de prévention :</p>	<p>Faiblesse du concept de « contagion suicidaire » : malgré l'utilisation courante du terme de contagion pour expliquer la notion de propagation suicidaire, il y a un manque d'évaluation rigoureuse du concept sous-jacent ou de la théorie soutenant l'utilisation de ce terme :</p>

¹ Les documents complets d'argumentation (avec mention des références scientifiques) transmis par les différents membres du groupe de travail plénier sont disponibles sur demande à DGS-SP4@sante.gouv.fr.

- Cohérence épistémologique : la notion de contagion permet de reconnaître et de tenir pour acquis un double fait :
 - il existe un risque de condensations temporelles et/ou temporo-spatiales des suicides (les clusters) ;
 - ces condensations ne surviennent pas par hasard. Elles sont liées à un surrisque de passage à l'acte chez les personnes et/ou les groupes exposés.

▪ Efficacité heuristique : aujourd'hui, la notion de contagion est celle qui permet le plus efficacement d'ouvrir des voies d'étude et de compréhension de la condensation des suicides. Grâce à sa force analogique avec le modèle infectieux, elle permet d'étudier - voire de modéliser - les dynamiques épidémiologiques sur le modèle de l'épidémie. Comme pour la grippe ou la Covid-19, certains auteurs ont ainsi proposé de recourir à différents concepts inspirés de l'infectiologie pour étudier la propagation des conduites suicidaires (ex. : modes de transmission direct vs indirect).

- Pertinence pragmatique pour la prévention : la notion de contagion est celle qui est la plus susceptible de dynamiser la prévention et de mettre au jour des leviers d'action. Elle permet de recouvrir, de typologiser et de structurer un ensemble de phénomènes épidémiologiques présentant des points communs forts :
 - parmi les phénomènes de regroupement plus localisé des événements suicidaires (« point-clusters ») : hotspots, suicides dans les communautés, suicides dans les institutions,
 - parmi les phénomènes de suicide de masse (« mass-clusters ») : propagation des suicides par les médias traditionnels, via les fictions ou via les réseaux sociaux.

Sans méconnaître les spécificités de chacun de ces phénomènes, cette typologie offre un support épistémologique clair sur lequel fonder une action de prévention cohérente. Le concept de contagion permet d'enrichir ces cibles d'action d'une rationalité commune et d'entretenir constamment des synergies de prévention.

- les causes de la contagion suicidaire sont encore largement à l'état d'hypothèse ;
- la littérature scientifique portant sur ce phénomène est encore insuffisamment mature pour qu'une nomenclature conceptuelle fasse autorité.

Regroupement artificiel de plusieurs éléments sous le terme de « contagion » :

- *Postvention et contagion* :

- La contagion est l'une des dimensions de la postvention et non l'inverse. La postvention englobe l'ensemble des événements/mécanismes/risques/besoins/interventions qui se situent après un décès par suicide, ce qui implique la contagion suicidaire comme l'un des événements/besoins/risque majeur, mais aussi d'autres aspects qu'il ne faut pas oublier. Cette distinction implique une philosophie de l'après-suicide assez différente, qui ne soit pas uniquement orientée vers une gestion de risque de suicide(s), mais vers un accompagnement plus large des besoins de l'ensemble des personnes impactées, des personnes endeuillées, des institutions, de la société.

- Dans les suites d'un suicide, la contagion aux proches apparaît être un raccourci tant les mécanismes en jeu potentiels sont multiples (trauma, maladie mentale, vulnérabilité génétique, violences intrafamiliales...). Dans la méta-analyse des études d'autopsie psychologique du suicide de Favril *et al.* 2022, le deuil ne ressort pas globalement comme un facteur de risque de suicide significatif (OR=1,2 (0,5 - 3,1)) mais une histoire familiale de suicide oui (OR=3,7 (2,3-5,7)) sans qu'on sache le lien de proximité psychologique et l'intervalle temporel entre les suicides des membres de la famille.

- *Hotspots et contagion* :

Le phénomène de contagion est moins évident sur les hotspots. Une étude de Mackenzie *et al.* 2016 sur le *Golden Gate Bridge* ne retrouve pas d'argument pour un effet de regroupement localisé d'événements suicidaires. Une étude de Strauss *et al.* 2017 sur les suicides sur les voies ferrées en Autriche ne retrouve pas non plus d'argument pour un effet de contagion. Il peut donc exister, mais ce n'est pas le mécanisme essentiel et donc il ne semble pas nécessaire qu'il apparaisse dans la définition. En outre, dans la méta-analyse de Pirkis *et al.* 2015, la restriction de l'accès aux moyens létaux est le mécanisme le plus robuste de prévention, indépendamment de toute autre intervention. En d'autres termes, il est efficace seul. La notion de prévention des hot-spots pourrait donc être intégrée dans un pilier spécifique de la Stratégie nationale de prévention du suicide relatif à la restriction de l'accès aux moyens létaux.

<p>Contre l'emploi du terme « mimétisme »</p> <p>Les notions francophones d'imitation ou anglophones de « <i>copycat</i> » ou de « <i>modeling</i> » sont moins neutres que le terme de contagion au regard des hypothèses causalistes. Héritières d'une théorie soulevée dès le début du XX^{ème} siècle par Gabriel Tardé, elles laissent en effet entendre que les suicides en grappe seraient explicables par une propension des personnes vulnérables à « imiter » le geste auquel elles auraient été exposées. Plusieurs arguments épidémiologiques étayaient indirectement cette hypothèse. En cas de suicide de célébrité, par exemple, les victimes de l'effet de contagion sont plus nombreuses parmi les populations partageant le même genre ou le même âge que le défunt. De la même manière, on observe souvent un surcroît de suicides par la même méthode que la célébrité. Néanmoins, il faut souligner que cette hypothèse n'a jamais été prouvée à l'échelon individuel. Par ailleurs, même si la théorie de l'imitation était attestée, elle ne se référerait qu'à un modèle de compréhension comportemental de la contagion suicidaire, lequel laisserait dans l'ombre les mécanismes psychiques (l'imitation est une simple observation comportementale, quels sont les ressorts psychiques qui peuvent l'expliquer ?) et sociologiques (ex. : pression normative, anomie, etc.) à l'œuvre.</p>	<p>Autres termes proposés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mimétisme suicidaire ; - Transmission du geste suicidaire : terme neutre quant à l'origine et au mécanisme sous-jacent.
<p>Notes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Union nationale de prévention du suicide, « Définition du concept de contagion suicidaire », 28 mars 2024 ; - Programme Papageno, « Pour l'emploi de la notion de contagion dans la Stratégie nationale de prévention du suicide », 25 mars 2024 ; - Argumentaire du Pr Fabrice Jollant, 19 février et 26 mars 2024 ; - Argumentaire du Dr Édouard Leaute, 19 février 2024. <p>Références citées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favril L, Yu R, Uyar A, Sharpe M, Fazel S. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. <i>Evid Based Ment Health</i>. 2022 Nov;25(4):148-155. doi: 10.1136/ebmental-2022-300549. Epub 2022 Sep 26. PMID: 36162975; PMCID: PMC9685708 ; - Mackenzie, Donald & Lester, David & Manson, J. & Yeh, Cynthia. (2016). Do Suicides From the Golden Gate Bridge Cluster?. <i>Psychological Reports</i>. 118. 70-73. 10.1177/0033294115625565 ; - Pirkis J, Too LS, Spittal MJ, Krysinska K, Robinson J, Cheung YT. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. <i>Lancet Psychiatry</i>. 2015 Nov;2(11):994-1001. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00266-7. Epub 2015 Sep 22. Erratum in: <i>Lancet Psychiatry</i>. 2015 Nov;2(11):961. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00476-9. PMID: 26409438. 	

Annexe 2

Prévention des phénomènes de contagion suicidaire dans les environnements numériques et les médias

La couverture médiatique du suicide peut avoir un effet négatif ou, a contrario, un effet positif sur le taux de suicide d'une population. Les médias numériques, en raison de leur viralité, représentent un risque, mais aussi une opportunité de prévention, notamment pour les jeunes.

Plusieurs ressources et dispositifs numériques existent pour la prévention, comme des plateformes d'information et des dispositifs de signalement. Toutefois, des améliorations sont nécessaires pour mieux repérer les contenus à risque et renforcer la formation des acteurs du numérique et de la santé mentale.

Après un état des lieux, un plan d'action est proposé afin d'accroître la visibilité des ressources, former les professionnels et renforcer la prévention via le numérique.

▪ Définition

Si les facteurs qui mènent au suicide et ceux qui favorisent sa prévention ne sont pas encore pleinement élucidés, il existe toutefois un consensus général sur la réalité d'un effet négatif ou, a contrario, d'un effet protecteur, imputables à la couverture médiatique de la thématique ou d'un acte de suicide. Ce constat est notamment repris par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui a édité plusieurs recommandations à destination des professionnels des médias pour les encourager à diffuser une information responsable lorsqu'ils traitent ces sujets¹.

Ces effets, désignés respectivement dans la littérature scientifique sous les termes d'effet Werther² et d'effet Papageno³, ont été largement étudiés en lien avec les médias traditionnels. L'effet Werther peut aller jusqu'à l'incitation au passage à l'acte suicidaire alors que l'effet Papageno peut entraîner un renforcement de l'éducation du public, et de la démarche de demande d'aide par les personnes qui présentent un risque suicidaire.

Pour ce qui est des médias numériques, la recherche scientifique avertit sur leur potentiel rôle négatif, amplifié par leur viralité qui rend leur surveillance difficile. Cependant, de façon positive, et du fait même de leur viralité, ces médias sont susceptibles d'atteindre un large éventail de personnes, y compris dans les groupes les plus marginalisés, pour leur fournir des informations sur les ressources de soutien disponibles.

Les liens entre espace numérique et opportunités de prévention ou, à l'inverse, risques de conduites suicidaires, prennent une importance particulière chez les jeunes. En effet, ce public est souvent moins bien informé sur la thématique, alors-même qu'il est aussi plus exposé à une communication irresponsable, notamment par les médias sociaux.

¹ Organisation mondiale de la santé. (2018). Prévention du suicide : une ressource pour les professionnels des médias, mise à jour 2017. Papageno suicide. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272448/WHO-MSD-MER-17.5-fre.pdf>.

² L'effet Werther ou suicide mimétique est un phénomène mis en évidence en 1982 par le sociologue américain David Philipps, qui a étudié la hausse du nombre de suicides suivant la parution dans les médias d'un cas de suicide. Le nom est inspiré par une vague de suicides s'étant produite en Europe lors de la parution du roman de Goethe, Les Souffrances du jeune Werther.

³ L'effet Papageno prend son nom d'après le personnage de l'opéra de Mozart, « La flûte enchantée ». Papageno envisage de se suicider lorsqu'il craint d'avoir perdu son amour mais il lui est rappelé qu'il dispose d'alternatives au suicide qu'il choisit d'emprunter.

▪ Etat des lieux⁴

Les environnements numériques représentent donc à la fois un risque et une opportunité pour la prévention du suicide, et en particulier pour la prévention de la contagion suicidaire. L'analyse du contexte par le groupe de travail a révélé de nombreux éléments positifs, dont :

- La présence de nombreuses ressources d'information dans l'espace numérique : sont particulièrement citées :
 - la plateforme jeprotegemonenfant.gouv.fr proposant des outils pour l'information et l'accompagnement à la parentalité numérique ;
 - les pages concernant la pair-aidance et l'aide par les pairs (ex. : La Maison perchée, *Nightline*, Solidarités usagers psy, *Clubhouse France*...) ;
 - Psycom (<https://www.psycom.org/>) et son offre d'information et de ressources en ligne (annuaires, webinaires, page « quand on a des pensées suicidaires » élaborée avec Santé publique France...).
- L'existence d'un contre-discours face à des contenus problématiques, en particulier par l'action du dispositif « Promeneurs du Net, une présence éducative sur Internet » lancé par les caisses des allocations familiales⁵ depuis 2016 et déployé sur 97 départements. Les Promeneurs du net sont des éducateurs, animateurs, ou des autres professionnels exerçant dans des structures destinées aux jeunes, et leur mission est d'écouter, informer, accompagner, conseiller et prévenir, dans l'espace numérique, auprès de ce groupe de population.
- L'action menée par des dispositifs de signalement des contenus à risque, ainsi que des programmes de régulation du numérique dont notamment :
 - la plateforme [Pharos](#), portail officiel de signalement des contenus illicites de l'internet du Ministère de l'Intérieur ;
 - le programme de protection des mineurs [Safer Internet France](#) avec ses 3 axes représentés par 1/ Internet Sans Crainte, qui est le programme national de sensibilisation des enfants et des jeunes de 6 à 18 ans au numérique, 2/ la ligne d'assistance 3018, portée par l'association e-Enfance pour les jeunes victimes de violences numériques et pour l'accompagnement à la parentalité numérique et 3/ la plateforme « [Point de contact](#) » pour le signalement de contenus numériques illicites.
- La réaction systématique actuelle au mot suicide de certains médias sociaux et des moteurs de recherche internet, faisant apparaître des ressources comme la page et le numéro de SOS Amitié ou du 3114, numéro national de prévention du suicide.

Le groupe de travail a par ailleurs identifié des points à améliorer, notamment :

- Le faible nombre de contenus spécifiques sur la prévention de la contagion suicidaire et leur défaut de visibilité, avec relativement peu d'acteurs formés (ex : modérateurs de contenus, professionnels de santé...) sur le web.
- Les difficultés d'opérationnalisation de la pénalisation de la provocation au suicide ou de la publicité en faveur des moyens de suicide (articles 223-13 et 174 du Code pénal) dans l'espace numérique, qui constitue un défi majeur pour la prévention.
- Le manque de liens entre la Stratégie nationale de prévention du suicide et les outils et ressources nationales du numérique, comme ceux du programme de lutte contre le harcèlement à l'école, e-Enfance/3018, Phare, ou *Safer Internet France*.

⁴ La matrice complète d'état des lieux sur la stratégie numérique est disponible sur demande à DGS-SP4@sante.gouv.fr.

⁵ En partenariat avec le Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes, le Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports et la Mutualité sociale agricole.

- Le peu de travaux de recherche disponibles permettant de consolider un diagnostic et d'identifier des pistes d'action prioritaires. Ces travaux pourraient, par exemple, améliorer les connaissances autour de thématiques telles que les responsabilités éthiques et légales autour des nouvelles technologies de l'informatique et de la communication ou, encore, la façon dont les acteurs de la prévention et des soins perçoivent le numérique.

▪ Plan d'action

Les actions qui suivent devraient dans un premier temps être développées d'ici 2028 par le niveau national, avant un relais au niveau régional.

1. Accroître la mise à disposition et la visibilité des ressources sur les environnements numériques concernant la contagion suicidaire

ACTION 1.1 : Améliorer le référencement des ressources sur les moteurs de recherche

Objectif opérationnel : améliorer le référencement des ressources certifiées concernant le risque suicidaire (en particulier quoi faire en cas de pensée suicidaire) sur les principaux moteurs de recherche et les réseaux sociaux en les priorisant (ressources labellisées, ordre d'arrivée dans les résultats, etc.).

Cibles : entreprises propriétaires des principaux moteurs de recherche (ciblage prioritaire de Google) et des réseaux sociaux.

Pilote : DGS.

ACTION 1.2 : Améliorer l'identification et le signalement des contenus à risque et de nature à inciter au suicide

Objectifs opérationnels :

- Consolider les possibilités de signalement des contenus à risque et de nature à inciter au suicide présents sur les plateformes numériques ;
- Donner à certaines structures en prévention du suicide (associations, pôle national 3114, programmes validés, etc.) le statut de signaleur de confiance de seconde ligne afin que leurs signalements, en lien avec le signaleur de confiance national e-Enfance, soient pris en compte de manière prioritaire par les plateformes comme le prévoit le Règlement européen au travers du *Digital Service Act* ;
- Harmoniser les ressources proposées par ces plateformes en cas de signalement de tels contenus ;
- Explorer les pistes de collaborations entre les dispositifs d'État, les organismes de régulation du numérique, la société civile et les plateformes, afin de renforcer leurs capacités à identifier des contenus à risque suicidaires, ainsi qu'à élaborer des réponses préventives efficaces.

Cibles :

- Dispositifs d'État (ARCOM- autorité de régulation de la communication audiovisuelle et numérique) et organismes oeuvrant pour la régulation du numérique : *Safer Internet France*, plateforme Pharos, E-enfance...
- Numéros de signalement en lien avec la protection de l'enfance et de la jeunesse : 119 (tchat et appels disparition et maltraitance), 116 000 (disparition), 3018 (cyberharcèlement) ;
- Entreprises propriétaires des principaux réseaux sociaux (Instagram, Facebook, ChatGTP, etc.)

Pilote : DGS.

ACTION 1.3 : Accroître la visibilité des tchats déjà existants et déployer le tchat du numéro national de prévention du suicide

Objectifs opérationnels :

- Accroître la visibilité des dispositifs de soutien par dialogue en ligne (tchat) déjà existants (Fil santé jeunes, SOS Amitié, 3018, etc.) et travailler avec ces partenaires à l'amélioration des actions de prévention des phénomènes de contagion suicidaire ;
- Adosser un tchat à la ligne du 3114 afin d'ouvrir un nouveau canal d'accès, notamment pour les jeunes ;
- Renforcer les articulations entre ces différentes propositions d'intervention par tchat (ex : bonnes pratiques à mettre en place en cas de crise suicidaire).

Cibles : population générale avec prise en compte de la lutte contre les inégalités de santé, jeunes, personnes vivant avec un trouble psychique, personnes en situation de handicap.

Pilote : DGS.

ACTION 1.4 : Poursuivre la démarche évaluative du programme de recherche ELIOS⁶

Objectif opérationnel : poursuivre l'évaluation de l'efficacité en matière de prévention du suicide du programme ElioS avec production d'un rapport d'évaluation financé dans le cadre d'un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) fin 2025.

Cible : ElioS est un programme de recherche de prévention du suicide chez les 18-25 ans, porté par le Centre hospitalier universitaire de Lille, qui met à disposition des interventions de prévention de professionnels de santé mentale directement accessibles depuis les réseaux sociaux auprès des jeunes suicidaires.

Pilotes : CHU Lille, Université de Lille, Inserm.

2. Former et sensibiliser les acteurs du numérique et des médias, et ceux de la santé mentale, aux enjeux de la prévention du suicide dans un contexte numérique

ACTION 2.1 : Mettre à disposition des ressources en prévention du suicide auprès des acteurs du numérique susceptibles de repérer et d'orienter des internautes

Objectif opérationnel : sensibiliser des créateurs de contenu numérique, notamment sur les médias sociaux, à la prévention du suicide et mettre à leur disposition des outils facilitant le traitement responsable de la thématique.

Cibles : modérateurs de contenus (tchat, forum, sites web etc.), influenceurs et leurs agents, syndicats des créateurs de contenus.

Pilote : DGS.

ACTION 2.2 : Déployer des formations sur les enjeux du numérique auprès des acteurs de la santé mentale, en priorité les professionnels de santé

Objectifs opérationnels :

- Permettre aux différentes catégories d'acteurs en santé mentale, en particulier les professionnels de santé ou psychologues formés à l'entretien clinique, de renforcer leurs connaissances à l'égard des technologies de l'information et de la communication. Ceci afin de mieux prendre en compte la vie en ligne des personnes dans leurs évaluations et interventions cliniques.

⁶ <https://www.elios-enlien.fr/>

- Renforcer les actions de formation auprès des acteurs assurant des interventions de prévention sur internet afin qu'ils puissent :
 - mieux accompagner des personnes exposées à un suicide (exposition notamment via les médias sociaux) pour prévenir des processus d'identification et des phénomènes de contagion suicidaire,
 - développer des capacités d'accompagnement et de soutien du type « aller vers » sur internet et les réseaux sociaux,
 - repérer mieux et plus rapidement des internautes vulnérables pour les approcher et proposer des ressources d'aide.

Cibles : professionnels de santé (libéraux et hospitaliers), promeneurs du net, acteurs associatifs en prévention du suicide, travailleurs sociaux, pair-aidants, etc.

Pilote : DGS.

ACTION 2.3 : Sensibiliser des professionnels des médias numériques et des acteurs des médias sociaux à un traitement responsable du fait suicidaire

Objectif opérationnel : sensibiliser les étudiants d'écoles de journalisme et les journalistes en activité, ainsi que les acteurs des médias sociaux, aux enjeux d'un traitement médiatique du suicide conforme aux recommandations de l'OMS.

Cibles : étudiants en journalisme, journalistes en activité, influenceurs et leurs agents, syndicats des créateurs de contenus.

Pilote : DGS.

3. Renforcer le discours de prévention de la contagion suicidaire sur les espaces numériques

ACTION 3.1 : Inciter les acteurs de la prévention présents sur le numérique à déployer des activités de veille sur des situations susceptibles de provoquer une contagion suicidaire afin d'y répondre précocement

Objectif opérationnel : améliorer le repérage précoce des situations (les communications, les événements...) pouvant entraîner un risque de contagion suicidaire sur le web afin d'agir en prévention auprès des émetteurs, d'apporter des ressources aux personnes exposées vulnérables et, le cas échéant, d'orienter vers les ressources d'accompagnement et de soin.

Cibles : promeneurs du net, master-web, régulateurs et acteurs de médias sociaux et de communautés en ligne des personnes en difficulté.

Pilote : DGS.

ACTION 3.2 : Encourager des témoignages en prévention du suicide dans l'espace numérique par des personnes concernées

Objectif opérationnel : encourager à une prise de parole numérique sûre et préventive, de personnes concernées sur le sujet des conduites suicidaires, notamment en vue de favoriser la pair-aidance et une démarche favorisant le recours à l'aide et aux soins.

Cibles : personnes concernées par des idées suicidaires et/ou des troubles psychiques.

Pilote : DGS.

4. Promouvoir des actions de recherche concernant l'impact du numérique sur les phénomènes de contagion suicidaire

Objectif opérationnel : renforcer le soutien aux travaux de recherche permettant l'accroissement des connaissances à l'égard des technologies de l'information et de la communication en lien avec les phénomènes de contagion suicidaire.

Cibles : organismes de soutien et de financement de la recherche.

Pilote : DGS.

▪ Indicateurs annuels de suivi proposés pour le niveau national

- Nombre d'acteurs de prévention présents sur le numérique sensibilisés à la prévention du suicide ;
- Nombre d'outils mis à disposition des acteurs de la prévention présents sur le numérique ;
- Nombre d'acteurs de la prévention non présents sur le numérique sensibilisés aux enjeux de la contagion suicidaire en lien avec internet ;
- Nombre d'acteurs des médias numériques et des médias sociaux sensibilisés à la contagion suicidaire ;
- Nombre d'étudiants en journalisme et de journalistes en activité sensibilisés au traitement médiatique responsable d'un fait suicidaire ou du sujet du suicide ;
- Nombre de sites internet d'information et de prévention en santé mentale mettant en lumière des témoignages de personnes concernées sur la prévention du suicide ;
- Nombre d'appels à initiative lancés pour la recherche, sur le sujet des phénomènes de contagion suicidaire.

Postvention individuelle et collective

La postvention regroupe les différentes actions mises en place pour accompagner de manière individuelle et/ou collective les personnes exposées à un décès par suicide ou à une tentative de suicide. Les actions de postvention sont rapidement déclenchées à la suite de l'évènement suicidaire, et leur durée varie selon les situations. En France, les notions de postvention « individuelle » et « collective » sont dissociées sur le plan théorique. Dans la pratique, les interactions entre les dimensions individuelles et collectives de la postvention sont toutefois nombreuses.

A. Postvention individuelle

▪ Définition

La postvention individuelle renvoie à l'ensemble des dispositifs et interventions mis en place (entretiens individuels, groupes de parole, prise de contact par téléphone, etc.) pour repérer et intervenir auprès des personnes exposées à un décès par suicide ou à une tentative de suicide (endeuillées et témoins).

▪ État des lieux¹

En moyenne, pour chaque suicide, 135 personnes sont exposées. Parmi elles, entre 6 et 14 appartiennent à l'entourage et peuvent donc être endeuillées et plus fortement impactées². Ceci représente pour la France un total d'environ 100 000 personnes concernées chaque année.

Le deuil après suicide peut être particulièrement difficile, avec un risque plus élevé d'impact délétère sur la santé mentale. En particulier, les deuils pathologiques sont plus fréquents (25 à 43 %) ainsi que les idées suicidaires (14 à 49 %), spécialement chez les conjoints, les mères endeuillées par le suicide d'un enfant adulte ou les enfants endeuillés par le suicide de l'un de leurs parents³.

L'analyse des éléments de contexte en France sur cette thématique a révélé de nombreux points positifs, dont notamment :

- Un tissu associatif et professionnel qui existe de longue date sur le territoire national (réseau de l'Union nationale de prévention du suicide, UNPS⁴ ; Phare enfants-parents ; collectif DeuilS, etc.)
- Des actions de la Stratégie nationale de prévention du suicide qui facilitent le repérage des situations à risque de contagion suicidaire (cf. Vigilans et le 3114 qui comptent parmi leurs publics ciblés les endeuillés par suicide).
- Une expérience vaste des cellules d'urgences médico-psychologiques (CUMP), les soins post immédiats individuels et collectifs après suicide faisant partie des besoins d'intervention pour lesquels les CUMP sont déployées.

¹ La matrice complète d'état des lieux sur la postvention individuelle est disponible sur demande à DGS-SP4@sante.gouv.fr.

² Andriessen et al. 2017. Prevalence of exposure to suicide: A meta-analysis of population-based studies.

³ Pitman, A., Osborn, D., King, M., & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet. Psychiatry*, 1(1), 86-94. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70224-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70224-X)

⁴ [Fiche 9 - L'action de l'Union nationale de prévention du suicide et ses possibles développements.pdf](#)

- La disponibilité pour les endeuillés par suicide de supports documentaires et de ressources numériques d'accès facile, tels que des livrets mis à disposition par l'UNPS⁵ ou le collectif DeuilS⁶ ou, encore, la plateforme sur internet ESPOIR, portée par le Centre de prévention du suicide du CH Le Vinatier (Lyon)⁷.
- Le dispositif Alinéa⁸ d'accompagnement des proches endeuillés par suicide animé par des professionnels de santé et en collaboration avec les forces de l'ordre. Ce dispositif, financé dans le cadre du Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) par l'ARS Bretagne, a fait l'objet d'une évaluation positive de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) en 2024. Les ARS intéressées par ce dispositif peuvent également le déployer sur leur territoire dans le cadre des prochains FIOP.

Des points d'amélioration ont aussi été signalés, en particulier :

- Malgré la qualité des ressources disponibles, trop peu de personnes concernées y ont accès, ce qui contribue à des retards de prise en charge⁹.
- Un nombre relativement faible d'acteurs spécifiquement formé à l'accompagnement et au suivi clinique du deuil après suicide.
- Le fort poids des inégalités sociales et territoriales avec :
 - o Des inégalités territoriales en matière de professionnels et d'associations accompagnant les personnes endeuillées par suicide ;
 - o Une utilisation de ressources disponibles à ce jour essentiellement par les publics les plus aisés (ayant une plus grande facilité d'accès à l'information) et par les femmes (biais de genre important) ;
 - o La surreprésentation des facteurs de risque dans les groupes de population confrontés à la précarité.
- Les difficultés de repérage des personnes endeuillées par suicide, en particulier les enfants et adolescents, alors même qu'ils présentent un risque suicidaire ultérieur important.
- La relative méconnaissance de la diversité des acteurs territoriaux intervenant sur ce champ ainsi que la faible lisibilité de leurs articulations (associations, CUMP, acteurs du psycho-trauma, 3114, etc.).

▪ **Plan d'action**

A/ À mettre en œuvre au niveau national

1- État des lieux des ressources existantes

Dans le cadre des travaux actuellement pilotés par Santé.fr visant à mettre en place un annuaire des ressources en santé mentale et en prévention du suicide, l'intégration du recensement des ressources en postvention individuelle (associations, professionnels de santé proposant des consultations dédiées, etc.) a été validée. L'annuaire en prévention du suicide destiné dans un premier temps aux répondants du 3114 devrait être opérationnel en fin d'année 2025.

Sur cette base, un annuaire en santé mentale accessible au grand public et incluant l'offre en postvention individuelle sera établi ultérieurement.

⁵ https://www.unps.fr/unps_images/documentation/brochure-culpabilite-bd-web.pdf

⁶ [Le-deuil-une-histoire-de-vie.pdf \(empreintes-asso.com\)](#)

⁷ <https://espoir-suicide.fr/>

⁸ [Fiche 10 - Alinéa, un dispositif de postvention précoce et proactif d'accompagnement des proches endeuillés par suicide.pdf](#)

⁹ Rapport scientifique final, 2023, IRESP, Plateforme ESPOIR2S, Dr Édouard Leane et al.

B/ À mettre en œuvre au niveau des Agences régionales de santé (calendrier à la main des ARS)

2- Liste des milieux de vie et publics cibles à prioriser (livrable commun aux travaux sur la postvention collective)

Dans le cadre de la lutte contre les inégalités de santé, un plan de priorisation concernant les publics cibles des interventions est à établir par les ARS à partir des ressources suivantes :

- Données épidémiologiques à collecter auprès des cellules épidémiologiques de Santé publique France en région, des observatoires régionaux de santé existants, et à partir des remontées des événements indésirables graves des établissements de santé (exemple : données sur les suicides et les tentatives de suicide à croiser avec des données socio-économiques de contextualisation des événements).
- Expertise des acteurs locaux en prévention du suicide.
- Matrice d'état des lieux complété par le groupe de travail national¹⁰.

À noter la nécessité de prendre en compte également, dans la constitution de cette liste, les tentatives de suicide car elles ont un fort impact sur les organisations et les personnes.

3- Cartographie des acteurs intervenant sur ce champ en précisant les articulations possibles entre eux (livrable commun aux travaux sur la postvention collective)

Un travail a été mené par la DGS avec les ARS ayant participé aux groupes de travail sur la postvention (individuelle et collective) afin d'établir un modèle de trame facilitant l'élaboration d'une cartographie présentant les différents acteurs intervenant sur ce champ. Cette trame est diffusée à l'ensemble des ARS pour que chacune puisse utiliser cet outil en fonction des réalités de son territoire.

C/ Autres actions identifiées dans un premier temps au niveau national avant relais au niveau régional

4- Formation

Les formations en prévention du suicide proposées actuellement dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention du suicide (modules sentinelles, évaluation-orientation, intervention de crise) n'évoquent pas spécifiquement la question de la postvention. L'analyse du groupe de travail est qu'il n'est pas souhaitable d'ajouter ces éléments dans les modules, compte tenu du temps de formation imparti (déjà court pour les contenus à délivrer). Il existe néanmoins un besoin confirmé de formation sur la postvention individuelle. Un travail spécifique sera conduit au niveau national sur ce sujet.

5- Communication

Bien qu'environ 100 000 personnes par an soient endeuillées par suicide, il n'existe pas d'action de communication dédiée à cette problématique. Or, des actions de communication ciblées peuvent contribuer à renforcer les facteurs de protection et à rompre les tabous sur le sujet.

¹⁰ Cette matrice est disponible sur demande à DGS-SP4@sante.gouv.fr.

Pour mettre davantage en visibilité le deuil après suicide, il est acté :

- De relayer au niveau national les actions mises en place par les endeuillés par suicide lors de la journée internationale du deuil après suicide du 18 novembre.
- De mettre davantage en valeur cette thématique sur les différents supports de communication du ministère en charge de la santé ainsi que de Santé publique France.

Les ARS sont également invitées à relayer ces informations et à mettre davantage en lumière cette thématique en proposant aux publics des informations et des ressources d'aide spécifiques.

6- Recherche

Afin d'améliorer les connaissances sur le deuil après suicide, un autre axe d'action consiste à sensibiliser les acteurs nationaux finançant la recherche (Agence nationale de la recherche, Mission interministérielle recherche et enseignement supérieur, Observatoire national du suicide, etc.) aux enjeux d'une meilleure compréhension de cette thématique.

Par exemple, il a été convenu, en lien avec l'association Empreintes, de proposer d'intégrer des questions sur le deuil après suicide à l'enquête récurrente du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) « Les Français face au deuil ».

▪ Indicateurs de suivi proposés

Au niveau national

- Nombre annuel d'appels au 3114 de personnes endeuillées par suicide¹¹ ;
- Intégration des ressources en postvention individuelle dans les annuaires spécifiques Santé.fr ;
- Structuration d'une action de formation dédiée à la postvention individuelle ;
- Nombre de publications ou relais d'information réalisés sur le deuil après suicide par le ministère chaque année ;
- Intégration de questions spécifiques sur le deuil après suicide dans les prochaines enquêtes du CREDOC.

Au niveau régional

- Plan de priorisation des milieux de vie et des publics cibles ;
- Cartographie des acteurs intervenant sur ce champ en précisant les articulations possibles entre eux, à mettre à jour régulièrement ;
- Nombre de communications ou relais d'information réalisés chaque année par les ARS sur le deuil après suicide (communiqué de presse, relais sur les réseaux sociaux, site internet ARS, participation à des colloques/forums, etc.)

B. Postvention collective

▪ Définition

La postvention collective désigne l'ensemble des interventions (accompagnement 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 (milieu éducatif, travail, communautés de vie, familles, proches, etc.) ou témoins d'un suicide (transports en commun, aides à domicile, voisins, forces de l'ordre, etc.). Ces actions doivent être anticipées et consignées dans un plan d'action élaboré par chaque institution (organisme, service, etc.)

¹¹ Indicateur qui sera disponible à terme ; des travaux au niveau du système d'information du 3114 sont nécessaires en amont avant de pouvoir disposer de données qualitatives de ce type.

▪ État des lieux¹²

Sur le plan statistique, le suicide en institution reste un évènement rare. Les structures les plus touchées sont connues : hôpitaux (en particulier psychiatriques)¹³, prisons et, plus rarement, établissements éducatifs d'enseignement supérieur. La mise en place d'une démarche de postvention au sein de ces structures permet de prévenir les risques portant atteinte à la santé mentale de l'ensemble des personnes exposées à un suicide. Elle pourrait aussi faciliter une démarche de prévention du suicide au sein de ces structures¹⁴.

Lors du groupe de travail sur la postvention collective, de nombreux facteurs positifs de contexte ont été recensés :

- La Stratégie nationale de prévention du suicide inclut déjà des actions contribuant à la postvention collective telles que la détection de risques par Vigilans et le programme Papageno qui met en place des plans de postvention collective. Par exemple, le programme Papageno conduit plusieurs expérimentations dont : (a) dans la région des Hauts-de-France avec un financement par l'ARS au niveau de plusieurs établissements (université, centre régional des œuvres universitaires et scolaires -CROUS, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes -EHPAD, etc.) ; (b) au niveau de la Police nationale sur la compagnie républicaine de sécurité et les secteurs urbanisé et semi-urbanisé ; (c) en Nouvelle-Aquitaine, au sein de l'Université et du CROUS de Bordeaux.
- Des outils produits par les associations en prévention du suicide sont aujourd'hui disponibles (ex. : guide méthodologique de l'Union nationale de prévention du suicide sur la conduite à tenir en cas de suicide d'un salarié sur le lieu de travail, 2023).
- D'autres plans de postvention en cours de déploiement sur le territoire national, dont notamment :
 - Plan de postvention de la Direction de l'administration pénitentiaire de 2017 : mémento visant à préciser les actions pertinentes de postvention à mettre en place l'égard de l'ensemble des personnels, des intervenants, des codétenus et de la famille à la suite du suicide d'une personne détenue ;
 - Plan sur le risque suicide dans le milieu agricole guyanais déployé par une équipe mobile en prévention suicide du Centre ressources en prévention suicide (CRPS) de 2022 : ce travail s'inspire des outils québécois des équipes du Pr Monique SEGUIN. Les actions proposées ont été adaptées aux caractéristiques du territoire et du monde agricole guyanais.

Les principaux points d'amélioration dans le contexte mis en avant par le groupe de travail sont les suivants :

- Fortes disparités territoriales quant à la prise de conscience sur cette thématique, et à la mise à disposition de ressources ;
- Manque de lisibilité du champ de démarcation des différents acteurs de la postvention et de leurs articulations.

¹² La matrice complète d'état des lieux sur la postvention collective est disponible sur demande à DGS-SP4@sante.gouv.fr.

¹³ Rapport de la Haute Autorité de santé, juillet 2022, « Les suicides et tentatives de suicide des patients » : les suicides et tentatives de suicide constituent la première cause de déclaration d'événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) pouvant survenir lors de la prise en charge d'un patient en établissement de santé ou lors de l'accompagnement d'une personne en structure sociale ou médico-sociale et représentent 20,3 % de l'ensemble des déclarations, soit 795 cas.

¹⁴ Déploiement d'actions ou de stratégie de postvention - une revue systématique de la littérature, Monique Séguin et al, 2017.

- Manque d'homogénéité et de cadre référentiel dans les actions de postvention collectives menées localement ;
- Méconnaissance sur ce que constitue un plan de postvention : ils sont parfois confondus avec la prévention des risques psycho-sociaux ou encore avec le repérage de l'urgence suicidaire, notamment par les managers, les syndicats ou les services de médecine du travail.

- **Plan d'action**

1. Lignes directrices pour la mise en place d'une stratégie régionale de postvention collective

1.1 Conditions de réussite pour la mise en place d'une stratégie régionale de postvention

Pour les ARS :

- Prioriser les structures ou milieux d'intervention sur la base d'un état des lieux effectué par les ARS (cf. liste des milieux et publics prioritaires supra) et les sensibiliser sur les bénéfices apportés par ce type de plan ;
- Disposer de moyens budgétaires dédiés¹⁵ et prévoir l'implication financière directe des structures en demande ;
- Prévoir les partenariats nécessaires pour la mise en place opérationnelle de ces plans de postvention, ce en raison de l'expertise à déployer et de la complexité et durée du travail à réaliser sur la compréhension de l'écosystème de chaque structure concernée (contexte organisationnel, sociologique, historique, rencontres avec les forces en présence) ;
- Contextualiser, prendre en compte les particularités des territoires et des personnes qui interviennent ;
- Envisager le plan comme un levier pour l'implantation des autres axes de la Stratégie nationale de prévention du suicide et plus globalement comme une occasion de sensibiliser la structure aux enjeux de prévention ;
- Organiser une animation en réseau (webinaires, réunions annuelles, etc.) des différentes cellules de postvention ainsi installées en région. Cette animation pourrait permettre collectivement d'identifier des freins, des bonnes pratiques et des éléments d'actualisation.

Pour les structures souhaitant déployer un plan de postvention :

- Prévoir un accompagnement à l'élaboration et appropriation du plan par un acteur expert (condition indispensable qui permet de s'adapter aux particularités du terrain et de rassurer les équipes sur leur capacité à gérer ce type d'évènement efficacement et un toute sécurité) ;
- Installer une cellule en charge de la coordination du déploiement du plan ou « cellule de postvention ». Une analyse préalable est nécessaire pour définir le bon niveau où installer cette cellule selon la nature de la structure et de son organisation (par exemple, au sein de la présidence avec comme coordonnateur le directeur de cabinet). Pour cette installation, il est conseillé :

¹⁵ À titre d'exemple, l'ARS Hauts-de-France consacre 60 000€/an en FIR au déploiement de plans de postvention dans sa région (moyens humains : 0,8 ETP pour la formation et l'accompagnement des institutions + 0,04 ETP pour la communication ; moyens matériels (impressions, achats d'ouvrages etc.) ; frais de déplacement et repas ; charges de fonctionnement).

- la sensibilisation des acteurs clés pour la réussite de la démarche, en particulier de : (a) l'équipe de direction, afin de lever des fausses représentations sur le sujet du risque suicidaire ainsi que les articulations avec les actions concernant les risques psychosociaux ; (b) les syndicats pour présentation de la démarche et s'assurer d'une bonne collaboration,
- la mise en place la cellule de postvention à un niveau hiérarchique élevé mais en faisant connaître la démarche à tous les responsables opérationnels.
- Identifier et former les personnels intermédiaires entre la direction et les personnels, pour qu'ils puissent véhiculer l'information ;
- S'appuyer sur les ressources internes des institutions, en particulier la médecine du travail et la médecine scolaire.

1.2 Éléments essentiels d'un plan de postvention

Un plan de postvention doit être déclenché dans les suites immédiates d'un suicide, et certaines actions doivent être prolongées pendant l'année qui suit, avec une vigilance particulière pour la date anniversaire de l'événement.

Le plan doit inclure des interventions à mettre en place au niveau institutionnel :

- Actions en direction des personnes concernées : repérage des personnes les plus affectées, accompagnement psychologique, etc.
- Actions de communication sur deux niveaux : d'une part, la communication interne à la structure (comment parler de l'événement au sein de la structure et de son milieu), et d'autre part, la communication externe à contrôler au niveau des médias et des réseaux sociaux afin d'éviter un risque de contagion suicidaire. Sur ce dernier volet, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a édité plusieurs recommandations à destination des médias afin de promouvoir un traitement du suicide précautionneux¹⁶ (par exemple, ne pas faire de description détaillée de la méthode utilisée dans un suicide ou une tentative de suicide).
- Actions en lien avec les différents partenaires : les partenaires à mobiliser ou, a minima, à tenir informés de l'existence d'un plan de postvention en interne ou en externe de la structure doivent être identifiés précisément au moment de la mise en place du plan en fonction de chaque contexte (acteurs de la stratégie régionale de prévention du suicide, CUMP, associations, etc.).

1.3 Ressources disponibles (plans et outils de postvention collective proposés par certains acteurs, liste non exhaustive)

- Opérateurs proposant des plans de postvention avec un accompagnement au déploiement : programme Papageno¹⁷ ;
- Opérateurs proposant des plans et/ou des outils de postvention collective :
 - UNPS : guide méthodologique¹⁸ sur la conduite à tenir en cas de suicide d'un salarié sur le lieu de travail,
 - Association québécoise de prévention du suicide (ANQPS) : programme de postvention « Être prêt à agir à la suite d'un suicide »¹⁹,
 - Institut régional Jean Bergeret de la Fondation ARHM : trois fiches repères sur les enjeux et les démarches de postvention spécifiques aux milieux sanitaires et médico-sociaux, rédigées avec le soutien de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes²⁰.

¹⁶ Ces recommandations de l'OMS en direction des médias sont accessibles sur le lien suivant : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240076846>.

¹⁷ [Membre d'une institution | Papageno-suicide](#)

¹⁸ https://www.unps.fr/unps_images/documents/guide-suicide_salarie_travail_unps.pdf

¹⁹ https://aqps.info/wp-content/uploads/2024/03/Programme-Postvention_FR_2024.pdf

²⁰ [Conduites suicidaires - Site de l'Institut Bergeret](#)

2. Liste des milieux de vie et publics cibles à prioriser

Il s'agit d'un livrable commun postvention individuelle et collective (cf. indications supra) à établir par chaque ARS dans le cadre de sa lutte contre les inégalités de santé.

3. Cartographie des acteurs intervenant sur ce champ en précisant les articulations possibles entre eux

Il s'agit d'un livrable commun postvention individuelle et collective (cf. indications supra) à établir par chaque ARS avec l'aide de la trame fournie par la DGS et à mettre à jour annuellement.

▪ Indicateurs de suivi proposés

Au niveau régional

- Liste de priorisation à établir d'ici 2 ans des milieux de vie et des publics cibles pour lesquels des plans de postvention collective doivent être définis ;
- Cartographie des acteurs intervenant sur ce champ en précisant les articulations possibles entre eux avec mise à jour annuelle à établir d'ici 2 ans ;
- Nombre annuel cumulatif de structures avec un plan de postvention collective opérationnel mis en place avec le soutien de l'ARS d'ici 5 ans.

Identification et mise en place d'un plan de prévention des hotspots

L'état des lieux de la prévention des suicides dans les lieux à risque (hotspots) montre des avancées notables avec des actions comme celles du programme Papageno et de la SNCF, ainsi qu'une première cartographie des hotspots. Cependant, des défis persistent : absence de définition commune des hotspots, coordination complexe entre acteurs, et difficultés dans le recensement des données. Un plan d'action est proposé, comprenant des lignes directrices pour les ARS sur l'identification et la sécurisation des lieux à risque, ainsi que des mesures pour améliorer le recensement des données et renforcer la prévention à l'échelle nationale et régionale.

▪ État des lieux¹

La réalisation de l'état des lieux des ressources sur le champ des hotspots a révélé de nombreux éléments de contexte positifs :

- La stratégie nationale de prévention du suicide comporte déjà des actions contribuant à la prévention des hotspots : (a) l'instruction du 10 septembre 2019 inclut les premières lignes directrices sur ce champ ; (b) conformément à l'instruction du 6 juillet 2022, le programme Papageno intervient, sur sollicitation, sur des hotspots afin de conseiller les acteurs locaux quant à la mise en œuvre de pratiques validées au niveau international ; (c) les dispositifs Vigilans et 3114 peuvent participer au repérage de ces lieux et à leur veille, une fois qu'ils sont identifiés, etc.
- L'existence de données probantes à niveau international sur cette problématique, ses moyens de prévention et leur efficacité.
- Des initiatives et expérimentations concernant l'identification et la prévention des hotspots déjà en cours sur le territoire national :
 - La RATP, SNCF Transilien et IDF Mobilités déploient depuis plusieurs années des actions pour identifier et agir en prévention dans les lieux identifiés comme à risque suicidaire : aménagements physiques dans les gares et stations, formations par l'Union nationale de prévention du suicide (UNPS) pour les agents en contact avec le public, actions de communication en prévention du suicide en lien avec l'UNPS et le 3114 ;
 - Le programme Papageno déploie plusieurs actions sur le sujet, en particulier : (a) l'élaboration d'un document de synthèse de la littérature internationale avec identification de pistes d'action ; (b) la production d'une cartographie nationale des suicides sur les rails avec SNCF Réseau, offrant une précision géographique et une exhaustivité du nombre des décès ; (c) un travail spécifique concernant les suicides sur les voies de chemin de fer en partenariat avec le programme européen de recherche Reduction of suicides and trespasses on railway property (RESTRAIL) ; (d) un accompagnement à l'expérimentation conduite par l'ARS ARA visant à cartographier les hotspots de la région et les sécuriser avec recensement des bases de données existantes, élaboration d'une méthodologie scientifique de cartographie transposable à l'échelon national et production de recommandations.

¹ La matrice complète d'état des lieux sur la stratégie numérique est disponible sur demande à DGS-SP4@sante.gouv.fr.

- Le nombre de hotspots dans chaque région qui, sur le plan statistique, semble relativement limité. Ainsi, les premiers résultats de l'expérimentation menée par l'ARS ARA montrent qu'il existe entre 17 à 20 hotspots dans cette région ; cela rend donc réaliste la possibilité pour les ARS d'identifier ces lieux pour y déployer un plan de prévention.
- L'amélioration du recensement des données autour des hotspots, en particulier concernant : (a) l'amélioration du recensement du nombre de suicides au niveau national intervenus sur la voie publique qui est en lien avec l'augmentation continue du nombre de certificats de décès dématérialisés ; (b) le dispositif de détection précoce de l'évolution de la fréquence des tentatives de suicide dans les zones rurales, en lien avec le réseau OSCOUR®, expérimenté par Santé publique France et qui pourrait permettre d'améliorer le repérage d'éventuels hotspots ; (c) la possibilité de repérage des hotspots à partir des bases de données de régulation du Service d'aide médicale urgente (SAMU) et/ou du Service d'accès aux soins (SAS) psy.

Les difficultés du contexte et principaux points d'amélioration mis en avant par le groupe de travail sont les suivants :

- Il n'existe pas à ce jour de définition universelle de la notion de hotspots ni de consensus scientifique autour du nombre de suicides minimal sur une période donnée, sur la limite géographique du site concerné ou, encore, sur la typologie des lieux (par ex. lieux publics vs lieux privés).
- La Stratégie nationale de prévention du suicide, à ce jour, ne traite pas spécifiquement la restriction de l'accès aux moyens létaux. Or, cette question constitue l'un des leviers de lutte contre la contagion suicidaire mais est plus largement reconnue comme une des mesures essentielles en prévention du suicide.
- La coordination des acteurs concernés par la mise en place d'un plan d'action sur un hotspot est complexe. En effet, les acteurs à impliquer sur l'action appartiennent à des champs très divers (par ex. élus, acteurs de l'habitat, acteurs du patrimoine, etc.) et peuvent se situer à des différents niveaux (par ex. niveau local pour une action mais niveau national pour la production de données). Un des facteurs à prendre en compte est le manque de culture commune sur le sujet des hotspots, voire parfois plus largement sur le suicide.
- Au niveau de la réglementation, les codes du travail et de la construction et de l'habitation récemment modifiés (en 2022) n'intègrent pas de recommandations en matière de prévention du suicide² ce qui peut rendre difficiles à la fois les actions de prévention et de sécurisation.
- L'existence parfois d'enjeux économiques autour d'un hotspot, par ex. en lien avec l'attractivité territoriale d'une commune, peut compliquer la prise de décisions autour du choix d'actions à mener pour sa prévention ou sécurisation.
- Le risque de médiatisation relativement fréquent pour les suicides liés à un hotspot augmente le risque de contagion suicidaire.
- Des obstacles sur le recensement des données permettant d'identifier les hotspots persistent, notamment en lien avec :

² L'article L. 111-1 du Code de la construction et de l'habitation dont notamment le 3/ définition des bâtiments ou aménagements accessibles à tous et le 7/ définition du champ technique. Dans la sécurité d'usage, confer notamment L. 134-12 : les bâtiments sont conçus et construits de manière à éviter les chutes accidentelles de hauteur des personnes, dans le cadre d'un usage normal. Il en va de même pour les structures provisoires et démontables pendant toute la durée de leur utilisation.

- l'absence d'une méthodologie définie au niveau national de collecte de données routinières, centralisées et exploitables des lieux de passage à l'acte suicidaire, ce qui entraîne un risque de disparités régionales dans l'identification des hotspots,
 - Le manque d'exhaustivité des données existantes sur le nombre de suicides par site. En effet, les certificats de décès à ce jour indiquent le lieu dans lequel le décès est intervenu (ex : à l'hôpital) mais non le lieu du passage à l'acte,
 - L'inexistence d'une veille systématisée des hotspots identifiés en France.
- De risques particuliers, inhérents au sujet des hotspots, doivent être contrôlés par les acteurs impliqués :
- la cartographie des hotspots par les différents acteurs territoriaux doit rester un document confidentiel afin de ne pas accroître une réputation déjà établie et renforcer ainsi le risque de contagion suicidaire,
 - Les caractéristiques et le coût de la sécurisation des lieux peuvent inciter les acteurs à se limiter à des actions moins onéreuses, même si elles sont insuffisantes au regard de ce qu'il est possible de faire (par exemple, se limiter à de l'affichage de ressources quand une sécurisation est possible également) ou à des actions partielles. C'est le cas notamment pour l'installation de certaines mesures de sécurisation (par ex. des portes palières) qui sont à la fois coûteuses et très visibles (ce qui peut représenter un problème pour l'esthétique du site).

▪ **Plan d'action**

1. Lignes directrices pour la mise en place par les ARS d'une stratégie de prévention concernant les lieux à risque suicidaire

Ces lignes directrices sont composées des éléments suivants :

- une proposition de définition large des lieux à risque suicidaire limitant l'effet de seuil et accompagnée de points d'attention pour que les ARS puissent, sur la base d'un faisceau d'indices, identifier un lieu donné comme un hotspot ;
- des éléments de méthodologie permettant d'outiller les ARS pour cartographier et mettre en place les actions de prévention sur ces lieux à risque suicidaire.

1.1. Définition des lieux à risque suicidaire

Un hotspot est un site spécifique, accessible au public, fréquemment utilisé comme un lieu de suicide compte tenu de sa facilité d'accès, de sa symbolique et/ou de sa létalité perçue.

- Seuil proposé pour l'identification du site par les ARS : 5 suicides ou plus sur 10 ans³ ;
- Seuil proposé pour la sécurisation du site par les ARS et autres acteurs impliqués : au moins 2 suicides sur une année civile⁴.

³ Jane Pirkis, Lay San Too, Matthew J Spittal, Karolina Kryszynska, Jo Robinson, Yee Tak Derek Cheung. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 994–1001.

Hemmer A, Meier P, Reisch T (2017) Comparing Different Suicide Prevention Measures at Bridges and Buildings: Lessons We Have Learned from a National Survey in Switzerland. *PLoS ONE* 12(1).

⁴ Owens C., Harwick R., Charles N., Watkinson G., "Preventing suicides in public places. A practice resource", *Public Health England*, November 2015, 51 p. PHE publications gateway number : 2015497.

Cox G. R., Owens C., Robinson J., Nicholas A., Lockley A., Williamson M., Cheung Y. T. D., Pirkis J., Interventions to reduce suicides at suicide hotspots ; a systematic review, *BMC Public Health*, 13, n° 214, 2013.

1.2. Caractéristiques des hotspots

- Types de lieux concernés : les hotspots concernent généralement les lieux publics et privés accessibles au public dans lesquels les personnes peuvent se suicider, généralement parce que le lieu présente un moyen léthal et/ou l'impossibilité d'être secouru. Ces lieux sont variés : ponts, falaises, cours ou retenues d'eau, forêts, voies ferrées/routières, centres commerciaux, parkings, tours d'entreprise, hôtels, etc.
- Types de mesures de prévention à mettre en place : ce n'est pas vraiment la nature du lieu qui distingue ce qui relève d'un plan de prévention pour un hotspot ou d'un plan de postvention collective, mais le type de public qui s'y suicide. Ainsi, par exemple, si des visiteurs se suicident dans un musée, on identifiera le lieu comme un hotspot car attirant le tout-venant. En revanche, si ce sont des personnes internes à l'organisation du musée (salariés ou bénévoles) qui s'y suicident, il s'agit d'une situation concernant la postvention collective. Sont donc exclus de la notion de hotspot les institutions telles que les hôpitaux psychiatriques ou les prisons car, même si plusieurs suicides peuvent y avoir lieu sur une période donnée, ce ne sont pas des lieux facilement accessibles au public.
- Diversité d'acteurs à impliquer dans le plan d'action : l'identification et la prévention concernant un hotspot présentent la particularité d'impliquer un nombre important d'acteurs, aussi bien du secteur public que du privé (ARS, collectivités territoriales, préfetures, opérateurs ou gestionnaires d'infrastructure, associations, etc.). De plus, un même hotspot peut parfois relever de plusieurs municipalités, préfetures, opérateurs privés, etc.

1.3 Éléments de méthodologie pour la cartographie et mise en place des actions de prévention sur des hotspots

Pour les ARS, l'accompagnement par un opérateur expert est nécessaire pour réaliser une cartographie et un plan de prévention des lieux à risque suicidaire.

1.3.1 Cartographie des hotspots

Un travail fin de repérage et de collecte de données doit être mis en œuvre afin de recenser les multiples sources de données officielles (instituts médico-légaux, SNCF, compagnie de transports de la collectivité en question, EDF...). Ensuite, ces données officielles sont à coupler avec des informations collectées en continu par une veille de terrain assurée par différents acteurs tels que les délégations départementales des ARS, les partenaires de la stratégie régionale de prévention du suicide (VigilanS, associations, 3114, etc.), les médecins du travail, la police, les sapeurs-pompiers, etc.

Dès cette étape de repérage, les acteurs des différents bords doivent être sensibilisés à la prévention du suicide en général, et plus particulièrement au sujet des hotspots afin d'instaurer un cadre collaboratif permettant le partage de données confidentielles.

1.3.2 Actions de prévention sur les lieux identifiés

Pour créer les conditions permettant la mise en œuvre des actions de prévention sur un site, un travail de sensibilisation sur la prévention du suicide auprès des acteurs concernés doit être mené, avec les points suivants à rappeler :

- Le caractère non fataliste du suicide ;
- L'efficacité prouvée de la sécurisation des sites avec une baisse significative des suicides sur les lieux. Ainsi, la sécurisation permet dans un premier temps d'obtenir un important effet dissuasif en lien avec l'amenuisement de la létalité perçue du lieu. Dans un second temps, en cas de passage à l'acte, la mort est moins fréquente.

- L'absence de report du lieu et de la méthode dans la majeure partie des cas observés lorsqu'un site est sécurisé. En effet, la sécurisation d'un site n'entraîne pas l'émergence d'un nouveau hotspot⁵.

Les actions probantes à mettre en place et à articuler en fonction de la réalité de chaque site sont :

1.3.2.1 Sécurisation du site

La sécurisation du site constitue la mesure la plus efficace indépendamment de toute autre intervention⁶. Plusieurs modalités de sécurisation sont possibles selon les caractéristiques du site (filets horizontaux, barrières verticales, portes palières, caméras de surveillance, hauts parleurs, lumières bleues, etc.). Le type de sécurisation choisie doit être ajusté aux spécificités locales.

Exemples de moyens de sécurisation :



Sécurisation par filet horizontal



Sécurisation par barrière verticale

Une stratégie de communication est essentielle à déployer autour de la sécurisation d'un hotspot. Il s'agit essentiellement de responsabiliser les médias et les rendre partenaires de la prévention. Ainsi, il est nécessaire de communiquer l'information en amont aux médias tout en soulignant l'importance de ne pas communiquer au public afin d'éviter un effet contre-productif de renforcement de la popularité du site. Pour ce faire, par exemple, des documents explicatifs peuvent être rédigés à l'intention des médias et/ou les différents partenaires ; des mails personnalisés peuvent être adressés aux rédactions ; des séances d'information peuvent être organisées à leur intention, etc.

Par ailleurs, quelques sites, comme certains sites naturels, ne sont pas susceptibles d'être sécurisés. Dans ce cas de figure, d'autres mesures sont à mettre en place (cf. voir ci-dessous les actions complémentaires). Par exemple, dans le cas d'un site naturel en Suisse non sécurisable, il a été décidé d'installer une cabine téléphonique facilitant une demande d'aide. Un travail simultané a été réalisé auprès des médias pour éviter toute communication sur cette mesure ou plus largement sur le risque suicidaire de ce lieu.

⁵ Bennewith et al, 2011 ; Perron et al, 2013 ; Law et al, 2014 ; Sinyor, 2017 ; Berman et al, 2022.

⁶ C. Owens, 2015; Pirkis et al. 2015.

1.3.2.2 Actions complémentaires à déployer

La combinaison de plusieurs mesures renforce l'effet de prévention. Ces mesures complémentaires incluent :

- Encourager la recherche d'aide : il s'agit de rappeler la possibilité d'aide aux personnes qui se rendent sur le site, par exemple, en affichant la ressource du 3114 et/ou en installant une cabine téléphonique sur place. Il n'est pas cependant préconisé de prévoir seulement un affichage de ressources sans sécurisation du lieu. En effet, l'affichage seul de ressources peut avoir des effets positifs, notamment concernant l'augmentation de la vigilance des autres personnes présentes sur le site ainsi qu'auprès des personnes qui cherchent de l'aide. Cependant, l'affichage seul peut manquer d'impact sur les personnes qui veulent se suicider ou, encore, avoir des effets négatifs en augmentant la visibilité du lieu comme un lieu où l'on se suicide.
- Favoriser l'intervention des tiers : il est recommandé de donner la possibilité à des tiers citoyens (sentinelles, secouristes en santé mentale, etc.) ou à des professionnels des premiers secours d'intervenir. Par exemple, en Suisse, chaque fin d'année, une équipe de bénévoles se relaie en tandem 24h/24 sur un lieu à risque suicidaire afin de prévenir des passages à l'acte.

2. Actions du niveau national

2.1. Amélioration du recensement des données

Plusieurs pistes sont à creuser concernant les données nationales : possible exploitation des bases de données de régulation du SAMU et des certificats de décès de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), recueil des lieux de passage à l'acte en lien avec les instituts médico-légaux (IML) en France, etc.

2.2. Sensibiliser les différents corps de métier concernés par la prévention des hotspots

Les articulations interministérielles autour de la prévention des hotspots, et plus largement de la Stratégie nationale de prévention du suicide, sont à renforcer. Ceci en particulier concernant : (a) les règles de construction et de conservation patrimoniale impactées par les suicides fréquents (habitat, transports, urbanisme, architectes des bâtiments de France...) ; (b) les risques liés à la diffusion des lieux des hot-spots (noms, cartographie ou tout élément permettant d'identifier les sites) ; (c) les outils juridiques en lien avec la prévention du suicide (cf. pénalisation de l'incitation au suicide).

2.3. Renforcer les synergies avec les collectivités territoriales

Les collectivités sont des acteurs clés de la prévention des hotspots à plusieurs titres : sensibilisation des relais d'information, actions de prévention en amont et en aval (développement de l'urbanisme favorable à la santé, participation à l'identification et sécurisation des sites).

2.4. Ajouter la restriction des moyens létaux aux actions de la stratégie nationale de prévention du suicide

Il manque, dans la stratégie actuelle de prévention du suicide, un pilier concernant la restriction des moyens létaux. Pour y remédier, un groupe de travail spécifique sera mis en place dans les années à venir par la DGS. En attendant, des actions de ce champ sont intégrées dans ce plan d'action via la mesure de sécurisation des sites.

▪ **Indicateurs de suivi proposés**

Pour le niveau national

- Liste de mesures prises améliorant le recensement des données nécessaires à la prévention des hotspots ;
- Nombre d'actions interministérielles de prévention des hotspots organisées ;
- Actions de sensibilisation réalisées auprès des collectivités territoriales ;
- Mise en place d'un groupe de travail permettant d'ajouter la restriction des moyens létaux aux actions de la stratégie nationale de prévention du suicide.

Pour le niveau régional

- Mise en place d'une cartographie régionale des lieux à risque suicidaire (hotspots) ;
- Pourcentage de hotspots identifiés avec un plan de prévention du suicide déployé ;
- Pourcentage de plans de prévention sur des hotspots incluant des mesures de sécurisation du site.