

# Quelle prévention du suicide en France

en 2026 ?

## Une réflexion partagée

Pr Fabrice JOLLANT

---

*Ce texte est une version longue de la conférence qui s'est tenue le **9 avril 2026 à Censier, tiers lieu de Césure, à Paris**, et dont l'enregistrement est disponible sur le site YouTube de l'UNPS.*

*Ce texte n'engage que son auteur et non pas l'UNPS.*

### Introduction

Bonsoir à tous et merci d'être présents ce soir à Censier pour cette conférence sur la prévention du suicide en France.

Mon nom est Fabrice Jollant, je suis professeur de psychiatrie à l'université Paris-Saclay et à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Je suis également chercheur en suicidologie. J'ai eu la chance de travailler à différents endroits en France et dans le monde. Ma recherche depuis plus de 25 ans a essentiellement porté sur cette question du suicide et des actes suicidaires, question à la fois complexe, dramatique et passionnante que j'ai abordée à travers différents types d'approches visant à la fois la compréhension des mécanismes individuels – psychologiques, cliniques et neurocognitifs - et des facteurs collectifs de risque suicidaire, ainsi que des modalités de traitement de la crise suicidaire et de la prévention des actes suicidaires.

Je viens du monde académique et institutionnel, mais j'ai rejoint il y a quelques temps le monde associatif qui joue un rôle important à la fois dans l'histoire de la prévention du suicide en France et dans des actions concrètes, que ce soit à destination des personnes en crise suicidaire mais aussi pour des groupes à risque en lien avec certains déterminants sociaux du suicide, nous y reviendrons.

J'ai d'abord été durant 4 ans membre du Conseil d'Administration du Groupement d'Études et de Prévention du Suicide (GEPS), la société savante francophone et essentiellement médicale de suicidologie, puis j'ai été élu en juin 2025 président de l'Union Nationale de Prévention du Suicide (UNPS), une association qui fait, depuis 30 ans, le plaidoyer de la prévention partagée entre tous les acteurs, incluant la société civile et les associations.

Cette conférence est organisée par l'UNPS dans le cadre d'un cycle de conférences scientifiques publiques et gratuites, mises ensuite en ligne sur YouTube pour être accessible au plus grand nombre.

Merci à l'UNPS de tout son travail depuis 30 ans ([www.unps.fr](http://www.unps.fr)) ; c'est un grand honneur et une grande responsabilité d'en être aujourd'hui président.

Merci également à l'association le Moment, un media indépendant présent sur le site du Tiers lieu Césure de Censier, où se trouvent les bureaux de l'UNPS, de filmer et monter cette conférence. Et merci à Césure de nous donner accès gratuitement à cet amphithéâtre, de mettre à disposition les moyens techniques et merci pour tout le travail effectué en faveur du monde associatif en général.

La date de cette conférence est justifiée par mon audition par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) dans quelques jours. Le HCSP a en effet été saisie le 20 janvier 2026 par la Direction Générale de la Santé (DGS) d'une demande d'évaluation de la Stratégie Nationale de Prévention du Suicide (SNPS) en cours en France. Le rapport du HCSP devrait être rendu en mars 2027.

J'ai souhaité donner cette conférence avant cette audition pour partager avec vous quelques réflexions personnelles et vous donner la possibilité de partager vos propres réflexions et débattre dans une démarche citoyenne, qui est celle de l'UNPS.

La conférence sera donc organisée en deux grandes parties : je présenterai d'abord mes réflexions puis nous donnerons la parole à la salle.

Par manque de temps, je ne pourrai pas tout traiter, le sujet est très vaste, et je mettrai donc en ligne dans quelques jours sur le site de l'UNPS le texte complet de mes réflexions et quelques remarques complémentaires enrichies de vos propres réflexions.

Ma propre intervention se divisera en **3 parties** :

- D'abord, un **court rappel historique de la prévention du suicide en France** qui se basera sur un ouvrage sorti le mois dernier aux éditions Douin « *Prévenir le suicide en France : une cause en construction* »<sup>1</sup>. Un ouvrage collectif de plus de 40 auteurs que j'ai eu le grand honneur de coordonner. Je voudrais d'ailleurs en profiter pour remercier tous les auteurs.

---

<sup>1</sup> Collectif (coordination Jollant F.). (2026). *Prévenir le suicide en France: une cause en construction*. JLE Douin.

- Nous discuterons ensuite de **la prévention du suicide en général**, dans une **perspective de santé publique**, notamment sur la base d'une série de 6 publications en 2024 dans le *Lancet Public Health*<sup>2</sup> qui nous donne une base solide et actualisée.
- Nous ferons enfin **le point sur la SNPS française et ses différents axes en 2026**, les points positifs, les pistes d'améliorations et des suggestions de complément.

Avant de commencer, je voudrais signaler plusieurs « *liens d'intérêt* » en rapport avec mon propos ici :

- Je préside donc l'UNPS et je fais la promotion de la prévention partagée ;
- Je suis aussi représentant de la France métropolitaine à l'International Association for Suicide Prevention (IASP), la plus ancienne association internationale de prévention du suicide ;
- Je co-préside depuis 2021 un copil de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France sur le déploiement dans la région de la SNPS ;
- J'ai participé en 2023-2024 à 3 groupes de travail sur les derniers axes de la SNPS ;
- J'ai monté le centre Vigilans 75 (Paris) à partir de décembre 2018, jusqu'à mon départ de l'hôpital Sainte-Anne en avril 2021. J'ai aussi co-dirigé les centre Vigilans des départements 92 et 94 entre septembre 2022 et juin 2024 ;
- Je suis membre de l'Observatoire National du Suicide depuis 2018 ;
- J'ai conseillé et donné des formations sur la prévention du suicide à la préfecture de Police de Paris entre 2021 et 2025 ;
- J'ai participé en 2024-2025 au groupe de travail de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du ministère de la santé pour la traduction et l'adaptation de la grille d'auto-évaluation de la sécurisation de l'environnement de soins, que je citerai plus tard ;
- J'ai coordonné l'écriture des recommandations sur la prévention du suicide en établissement de santé et médico-social, qui devraient sortir prochainement en 2026 et que je citerai plus tard ;
- J'ai écrit le dossier qui a conduit à l'accord par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) en mars 2026 sur l'utilisation de la kétamine racémique IV dans la crise suicidaire, que je citerai plus tard ;
- Je coordonne un Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de suicidologie, avec le Pr Marie Tournier à Bordeaux et le Professeur Emmanuel Poulet et le Dr Edouard Leaune à Lyon.

---

<sup>2</sup> Editorial. (2024). A public health approach to suicide prevention. *Lancet Public Health*, 9(10), e709 ; Pirkis, J., Dandona, R., Silverman, M., Khan, M., & Hawton, K. (2024). Preventing suicide: a public health approach to a global problem. *Lancet Public Health*, 9(10), e787–e795 ; Hawton, K., Knipe, D., & Pirkis, J. (2024). Restriction of access to means used for suicide. *Lancet Public Health*, 9(10), e796–e801 ; Sinyor, M., Silverman, M., Pirkis, J., & Hawton, K. (2024). The effect of economic downturn, financial hardship, unemployment, and relevant government responses on suicide. *Lancet Public Health*, 9(10), e802–e806 ; Pirkis, J., Bantjes, J., Gould, M., Niederkrotenthaler, T., Robinson, J., Sinyor, M., Ueda, M., & Hawton, K. (2024). Public health measures related to the transmissibility of suicide. *Lancet Public Health*, 9(10), e807–e815 ; Pirkis, J., Bantjes, J., Dandona, R., Knipe, D., Pitman, A., Robinson, J., Silverman, M., & Hawton, K. (2024). Addressing key risk factors for suicide at a societal level. *Lancet Public Health*, 9(10), e816–e824 ; Hawton, K., & Pirkis, J. (2024). Preventing suicide: a call to action. *Lancet Public Health*, 9(10), e825–e830.

Toutes ces activités ne m'ont conduit à aucun bénéfice financier personnel mais à un bénéfice individuel d'ordre intellectuel et, j'espère surtout, un bénéfice pour la communauté.

## Un mot d'histoire de la prévention du suicide en France

### Un long cheminement

Pour comprendre la prévention du suicide aujourd'hui mais aussi imaginer la prévention de demain, il est utile de regarder le passé.

Cette histoire de la prévention du suicide en France nous dit d'abord que ce qui nous paraît aujourd'hui aller de soi, prévenir le suicide, ne s'est imposé que très lentement. Cette « *évidence* » est une construction historique, sociale, judiciaire, scientifique et politique et finalement rien ne dit qu'il en sera toujours ainsi, et que la prévention prendra toujours la forme qu'on connaît aujourd'hui.

Dans une vision dystopique, qui n'est peut-être pas si dystopique aux yeux de certains techno-libertariens, pourquoi ne pas imaginer une société où les plus faibles, les plus malades, les plus vieux, notamment s'ils n'ont pas les moyens financiers, seraient socialement « incités » à se suicider, ou disons à « disparaître paisiblement » de la société en raison de leur coût financier et de leur supposé inutilité sociale ?

Pour le moment, en 2026, prévenir le suicide pour tous semble faire l'objet d'un relatif consensus public.

Cependant, je n'ai pas connaissance de sondage ou d'étude ayant exploré cette question. Quel est finalement l'avis des Français sur le suicide et sa prévention ? Est-ce vraiment une évidence pour tous ? Se pourrait-il que pour beaucoup de gens, qui ne sont pas en crise suicidaire, le suicide est une option, un choix à disposition parmi d'autres ? C'était la thèse de Jean Baechler dans son ouvrage *Les suicides*<sup>3</sup>.

La prévention du suicide en France a été le résultat d'un long cheminement.

C'est aussi toujours **une cause en construction permanente**, qui est née d'initiatives locales - à la fois associatives et sanitaires - bien avant d'être une stratégie nationale. Et cela reste une cause en construction qui doit être pensée, critiquée, améliorée, expliquée, etc. C'est aussi un sujet public, plus accessible aujourd'hui au débat public qu'auparavant, en raison d'une lente déstigmatisation. C'est la raison de notre rencontre ce soir, une rencontre qui aurait bien plus difficile il y a 30 ans.

Un enseignement majeur de cette histoire est que la prévention du suicide ne pouvait réellement se développer en France et ailleurs tant que le suicide restait entouré d'un **fort interdit moral, religieux et social**. La stigmatisation empêche de demander de l'aide,

---

<sup>3</sup> Baechler, J. (1975). *Les suicides*. Calmann-Lévy.

isole les proches endeuillés, brouille les statistiques et fait obstacle à toute politique collective. Autrement dit, avant de devenir un enjeu de santé publique en France, le suicide a d'abord dû cesser d'être, ou être moins, un objet de condamnation morale ou de silence. Cette déstigmatisation progressive, combinée à la déstigmatisation autour des questions de santé mentale en général, constitue probablement l'une des conditions historiques essentielles de la prévention moderne des dernières années en France et dans de nombreux pays.

Gardons en tête que le tabou du suicide existe toujours comme le rappelle les personnes endeuillées par le suicide. Perdre un enfant de suicide, c'est non seulement vivre une souffrance inimaginable, mais c'est aussi s'exposer à voir disparaître de nombreux amis et connaissances.

La déstigmatisation du suicide a aussi été permise par la **décriminalisation du suicide** en 1791, durant la Révolution française donc. Rappelons que le suicide reste encore aujourd'hui un acte criminel dans plusieurs dizaines de pays dans le monde.

Ici encore, rien n'est jamais définitif et rien n'empêche d'imaginer une nouvelle interdiction du suicide, pour des raisons morales, comme cela a été le cas pendant des siècles, dans une théocratie par exemple.

Dès la fin du XIXe siècle, le suicide commence à être abordé en France dans deux cadres intellectuels majeurs : **la psychiatrie** et **la sociologie**. Du côté psychiatrique, le suicide est interprété comme étant l'expression ou l'évolution possible de troubles mentaux. C'est une lecture toujours d'actualité, la maladie mentale étant un des plus forts facteurs de risque de suicide. Du côté sociologique, dans les suites du travail séminal de Durkheim <sup>4</sup>, le suicide apparaît comme un fait social révélateur du degré d'intégration et de régulation d'une société. Les analyses sociologiques plus contemporaines, sur la base d'études de terrain, ont contribué à aller plus loin et à penser le suicide comme révélateur de vulnérabilités sociales, de désaffiliation ou de souffrances liées au travail ou au genre ou à l'âge, soulignant, derrière l'individu, les conditions sociales favorisantes et précipitantes d'un acte suicidaire.

Cette double lecture - sociologique et psychiatrique - a joué un rôle décisif dans l'histoire de la prévention : elle a contribué à faire sortir le suicide du seul registre moral ou religieux pour en faire un objet d'étude et, progressivement, d'intervention. Elle a aussi articulé la vision de la prévention en deux champs - sanitaires et sociaux - qui ont souvent eu du mal à communiquer et à voir leurs points communs et leur complémentarité plus que leurs différences.

Dans l'histoire moderne de la prévention du suicide en France, **trois grandes périodes** sont grossièrement identifiées.

---

<sup>4</sup> Durkheim, E. (1897). *Le suicide; étude de sociologie* (Vol. Bibliothèque de philosophie contemporaine). F. Alcan.

## Les débuts

**La première grande période de l'histoire de la prévention du suicide** débute dans l'après seconde guerre mondiale, ce qui n'est probablement pas surprenant. C'est celle des débuts entre les années 1950 et 1990. A cette époque, la prévention se structure peu à peu autour de deux pôles : les associations qui vont cibler notamment certains déterminants sociaux de santé comme on les appelle aujourd'hui, et la psychiatrie qui cible donc la maladie mentale.

La dynamique française s'inscrit dans un mouvement international de **naissance de la suicidologie**, terme apparu durant les années 1960 et que JP Soubrier définissait comme une « science humaine », autour de l'action de pères fondateurs américains et européens (Shneidman, Farebrow, Ringel, etc.), autour des premiers centres de prévention du suicide à Vienne ou à Los Angeles, et autour d'acteurs de terrain. Émerge alors une approche pluridisciplinaire, à la fois psychosociale et institutionnelle, du phénomène suicidaire. C'est ce qui fait la richesse du débat autour du suicide et de sa prévention mais aussi sa complexité.

Dans cette histoire française, les **associations pionnières** jouent un rôle fondateur. Je ne vais pas toutes les nommer. Citons, bien entendu, *S.O.S Amitié*, créée en 1960 à Paris par le couple Casalis dans les suites des Samaritans de Londres créées par le pasteur Chad Varah. Cette initiative introduit très tôt l'idée qu'une écoute anonyme, accessible à tous et non jugeante, peut constituer une réponse à la solitude. Rapidement, la question de la réponse à la détresse suicidaire apparaît. Cette démarche relève d'abord d'un registre psychosocial et bénévole, plus que strictement médical. L'association *Recherche et Rencontres*, créée en 1958 pour lutter contre l'isolement, souligne que la prévention du suicide s'est d'abord pensée comme réparation du lien social. Ces initiatives inventent localement des formes d'aide, d'accueil et d'écoute qui deviendront plus tard des références et continuent à être bien présentes.

Un autre jalon décisif en France est la création en 1969 d'une **société savante de suicidologie, le GEPS**, un an seulement après sa consœur américaine, *l'American Association of Suicidology*. Le GEPS fédère des cliniciens, chercheurs et acteurs de terrain francophones dans une perspective pluridisciplinaire même si le poids de la psychiatrie était et reste très important dans cette association. Le pendant « social » du GEPS, l'UNPS, ne se constituera que 28 ans plus tard. Le GEPS organise notamment des Journées annuelles qui sont une référence pour les professionnels français, Journées qui ont eu lieu en 2025 à Paris et auront lieu cette année à Marseille. Mon avis est que les liens forts entre le GEPS et de nombreux membres du GEPS et la SNPS (voir plus loin) limite un peu sa capacité de critique objective de la SNPS comme devrait pouvoir le faire une société savante vraiment indépendante, si cela existe.

La prévention française s'est construite aussi dès cette époque **en rapport avec le droit** qui a été interpellé au milieu des années 1980. L'affaire du livre *Suicide, mode d'emploi* et la loi réprimant la provocation au suicide qui a suivi en 1987 a remis la question de la Loi dans le débat (*voir le débat sur le site de l'INA entre l'éditeur du livre et Jacques Barrot qui a porté cette proposition de loi*). Le suicide n'est pas interdit mais sa provocation l'est. Cela pose aussi la question de « où commence la provocation ? ».

La société française a dû négocier une tension durable entre liberté individuelle, liberté d'expression et impératif de protection. Sans être un droit, le suicide est une liberté. Et pourtant, une personne suicidaire peut se retrouver hospitalisée sous contrainte pour la mettre à l'abri d'elle-même et de ses tentations autodestructrices. Aider par la contrainte, être aidée contre son gré : Une des multiples questions éthiques et légales que pose le suicide et sa prévention.

Aujourd'hui, le **débat sur le suicide assisté et l'euthanasie** en cours au Parlement ravive cette question de la liberté individuelle de se tuer, voire du *droit à se suicider*, ce qui vient impacter la prévention du suicide qu'on connaît et les acteurs de la prévention. Peut-il coexister une prévention du suicide et un droit au suicide assisté ?

La prévention du suicide ne peut donc se concevoir seulement comme un ensemble d'actions qui seraient « neutres ». Elle repose beaucoup sur un débat social, politique, moral, éthique et juridique.

## Une priorité de santé publique

**La deuxième grande période** dans l'histoire de la prévention du suicide, des années 1990 à la fin des années 2000 environ, correspond à une lente reconnaissance du suicide comme priorité de santé publique.

Le moment charnière est le **rapport du Conseil économique et social de 1993**, souvent appelé « rapport Debout », du nom de son rapporteur, dont la genèse a été compliquée par le poids du tabou et des idées reçues. C'est une étape fondatrice, car cet avis formule clairement l'idée que, si le suicide est l'acte d'une personne seule, il constitue *aussi* un grave problème de santé publique.

Ce rapport rassemble et légitime des principes qui restent encore très actuels : améliorer le recueil des données de suicide et de tentatives de suicide ; mettre en place des mesures de prévention primaire (population générale), notamment agir sur le tissu social en prévenant toute dislocation « du lien social ». Pour les groupes à risque (prévention secondaire) : cibler les jeunes et les adolescents dès l'école, questionner la mission de la médecine scolaire et universitaire, assurer le suivi des jeunes à risque ; cibler également les personnes en rupture, notamment les chômeurs ; cibler enfin les personnes âgées, en luttant contre l'isolement, en améliorant les conditions d'accueil en établissement de long séjour et en améliorant la formation en gérontologie. Enfin, le rapport souligne le besoin d'une meilleure implication des médecins généralistes, sujet toujours d'actualité.

À partir de là, la mobilisation s'élargit. La prévention du suicide apparaît comme **une des 10 priorités de santé publique** de la première conférence nationale de santé en 1996.

Puis est organisée la première Journée nationale de prévention du suicide, le 5 février 1997, qui vise explicitement à « *briser le tabou* ». La prévention du suicide devient une affaire publique, visible, débattue, relayée par les médias et portée à la fois par des professionnels, des familles et des associations. **La création de l'UNPS** cette année-là,

porteuse de la Journée Nationale, s'inscrit dans cette logique de fédération d'acteurs du monde associatif et social jusqu'alors dispersés et « sans voix ».

Comme nous le verrons, l'UNPS interviendra dans les discussions autour de la création de la SNPS même si quelques tensions ont pu avoir lieu mais son subventionnement majoritairement public par la DGS, qui porte donc la SNPS, ne permet pas non plus, comme pour le GEPS, une totale indépendance de parole.

Cette nouvelle priorité de santé publique, ce nouvel élan, est cependant longtemps restée incomplète et hésitante, sans forte action concrète. Les rapports, les recommandations et les plans se succèdent, mais l'action nationale tarde à se concrétiser tandis que de nombreuses initiatives locales sont mises en place. Dès les années 1970 puis surtout dans les années 1990, beaucoup de leviers efficaces sont déjà identifiés mais leur mise en œuvre reste lente et inégale.

Signalons, durant cette période, la **conférence de consensus sur la crise suicidaire en 2000**<sup>5</sup> qui a conduit à une première action de formation, dite Terra-Seguin, formation qui a eu un succès certain avant de s'éteindre. L'histoire française de la prévention du suicide est donc une montée en puissance réelle mais chaotique et retardée.

## Vers une réelle stratégie nationale de prévention du suicide

**La troisième période**, depuis le milieu des années 2010, correspond à un changement d'échelle : la prévention du suicide entre dans une phase de structuration nationale plus nette.

La création de l'**Observatoire national du suicide** (ONS) en 2013 constitue un moment important. L'ONS répond à plusieurs faiblesses anciennes. Il a notamment permis à la fois une amélioration d'accès à des données actualisées, la production de rapports détaillés sur des sujets importants (adolescence, éthique, recherche, jeune femmes, fin de vie, crise sanitaire, etc.), une possibilité facilitée d'échanges entre producteurs d'information et acteurs de terrain, et la constitution d'un espace interdisciplinaire de discussion utile aux décideurs, chercheurs et acteurs de terrain. Elle a permis à des acteurs multiples qui ne se connaissaient pas de se rencontrer.

La question, longtemps soulevée par Michel Debout, a été celle de son indépendance alors que l'ONS dépend du ministère de la santé qui porte par ailleurs la SNPS. Un observatoire indépendant aurait pu voir le jour, cela n'a pas été le cas, c'est une occasion manquée. L'ONS n'est donc pas non plus tout à fait le lieu de réflexion et de critique de la SNPS. C'est une de ses limites.

L'évaluation de la SNPS va être confiée à Santé Publique France, avec ses moyens très insuffisants et ses missions régulièrement questionnées.

Puis tout s'accélère. En 2016, dans le cadre du Conseil national de la santé mentale présidé par Alain Ehrenberg, un groupe de travail sur la prévention du suicide copiloté par la DGS

---

<sup>5</sup> Conférence de Consensus. (2000). La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge](https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge)

et Pierre Thomas, professeur de psychiatrie à Lille, est mis en place. L'objectif est de définir rapidement un *livrable*. Il sera validé en 2018 par le ministère de la santé.

Vont ainsi apparaître entre 2018 et 2022 **quatre dispositifs nationaux** qui constituent la base de la SNPS :

- *VigilanS*, expérimenté localement dans le Pas-de-Calais à partir de 2015 puis déployé nationalement entre 2018 et 2022 environ, repose sur une littérature ancienne de recontact des personnes, soit à la sortie de l'hôpital psychiatrique, comme l'a fait Jerome Motto à San Francisco <sup>6</sup>, soit à la sortie des urgences <sup>7</sup>. Le dispositif vise à réduire le risque de réitération suicidaire après une tentative de suicide (TS). Il cible donc la population la plus à risque de suicide en maintenant le lien avec elle après l'acte suicidaire au moment où le retour au domicile expose à un risque élevé de réitération.
- Le *numéro national 3114*, ouvert à marche forcée en 2021 sur tout le territoire dans un contexte d'augmentation post-Covid des idées suicidaires chez les jeunes et piloté également par le groupe de Lille, élargit encore l'accès à l'aide grâce à un numéro téléphonique gratuit à destination des personnes en crise suicidaire, leur entourage mais aussi les soignants, comme il en existe dans plusieurs pays.
- *Papageno*, dont la cible est la communication médiatique des cas de suicide, également porté à Lille.
- Un *programme de formation pour professionnels de santé et sentinelles*, dont la création est confiée au GEPS.

Deux autres actions initialement prévues ont pris du retard : un programme de formation à destination des médecins généralistes, et les actions sur les réseaux sociaux.

La prévention actuelle prend donc rapidement forme au tournant des années 2020 en tant que **stratégie nationale**, d'abord mentionnée comme un des nombreux axes (mais un axe individualisé) de la « *Feuille de route santé mentale et psychiatrie* » en 2018, puis à travers une instruction de la DGS en 2019 et de son affirmation plus nette en 2022.

La France a alors rejoint la quarantaine de pays du monde ayant une stratégie nationale, sachant que ces stratégies sont plus ou moins développées.

Cette stratégie reste perfectible. Par ailleurs, le choix a été fait d'un portage par la DGS du ministère de la santé, choix qui n'a pas été une évidence dans d'autres pays.

L'histoire de la prévention du suicide en France est donc celle d'un passage progressif du local au national, et du militantisme à une politique publique gouvernementale descendante.

---

<sup>6</sup> Motto, J. A., & Bostrom, A. G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv*, 52(6), 828–833.

<sup>7</sup> Vaiva, G., Ducrocq, F., Meyer, P., Mathieu, D., Philippe, A., Libersa, C., & Goudemand, M. (2006). Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *Bmj*, 332(7552), 1241–1245.

Elle ne naît pas d'une seule réforme, mais de l'addition de mobilisations associatives, de rapports publics et de décisions institutionnelles, de prise de conscience, de déstigmatisation, et évolue par à-coups.

Le suicide n'est plus seulement pensé comme une affaire privée et une tragédie individuelle, mais comme un enjeu humain, à la fois social et médical, politique et administratif, qui engage l'individu comme la collectivité.

La question du suicide est donc une **question hautement politique** !

## Une approche de santé publique

### Quelques chiffres

Aujourd'hui, 700 000 personnes décèdent de *suicide* chaque année dans le monde, dont les  $\frac{3}{4}$  dans les pays à revenus faibles ou modérés (incluant la Chine et l'Inde), dont environ 9 000 personnes en France. Les taux de suicide sont 3 fois plus élevés chez les hommes que les femmes, une loi quasi-universelle à quelques exceptions notables près, et sont les plus élevés chez les hommes de plus de 75 ans, mais pas chez les femmes âgées. A ces chiffres s'ajoutent les 10 à 20 personnes qui vont être directement impactées pour chaque suicide <sup>8</sup>, et vivre un deuil souvent complexe, traumatique et prolongé, ce qui représente donc au bas mot près de 90 000 nouvelles personnes par an. Les taux de suicide baissent depuis le milieu des années 1980 mais stagnent depuis 2017, chez les hommes comme chez les femmes et dans toutes les tranches d'âge, nous y reviendrons.

Concernant les *tentatives de suicide*, les chiffres officiels sont de 90 000 actes par an, mais l'importante sous-estimation conduit à évoquer un chiffre supérieur, probablement de l'ordre de 150 000 actes par an. Les gestes auto-infligés, comme ils sont identifiés dans les statistiques, sont 3 fois plus fréquents chez les femmes que les hommes, et notamment chez les jeunes femmes avec un pic autour de 16 ans, pic non observé chez les garçons. Les tentatives de suicide ont augmenté ces dernières années, depuis 2015 environ (donc avant la pandémie à Covid-19), essentiellement chez les filles de moins de 25 ans.

Enfin, selon la Baromètre Santé, 4,5% de la population adulte rapporte des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Ces taux sont plus importants encore chez les adolescents, atteignant entre 10 et 20%, un chiffre qui a progressé chez les jeunes filles depuis 2015 environ <sup>9</sup>.

Le coût du suicide et des tentatives de suicide en France est estimé à 24 milliards d'euros <sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> Berman, A. L. (2011). Estimating the population of survivors of suicide: seeking an evidence base. *Suicide Life Threat Behav*, 41(1), 110–116. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2010.00009.x>

<sup>9</sup> Gasnier, M., Léon, C., Beck, F., & Jollant, F. (2025). Changes in rates and risk factors of suicidal ideation from 2010 to 2023: a national survey in the French adult general population. *J Affect Disord*, 396, 120844.

<sup>10</sup> Segar, L. B., Laidi, C., Godin, O., Courtet, P., Vaiva, G., Leboyer, M., & Durand-Zaleski, I. (2024). The cost of illness and burden of suicide and suicide attempts in France. *BMC Psychiatry*, 24(1), 215.

## Les politiques sociales comme moyens de prévention du suicide

La série du *Lancet Public Health* en 2024 citée plus haut synthétise de manière remarquable une large littérature scientifique et il me semble utile de partir de là avant d'entrer dans le détail de la SNPS française actuelle.

Cette série défend une idée centrale qui me semble essentielle : **la prévention du suicide ne peut pas reposer uniquement sur les soins psychiatriques ou la prise en charge individuelle des personnes en crise suicidaire.**

La prévention doit aussi agir en amont, sur les conditions sociales, économiques, culturelles et environnementales qui augmentent le risque de crises suicidaires et d'actes suicidaires dans une population. Les auteurs plaident donc pour **une approche de santé publique**, fondée sur des politiques universelles et pas seulement sur le système de santé.

Le premier enseignement majeur de ces publications est que les **déterminants sociaux du suicide** doivent être traités comme des cibles prioritaires de prévention du suicide. La *pauvreté*, le *chômage*, les *difficultés financières*, le *mal-logement*, l'*isolement social*, les *violences*, incluant les *maltraitements aux enfants* et les *violences conjugales*, l'*exposition aux moyens létaux*, ou encore *certaines normes culturelles et inégalités sociales* sont des « causes des causes » du suicide.

Ces déterminants, non seulement augmentent le risque global mais façonnent la distribution du risque suicidaire dans la population, ce risque n'étant évidemment pas homogène. Il est donc essentiel de ne pas considérer le suicide uniquement comme un problème individuel ou clinique, mais aussi comme un phénomène influencé en grande partie par des déterminants sociaux.

Par exemple, une étude a montré qu'en France, 10% de chômage en plus est associé à presque 2% de suicides supplémentaires <sup>11</sup>. Ces chiffres sont cependant variables d'un pays à l'autre <sup>12</sup>.

Dans une étude récente de la DREES basée sur l'Échantillon Démographique Permanent (INSEE) et présentée lors de la Journée Nationale de Prévention du Suicide en février 2026, les catégories sociales les plus pauvres ont 2 à 3 fois plus de risque de suicide. Ainsi, alors même que globalement les hommes se suicident 3 fois plus que les femmes, les femmes issues des catégories les plus pauvres ont un risque proche des hommes les plus riches. De même, le risque est plus élevé en France dans les régions rurales, chez les ouvriers et les agriculteurs, et en cas de veuvage chez les hommes.

Un levier majeur de prévention du suicide, levier qu'il ne faudrait pas sous-estimer à l'heure d'une SNPS très sanitaire, concerne **les politiques économiques et sociales**. Les récessions, le chômage et la précarité sont associés à une hausse du risque de suicide, et

---

<sup>11</sup> Laanani, M., Ghosn, W., Jougl, E., & Rey, G. (2015). Impact of unemployment variations on suicide mortality in Western European countries (2000-2010). *J Epidemiol Community Health*, 69(2), 103-109. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-203624>

<sup>12</sup> Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 374(9686), 315-323. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61124-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61124-7)

certaines réponses publiques peuvent l'atténuer. Sont notamment mises en avant : le maintien de la protection sociale, les programmes actifs sur l'emploi, le soutien aux personnes endettées, l'augmentation du salaire minimum, ou encore les soutiens aux ménages pauvres.

Par exemple, les pays avec une protection sociale ont été moins impactés par la crise économique de 2008, et pour 10 dollars investis par personne en Europe sur le marché du travail, c'est 0,038% de suicide en moins en lien avec le chômage<sup>13</sup>.

**Protéger les conditions matérielles décentes de vie pour tous** (et ainsi la dignité et l'égalité) est donc aussi une politique de prévention du suicide.

## Autres actions de prévention

Un autre point essentiel développé dans la série du *Lancet Public Health* est qu'une des mesures de santé publique la plus solidement étayée est la **restriction de l'accès aux moyens du suicide**. Les auteurs montrent qu'elle figure parmi les interventions les plus efficaces, en particulier lorsque la méthode est fréquente, très létale et facilement accessible.

Cela inclut par exemple l'interdiction de pesticides hautement toxiques, l'encadrement des armes à feu, la sécurisation de certains lieux dit « hotspots », la limitation de l'accès à certains médicaments. Il s'agit aussi d'agir sur la réduction de la « disponibilité cognitive » des méthodes, c'est-à-dire le fait de moins exposer le public à des descriptions détaillées de ces moyens.

L'idée centrale est que lorsqu'un passage à l'acte est imminent - qui est une fenêtre de temps brève et difficilement prédictible durant une crise suicidaire plus longue - le fait de rendre le moyen moins accessible peut sauver des vies, en permettant que la crise passe sans prise de risque et qu'une aide ou une recherche d'aide secondaire intervienne.

La série insiste aussi sur le **rôle des médias, des réseaux sociaux et de la transmission sociale du suicide**. Des reportages sensationnalistes, normalisants, ou détaillant les méthodes peuvent être suivis d'une hausse des suicides, notamment après le décès de célébrités, c'est le fameux « *effet Werther* ». À l'inverse, des récits montrant des issues favorables, le recours à l'aide, l'espoir et la récupération peuvent avoir un effet protecteur.

Les actions prioritaires comprennent : des recommandations de traitement médiatique responsables, la formation des journalistes et des créateurs de contenus, l'intégration de ces standards dans les codes professionnels, ainsi que des campagnes publiques favorisant le repérage et la demande d'aide. Les auteurs soulignent aussi la nécessité d'agir sur les plateformes numériques et dans les établissements scolaires pour limiter les effets de clusterisation.

---

<sup>13</sup> Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 374(9686), 315–323. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61124-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61124-7)

Un autre ensemble d'actions concerne quatre facteurs majeurs de risque très influencés socialement : **l'alcool, les jeux d'argent, les violences domestiques et le deuil après suicide.**

Pour l'alcool et les jeux, la série met en avant des mesures structurelles : hausse des prix, taxation, réduction de l'offre, limitation de la densité des points de vente, encadrement de la publicité et des horaires, et vigilance vis-à-vis des industries concernées, dont les intérêts commerciaux peuvent freiner des politiques efficaces. C'est probablement le cas en France.

Pour les violences domestiques, les auteurs insistent sur les réformes législatives, leur application effective, mais aussi les interventions communautaires visant à transformer les normes qui tolèrent la violence envers les femmes.

Pour le deuil par suicide, ils recommandent des plans de « postvention », des protocoles de réponse en cas de suicide dans les écoles, universités, lieux de travail et communautés, ainsi que des ressources d'information et de soutien précoces pour les proches. C'est l'objet d'un des nouveaux axes de la SNPS, comme nous le verrons plus loin.

## Les conditions de la réussite

**Il ne s'agit pas pour autant d'abandonner les approches cliniques et sanitaires.** La série souligne au contraire que les *interventions indiquées*, c'est-à-dire pour les personnes en crise suicidaire et celles qui viennent de réaliser un acte suicidaire, restent indispensables, ainsi que les *interventions dites sélectives* à destination des groupes à risque augmenté, par exemple les personnes souffrant de maladie mentale ou d'addiction, ou les hommes âgés.

Rappelons que les deux plus forts facteurs de risque restent la maladie mentale et une histoire personnelle de tentative de suicide.

Mais ces interventions doivent être articulées avec des *interventions universelles* destinées à l'ensemble de la population générale, et dont une partie relève donc de politiques sociales et économiques.

Enfin, les auteurs insistent fortement sur deux conditions de réussite d'une SNPS. La première est un **pilotage interministériel**, c'est-à-dire une responsabilité partagée entre santé, finances, travail, éducation, justice, logement, agriculture, communication, etc.

La seconde est l'existence de **données de qualité et d'évaluations rigoureuses**. Les stratégies de prévention doivent être suivies avec des données de mortalité plus rapides et plus fiables, et les politiques publiques doivent être évaluées sérieusement, même lorsque les essais randomisés ne sont pas possibles.

La série recommande aussi d'associer réellement **les personnes concernées par l'expérience du suicide** à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques.

En résumé, la prévention du suicide est donc présentée non comme une affaire seulement de psychiatrie ou de prise en soins individuelles, mais comme un enjeu transversal de santé publique et de justice sociale.

## De l'individuel au collectif, et vice versa

A ce stade, une question est : pourquoi une politique sociale au sens large devrait avoir autant d'impact dans la prévention du suicide alors même que le suicide est un événement rare, très personnel, individuel et souvent en lien avec la maladie mentale ?

Je crois que cela tient d'abord à plusieurs facteurs bien connus de nature sociale :

D'abord, les idées suicidaires émergent d'une **souffrance psychique**. Les personnes qui passent à l'acte cherchent d'abord à arrêter de souffrir. Éliminer les causes de nombreuses souffrances, dont beaucoup sont sociales par nature (incluant la manière culturelle de répondre aux difficultés interpersonnelles, les conditions du marché du travail et les réglementations sur le travail, la précarité sociale, le regard de la société sur les minorités sexuelles, etc.), devraient ainsi réduire le risque global en agissant très en amont.

Un élément central est le **lien social**, tant pour comprendre le suicide que comme moyen de prévention. Les sociétés où ce lien social est fort semblent beaucoup plus protégées du suicide, comme on le voit dans les prévalences plus faibles de suicide en Europe du Sud en comparaison des pays du Nord. À l'inverse, la rupture du lien social, ou le sentiment subjectif d'exclusion, font souffrir et font le lit du suicide.

La souffrance psychique est un système d'alarme sélectionné par l'évolution et essentiel au maintien du lien social chez Homo Sapiens, avec tous les bénéfices de survie que procure le lien social. Donc, toutes les conditions qui permettent un lien social fort et de qualité, sans exclusion - de l'organisation de la société et des normes sociales, aux réductions des inégalités sociales, aux aspects culturels de réponses aux adversités de la vie et à la solidarité nationale face à l'adversité (la bien nommée protection sociale) - protègent. Tout ce qui s'y oppose met en danger les individus (ou plus justement certains individus ou groupes) qui la composent. Rappelons d'ailleurs que la rupture du lien social augmente aussi la mortalité hors suicide<sup>14</sup>.

Enfin, une politique sociale répond, ou devrait répondre, aux **besoins naturels essentiels** du plus grand nombre possible d'individus dans la société : les besoins physiologiques bien sûr (et dans nos sociétés riches il s'agit surtout de pouvoir se nourrir pour les plus précaires mais aussi de bien se nourrir en général, de respirer un air pur, de boire une eau non polluée, de dormir correctement, etc.) ; la sécurité de logement, d'emploi, de revenus, de propriété, de corps ; le sentiment d'appartenance et de connexion, le besoin d'amour et d'amitié ; permettre le développement d'une estime de soi et d'une confiance en soi ; et le besoin d'accomplissement qui nécessite l'absence de préjugés et des possibilités d'amélioration de ses conditions sociales.

---

<sup>14</sup> Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*, 7, e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>

Un second aspect est que la réponse purement sanitaire présente des limites.

**La prédiction individuelle du suicide est effroyablement mauvaise** <sup>15</sup>. Il est difficile sinon impossible de prédire qui avec une souffrance psychique développera des idées suicidaires, qui avec des idées suicidaires passera à l'acte, et qui en passant à l'acte mourra de cet acte. Notre faible prédiction est liée à la fois à la complexité des mécanismes sociaux, individuels, psychologiques, biologiques et génétiques en jeu, et à la rareté du suicide qui est selon moi l'expression de forces naturelles de survie de notre espèce face à l'adversité. Tout cela limite fortement la « *valeur prédictive positive* ». Les facteurs de risque statistiques sont d'un intérêt limité au niveau individuel, ils permettent avant tout d'identifier des populations un peu plus à risque.

Pourtant cette prédiction assez aléatoire est mise en avant par les médecins pour justifier le choix d'interventions individuelles qui risquent de tomber régulièrement à côté de la plaque. Loin de moi l'idée de réduire l'impact positif des soignants, ce serait contraire à ce que j'ai pu observer durant 30 ans de pratique clinique. Car même si nous ne pouvons pas prédire, nous pouvons aider.

Mais nous devons aussi reconnaître que notre capacité à identifier ceux qui vont passer à l'acte n'est pas suffisante. Il s'en suit qu'on risque d'hospitaliser des patients jugés à haut risque qui auraient pu bénéficier d'une autre approche, et de passer à côté de ceux qui vont passer à l'acte. Sans compter que l'hospitalisation est loin d'être le gold standard qu'on croit en matière de prévention du suicide.

Si l'organisation de soins de qualité est indispensable, le système sanitaire seul ne sera pas suffisant, loin de là. Il ne touche pas tout le monde de la même manière, il n'est pas performant pour identifier les personnes réellement à risque de passage à l'acte, et les solutions proposées ne sont pas toujours en ligne avec les attentes des patients eux-mêmes, par manque de moyens entre autres.

Il est donc indispensable d'agir plus amont, le plus possible. Et cela pourrait finalement améliorer les interventions sanitaires : Un système sanitaire moins sollicité pour des interventions qui ne sont pas de son registre et pour lequel il n'est pas compétent sera plus performant.

Un dernier aspect est que les politiques sanitaires sont largement influencées par les politiques sociales et économiques, notamment en termes de financement et d'accès aux soins. Si on choisit de mettre l'argent dans la défense, ce sera moins d'argent dans la santé et le social.

## Et en France ?

Dans cette perspective très globale de la prévention du suicide, il est intéressant de rappeler deux observations faites en France :

---

<sup>15</sup> Corke, M., Mullin, K., Angel-Scott, H., Xia, S., & Large, M. (2021). Meta-analysis of the strength of exploratory suicide prediction models; from clinicians to computers. *BJPsych Open*, 7(1), e26. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.162>

D'abord, **le suicide a augmenté en France comme ailleurs durant les crises économiques et les périodes de grande précarité sociale** pour un large pan de la population (fin du XIXe, années 1930, années 1970). L'histoire de l'évolution des taux de suicide au cours de l'histoire est largement influencée par des conditions de crise économique.

Ensuite, **le suicide a baissé en France pendant 40 ans** à partir du milieu des années 1980 jusqu'en 2017, une baisse de 40%, alors même qu'aucune stratégie nationale de prévention du suicide n'était en place.

Il est difficile de démontrer les raisons de cette longue baisse mais une hypothèse est une combinaison de facteurs résultant à la fois d'une lente déstigmatisation de la maladie mentale mais aussi de politiques sociales, qui ont permis de compenser une période économiquement difficile post-crise de 1973, marquée par un fort taux de chômage, je pense à :

- La lutte contre la grande pauvreté à la suite du rapport Wresinski en 1987 au Conseil économique et social, intitulé *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, qui marque un tournant majeur ;
- Une meilleure protection sociale pour les plus précaires avec la création de mesures phares comme le RMI en 1988 et la CMU en 1999 ;
- Un meilleur accès aux soins (je parle ici de l'accès, pas de la qualité des soins), avec une augmentation du nombre de médecins généralistes à partir du milieu des années 1970 et surtout 1980 et 1990 mais aussi dans le domaine de la santé mentale ambulatoire, avec le déploiement effectif de la sectorisation psychiatrique, et une forte hausse des psychiatres durant les années 1980 et 1990. A noter que c'est une génération qui part actuellement à la retraite.

Bref, tout une série de renforcement de la protection sociale alors même que les conditions sociales étaient pénibles pour beaucoup.

Tout cela reste très spéculatif. La baisse n'a pas non plus été continue.

Rappelons aussi que la baisse du suicide n'est jamais définitive : les Etats-Unis sont confrontés depuis 25 ans à une augmentation des taux de suicide, à rebours des tendances mondiales, de même peut-être que l'Angleterre plus récemment.

L'Allemagne semble faire face à une certaine stagnation depuis 2019 tout comme la France depuis 2017.

La stagnation des taux de suicide en France entre 2017 et possiblement 2022 est d'abord expliquée par des conditions techniques. Une coïncidence a eu lieu en 2017 avec le changement des certificats médicaux de décès. Cela a permis de réduire la bien connue sous-estimation du suicide, comme le rapporte le CépîDC, c'est une bonne nouvelle. Cependant, c'est une aussi une coïncidence fâcheuse dans la mesure où cela perturbe le suivi de l'impact de la SNPS.

Cependant, on est surpris de l'augmentation des TS et des idées suicidaires chez les jeunes (dont la mesure dépend d'autres systèmes), notamment les jeunes femmes. C'est une

source de grande interrogation. L'exposition massive aux écrans et aux réseaux sociaux dès le plus jeune âge est suspectée. A-t-on d'autres explications ? L'exposition en général, à différentes substances nocives, dès la gestation, pourrait-elle aussi être en jeu, comme cela est suspecté dans un rapport de 2021 par l'Inserm qui identifie les troubles anxio-dépressifs et les troubles neurodéveloppementaux comme de possibles conséquences de l'expositions aux pesticides <sup>16</sup> ?

La prévention du suicide doit donc donner lieu à une réflexion permanente prenant en compte les évolutions historiques, culturelles, sociétales, économiques et s'intégrer dans les politiques publiques sanitaires, sociales et économiques au sens large.

Une balance doit être trouvée entre actions sanitaires et actions sociales.

C'est dans cette complexité que doit s'intégrer la SNPS.

## La stratégie nationale de prévention du suicide en France

Voyons maintenant avec tous ces éléments en tête ce qu'on peut dire de la stratégie nationale française.

### Considérations générales

J'aborderai pour commencer quelques points généraux.

- D'abord, il importe de souligner que, après de nombreux plans sans mise en œuvre, ou assez peu, **une stratégie nationale a réellement été mise en place et financée en grande partie**. C'est une nouveauté dans l'histoire de la prévention en France.

La dernière grande évaluation du HCSP en 2016 sur le « Programme national d'action contre le suicide 2011-2014 » avait conclu à un « *impact mitigé* » <sup>17</sup>. La mise en place de la

---

<sup>16</sup> <https://www.inserm.fr/expertise-collective/pesticides-et-sante-nouvelles-donnees-2021/>

<sup>17</sup> « Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a évalué le Programme national d'actions contre le suicide (PNACS) 2011-2014. Il existe selon les données épidémiologiques un lien étroit entre le suicide et la santé mentale. La situation touche de façon inégale la population et les différentes régions françaises. Les conclusions sont mitigées quant à l'impact du programme. On constate d'insuffisantes avancées sur la recherche et l'observation. Le ciblage des populations semble peu adapté, les populations à risque élevé, comme celles ayant déjà fait une tentative de suicide, n'étant pas les plus ciblées pour les actions. Le programme est construit en cohérence avec les modes d'intervention efficaces mis en évidence par l'Inpes. La démarche est bien entamée et à poursuivre sur plusieurs actions, notamment la sensibilisation des médias à la thématique du suicide. L'évaluation du HCSP porte en particulier sur les points suivants : la pertinence des mesures et actions du programme au regard de ses objectifs, la gouvernance du programme, son pilotage, la mobilisation des acteurs, l'apport du programme dans la politique de prévention du suicide mise en œuvre au niveau régional, la diffusion, l'appropriation des outils élaborés par l'Inpes, l'atteinte des objectifs, l'impact du programme. Le HCSP formule 9 recommandations générales pour repenser la lutte contre le suicide. Parmi celles-ci, promouvoir un double objectif de prévention générale et de prévention spécifique, inscrire la prévention du suicide dans le champ de la santé mentale, cibler les populations à risque. » <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=554> (accédé le 5 avril 2026)

SNPS est donc plus concluante même si son impact reste encore limité comme nous le verrons plus loin.

- Deuxièmement, à ma connaissance, les premiers axes de la SNPS n'ont donné lieu à **aucune consultation publique**, ni même consultation élargie aux nombreux acteurs de terrain de la prévention ou du monde académique, ni même, de manière surprenante, sans implication de l'ONS qui existait pourtant depuis 2013 et réunissait un grand nombre d'acteurs, institutionnels, sanitaires, scientifiques et associatifs.

L'annonce surprise lors du congrès de l'Encéphale en janvier 2018 par la ministre de la Santé de l'époque, Agnès Buzin, du déploiement national de Vigilans en est un exemple fort.

La seconde vague d'actions de la SNPS a donné lieu à une concertation plus élargie en 2023-2024 et pour chacun des 4 axes discutés, des groupes de travail et 3 réunions. Mais le choix initial de ces axes et de l'agenda n'a pas été discuté collectivement. Encore une fois, l'ONS aurait été un forum utile.

Les citoyens, eux, ont largement été oubliés à chaque fois.

Certes, de nombreux dispositifs étaient discutés de longue date mais l'organisation d'un programme complet et cohérent à partir de 2018 n'a jamais fait l'objet d'une réflexion très collégiale à ma connaissance, ce qui a donné à beaucoup le sentiment de décisions imposés d'en haut.

Ceci n'est pas favorable à une stratégie de prévention au caractère si social, comme on l'a dit jusqu'à présent, qui doit mobiliser le plus grand nombre.

Par ailleurs, le portage de nombreux dispositifs par des institutions uniquement sanitaires (hôpitaux pour beaucoup) a renforcé ce sentiment d'une politique excluante et souvent arrogante parmi, par exemple, les associations qui œuvrent sur le terrain depuis longtemps.

Le lancement du 3114, par exemple, a été un choc pour nombre d'associations qui faisaient de la réponse téléphonique depuis des années lorsque le ministre de la Santé de l'époque, Olivier Veran, a annoncé le numéro « unique », devenu dans un deuxième temps suite aux protestations un « numéro national ».

Une suggestion, permettez-moi de rêver, serait **un pilotage plus coopératif de la SNPS** par un groupe d'experts comprenant chercheurs, acteurs de terrain, personnes concernées et administration, et qui, pour les raisons évoquées plus haut, serait vraiment interministériel.

- Troisièmement, il s'agit d'une stratégie nationale dont le déploiement en région a été confiée aux **Agences Régionales de Santé (ARS)**, conservant ainsi une approche très centralisatrice classique en France, et descendante.

Certains dispositifs préexistants, en Bretagne ou à Lyon par exemple, ont dû s'effacer devant le programme national et ses propres dispositifs.

D'autre part, l'échelle choisie a été régionale, mais dans des régions dont la taille varie énormément, sans parler de l'hétérogénéité des territoires. Une question ici est celle de la « granularité spatiale » optimale, à la fois en termes de pilotage et d'intervention : La région, le département, les communautés d'agglomération, les communautés urbaines, la commune, le quartier ou l'arrondissement, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les aires des Conseil locaux de santé mentale (CLSM), les secteurs psychiatriques, des zones définies sur des critères socio-économiques ?

Je n'ai pas la réponse mais c'est une question qui devrait être discutée. Par ailleurs, les ARS débordent de missions et leur fonctionnement est parfois trop cloisonnées en directions diverses.

- Quatrièmement, il s'agit d'une **stratégie multimodale** comme il est admis et recommandé <sup>18</sup>. Aujourd'hui, les actions visent des populations variées à travers des actions variées et complémentaires comprenant schématiquement des approches de prévention universelle, ciblée et indiquée.

Je crois qu'on peut dire que la stratégie française, sans chauvinisme, est probablement une des plus complètes.

Il importe ici cependant de **bien identifier l'ensemble des programmes qui visent directement ou indirectement la prévention du suicide**. En effet, si la SNPS est portée par la DGS, d'autres actions sont portées par d'autres directions du ministère de la Santé et par d'autres ministères. Je pense notamment :

- Au *programme de prévention du suicide en établissement de santé et médicosocial de la DGOS*, qui propose depuis quelques semaines une grille très utile d'auto-évaluation de la sécurité physique du mobilier et de l'immobilier <sup>19</sup> ; plan qui sera complété par des recommandations du GEPS qui devraient sortir prochainement ; Rappelons que le taux de suicide dans ces établissements est un des plus hauts comme le rappelle un rapport de la HAS en 2022 <sup>20</sup>, avec celui en détention ; Jusqu'à 5% de l'ensemble des suicides en France ont lieu dans un établissement hospitalier ou médico-social.

---

<sup>18</sup> Hofstra, E., van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong, S. J., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2020). Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*, 63, 127–140.

<sup>19</sup> <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-securite-et-pertinence-des-soins/securite-des-prises-en-charge/securite-des-soins-et-des-patients/article/prevenir-le-risque-suicidaire-en-etablissement>

<sup>20</sup> Haute Autorité de Santé (HAS). (2022). Les suicides et tentatives de suicide de patients. Analyse de 795 cas déclarés dans le cadre du dispositif de déclaration des EIGS entre mars 2017 et juin 2021. 50p.

- Au plan de « *prévention du mal-être et d'accompagnement des agriculteurs en difficulté* » du ministère de l'agriculture depuis 2021 <sup>21</sup>, en partenariat avec le ministère du travail et de la justice ; avec des actions intéressantes comme agri-écoute avec la Mutuelle Sociale Agricole (MSA) ; des actions sur le plan juridique et financier, sur la qualité de vie (remplacement), une sensibilisation dans les lycées agricoles ; Le focus a donc été fait sur les conditions de travail et le mal-être qui peut en découler ; et une place importante a été donné à la MSA.
- Au « *plan de mobilisation contre les suicides dans la police* » en 2018 du ministère de l'intérieur <sup>22</sup> ; avec un programme très complet mis en place à la préfecture de police de Paris ; incluant un travail intéressant sur la communication des cas de suicide avec les syndicats de police pour éviter une utilisation autre que préventive.
- Aux *différents plans de prévention du suicide en milieu carcéral*, de la Direction Générale de l'Administration Pénitentiaire (DGAP) <sup>23</sup> ; avec des dispositifs intéressants comme les codétenus de soutien, à la fois pairs aidants et sentinelles, dispositifs portés par la Croix-Rouge et l'UNPS avec certaines associations adhérentes de l'UNPS, exemple intéressant de partenariat institution-association ; on peut regretter encore un manque de multimodalité et de coordination et communication entre acteurs dans de nombreux établissements pénitentiaires ; Une expérimentation sur le 3114 et Vigilans est réalisé dans certains établissements.
- A la récente *démarche École promotrice de la Santé et son volet Santé mentale*, portée par l'Éducation nationale <sup>24</sup> ; avec des dispositifs scolaires structurés de prévention et d'orientation en santé mentale, des conseillers techniques en santé mentale, et espérons-le, le déploiement réel, précoce et soutenu de l'enseignement des « compétences psychosociales ».
- Et d'autres : par exemple dans l'enseignement supérieur, pour les étudiants, avec le dispositif santé psy étudiant, les SSE, etc.

Plusieurs de ces plans incluent de fait un recours aux dispositifs de la SNPS (par exemple, Vigilans ou le 3114) mais la coordination entre ces différents plans reste complexe, me semble-t-il, et la visibilité globale assez mauvaise.

- Cinquièmement, on voit que certains plans visent explicitement la prévention du suicide tandis que d'autres visent la « santé mentale » ou le « mal-être », soulignant cette **difficulté de choix de ciblage général**, qui n'est pas qu'une question de communication et de langage.

J'ai l'impression que la tendance actuelle est celle de revenir à des plans visant la santé mentale en général et qui incluent des actions plus spécifiques de prévention du suicide,

<sup>21</sup>

<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://agriculture.gouv.fr/tel-echarger/128532&ved=2ahUKEwiVw6-uqNmTAXVMBfsDHZjqNbEQFnoECDAQAQ&usg=AOvVaw0F-3-JcC691kyp2iAIKpp8>

<sup>22</sup> <https://mobile.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-ministres-de-l-Interieur/Archives-Gerard-Collomb-mai-2017-octobre-2018/Communiqués-du-ministre/Programme-de-mobilisation-contre-les-suicides-dans-la-police>

<sup>23</sup> [https://www.justice.gouv.fr/recherche?search\\_api\\_fulltext=pr%C3%A9vention+suicide](https://www.justice.gouv.fr/recherche?search_api_fulltext=pr%C3%A9vention+suicide)

<sup>24</sup> <https://eduscol.education.gouv.fr/5958/agir-pour-favoriser-la-sante-mentale-et-le-bien-etre-des-eleves>

ce qui va dans le sens des recommandations du HCSP en 2016. Toutefois, la DGS a fait le choix d'une stratégie nationale explicite en 2022, ce que j'ai soutenu personnellement au regard de la difficile histoire de la prévention du suicide en France, du besoin de communication et de sensibilisation explicite sur le sujet, et afin d'éviter un effet de dilution derrière le terme global, vaste, peu précis et souvent euphémisant de « santé mentale ».

- Sixièmement, une considération d'importance majeure est la question essentielle de la **mesure de l'impact de la stratégie nationale** sur les chiffres de suicide et de tentatives de suicide.

Concernant les suicides aboutis, comme on l'a dit, une coïncidence fâcheuse a eu lieu en 2017 avec le changement des certificats médicaux de décès. Le changement progressif des certificats de décès papier, notamment par les médecins de ville s'est étalé de 2018 à au moins 2022, et a fortement perturbé la capacité de mesurer l'effet des premières actions de la SNPS en créant ce qu'on appelle une « rupture de série » pour le suicide.

Par ailleurs, il existe toujours un retard de plus de 2 ans sur la publication des causes de décès. Nous aurons donc courant 2026 les données de 2024, ce qui n'est pas idéal pour piloter une stratégie. Ce n'est pas propre au suicide, par ailleurs.

Concernant les tentatives de suicide, la mesure de leur incidence repose largement sur les bases de données hospitalières (le PMSI). Leur chiffre est très largement sous-estimé pour plusieurs raisons :

- Un codage insuffisant comme on l'a montré avec Catherine Quantin dans une étude de terrain à Dijon <sup>25</sup>. On compte aujourd'hui sur la capacité des modèles d'IA et de grand modèle de langage (LLM) pour améliorer cela à partir des dossiers médicaux ; on espère pouvoir débiter prochainement une étude sur le sujet à Paris-Saclay avec mes collègues Matthieu Gasnier et Laure Vergeron.
- De nombreux passages à l'acte ne conduisent pas à l'hôpital : une étude basée sur le Baromètre Santé chez les adultes estime que 40% des personnes rapportant une TS dans l'année ne sont pas passées à l'hôpital en France et ne sont donc pas comptabilisées <sup>26</sup>.
- Dans les statistiques officielles, les TS sont combinées aux gestes auto-agressifs sans intention suicidaire, sous le vocable de *gestes auto-infligés* selon la classification internationale des maladies (CIM-10). Cela n'est pas un problème chez les adultes comme l'a montré l'étude de Dijon, mais chez les adolescents, la moitié des gestes auto-infligés ne sont pas des tentatives de suicide.

Il n'a pas non plus été mis en place avant le démarrage de la SNPS de mesures « intermédiaires », par exemple sur la connaissance des dispositifs existants pour des populations spécifiques. Une étude que je conduis actuellement avec une de mes étudiantes, Isis Cant-Diot, chez des étudiants de l'Université Paris-Saclay montre par

---

<sup>25</sup> Quantin, C., Cottenet, J., Mariet, A. S., Maach, S., Chauvet, J. C., & Jollant, F. (2024). Reliability of a French hospital administrative database to measure self-harm in epidemiology studies. *Gen Hosp Psychiatry*, S0163–8343(24)00162.

<sup>26</sup> Jollant, F., Hawton, K., Vaiva, G., Chan-Chee, C., du Roscoat, E., & Leon, C. (2020). Non-presentation at hospital following a suicide attempt: a national survey. *Psychol Med*, 1–8.

exemple qu'en 2025, la moitié des étudiants qui rapportent avoir eu des idées suicidaires ne connaissent pas le 3114.

Certains indicateurs ont été mis en place par Santé Publique France à partir des urgences et de la base Oscour, notamment les passages pour idées suicidaires et tentatives de suicide, mais qui sont limités par la qualité des codages à nouveau.

Un aspect essentiel d'une stratégie nationale de prévention manque donc en France. La mesure des actes suicidaires n'a pas été pensée en amont, probablement en lien avec cette précipitation dans la mise en place et le manque de concertation dont je parlais.

- Un axe essentiel de prévention du suicide n'est pas nommé ici malgré un niveau de preuve scientifique significatif, comme évoqué plus haut : **la limitation d'accès aux moyens létaux**. C'est un moyen important de prévention du suicide, au niveau collectif comme individuel.

Cela pourrait s'appliquer à court terme à la sécurisation des hotspots par exemple, qui représenterait ainsi une première action de limitation d'accès aux moyens.

Cela permet aussi de souligner que d'autres actions pourraient être menées ultérieurement dans cet objectif, par exemple sur les armes, les pesticides ou certains médicaments qui s'avèreraient particulièrement utilisés à visée suicidaire et létaux.

Et aussi souligner que certaines actions, par exemple une dérégulation de l'accès aux armes à feu, ferait courir le risque d'augmentation des suicides par arme à feu.

Il serait d'ailleurs utile d'avoir **un dispositif de surveillance et d'alerte des moyens suicidaires**, par exemple des nouveaux médicaments utilisés comme moyen suicidaire. Il s'agirait ici de mobiliser les instituts médico-légaux et les centres de pharmacovigilance, par exemple.

L'ONS pourrait également produire à chacun de ses rapports une fiche spécifique ou un graphique sur l'évolution des moyens suicidaires.

- A ce jour, **une seule étude scientifique** a été publiée, une étude sur l'impact de Vigilans, nous y reviendrons, mais aucune sur l'impact précoce de la SNPS. C'est un peu maigre.
- Enfin, **la décision d'une saisine du HCSP** en janvier 2026 est heureuse. J'avais eu l'occasion de parler de la nécessité d'un audit de la SNPS dans une tribune dans le journal *le Monde* en mai 2022 <sup>27</sup>.

Je ne sais pas si le HCSP a prévu d'auditionner des experts internationaux mais cela me semble indispensable, même si ce n'est pas simple, tant les experts nationaux sont tous

---

<sup>27</sup> Jollant, F. (2022). En France, le taux de suicide, bien qu'en diminution depuis trente ans, reste supérieur à la moyenne des pays européens. *Le Monde*.

plus ou moins liés à la SNPS et pourraient manquer du recul nécessaire à une certaine objectivité et une vision globale.

## Sur les actions plus spécifiques

Cinq axes, nommés piliers, ont d'abord été déployés :

- Vigilans ;
- 3114 ;
- Papageno ;
- La formation des professionnels et des sentinelles ;
- Auxquels on devrait ajouter la sensibilisation du public.

Puis 4 axes se sont ajoutés récemment :

- Postvention individuelle
- Postvention collective
- L'identification des hotspots
- Une stratégie numérique

Une première réflexion est qu'une **dénomination selon l'objectif principal** aurait des vertus *pédagogiques* pour le grand public. Qui sait ce qu'est Vigilans ou Papageno ? Ou la postvention ? Ou un hotspot ? Cela ne parle pas en dehors du petit monde de la suicidologie.

On pourrait dire :

- Dispositif de recontact pour la prévention d'un nouveau geste suicidaire ;
- Ligne téléphonique pour les personnes en crise suicidaire et leur entourage ;
- Programme de communication éthique autour du suicide (médiatique mais pas seulement, par exemple syndicale, d'entreprise, etc.) ;
- Programme de formation à la crise suicidaire pour les professionnels de santé et les personnes de proximité ;
- Programme d'accompagnement des personnes endeuillées par le suicide ;
- Programme d'actions pour les établissements après un suicide ;
- Programme d'actions de prévention du suicide à destination des réseaux sociaux numériques ;
- Identification et sécurisation des lieux à risque augmenté de suicide.

**Une erreur majeure de dénomination** selon moi a été l'emploi du terme ombrelle de *prévention de la contagion suicidaire*.

Je l'ai discuté en 2024 lors du copil de la DGS mais cela a été finalement maintenu par la DGS.

Le terme de « contagion » présente 5 limites importantes, rien de moins :

- D'abord, on ne sait pas vraiment de quoi on parle : qu'est-ce que la contagion suicidaire ? La contagion virale ou bactérienne, on sait les décrire, mais la

contagion suicidaire ? On devrait donc préférer le terme plus neutre, descriptif et moins sensationnaliste de « clusterisation » :

- Clusterisation spatiale pour les hotspots (un lieu avec de nombreux suicides au cours du temps) ;
  - Clusterisation temporelle pour l'effet médiatique Werther (un effet limité dans le temps mais distribué dans l'espace sous l'effet de diffusion des media) ;
  - Clusterisation temporo-spatiale pour les rares phénomènes <sup>28</sup> de plusieurs cas rapprochés de suicide dans un même lieu, en établissement de santé ou en prison par exemple.
- Ensuite, c'est problématique de faire référence à un seul mécanisme pour nommer une action de prévention alors que le suicide et les actions de prévention reposent toujours sur plusieurs mécanismes. Il est préférable de viser l'objectif principal comme évoqué plus haut.
  - Troisièmement, les actions ciblées dans la SNPS comme actions de « prévention de la contagion suicidaire » ne relèvent pas d'un objectif de prévention d'une supposée « contagion » :
    - Les hotspots nécessitent d'abord une sécurisation physique et éventuellement des messages incitant à une recherche d'aide, comme le montre une revue de littérature <sup>29</sup> ;
    - Le deuil après suicide nécessite un accompagnement long et difficile d'un deuil particulier et particulièrement traumatique, visant certes la prévention du suicide dans l'entourage mais tout autant la qualité de vie, individuelle et familiale, le retour au travail, et la difficile acceptation du décès ;
    - La postvention collective vise tout autant l'accompagnement des patients et des soignants et le bon fonctionnement du service, plutôt qu'un réel mais rare effet de clusterisation temporo-spatiale conduisant à de nouveaux cas de suicide ;
    - Le numérique est une question vaste, qui va de l'information au soutien et à la prévention de la provocation au suicide, au-delà de la modération des contenus.
  - Quatrièmement, le terme est aussi stigmatisant comme l'ont soulevé plusieurs personnes endeuillées par le suicide. Si j'ai perdu un proche de suicide, suis-je contagieuse ? je ne pense pas que les personnes endeuillées aient vraiment besoin de ce poids social supplémentaire.
  - Enfin, et non des moindres, le terme est potentiellement socialement anxiogène ; notamment dans les suites de la pandémie à Covid-19 que nous avons traversée il n'y a pas si longtemps et qui a fait bien des dégâts. De fait, nous sommes contactés pour faire des formations afin de prévenir une contagion. Avez-vous pensé au masque ?

---

<sup>28</sup> Niedzwiedz, C., Haw, C., Hawton, K., & Platt, S. (2014). The Definition and Epidemiology of Clusters of Suicidal Behavior: A Systematic Review. *Suicide Life Threat Behav.* ; Haw, C., Hawton, K., Niedzwiedz, C., & Platt, S. (2013). Suicide clusters: a review of risk factors and mechanisms. *Suicide Life Threat Behav.*, 43(1), 97–108.

<sup>29</sup> Pirkis, J., Too, L. S., Spittal, M. J., Kryszynska, K., Robinson, J., & Cheung, Y. T. (2015). Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 2(11), 994–1001. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00266-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00266-7)

**Concernant Vigilans**, le dispositif essentiellement téléphonique de recontact des personnes après une tentative de suicide, il s'agit du seul dispositif pour lequel on a aujourd'hui une preuve d'efficacité. Une étude conduite par Santé Publique France sur la période 2015-2017 a montré que les patients dans le dispositif Vigilans présentait 38% de réitération suicidaire en moins à 6 mois en comparaison de patients hors Vigilans <sup>30</sup>. C'est un très beau résultat et cela va dans le sens de la littérature et de la pertinence des dispositifs de recontact des personnes après un acte suicidaire.

Attention, il est possible toutefois que la taille d'effet soit en réalité plus faible. C'est un effet classique en recherche dénommé effet Protéus, le premier résultat est en général le plus fort puis la taille de l'effet diminue avec le nombre d'études indépendantes. Il s'agira donc de voir l'effet réel sur des centres ouverts plus récemment qui ne sont pas fondateurs du dispositif et qui ont débuté plus tard, après la période aigüe du Covid-19. Je reste confiant que l'effet restera peut-être moins fort mais significatif.

On ne connaît pas par ailleurs l'effet sur le nombre de cas de suicide.

Le dispositif présente aussi une limite qui est le taux d'inclusion dans le dispositif, parfois appelé pénétrance, souvent bien inférieur à 50 voire 30% des TS du territoire, semble-t-il. Le taux n'est pas simple à calculer. Est-ce qu'une pénétrance faible ou modérée est suffisante pour avoir un impact au niveau des statistiques locales ou est-ce que le système est avant tout efficace au niveau individuel ce qui en fait un dispositif de soins plus que de santé publique globale ?

Aujourd'hui, Vigilans est avant tout un dispositif pour les jeunes, et notamment les jeunes femmes, ce qui n'est pas une surprise au regard des statistiques bien connues des tentatives de suicide. Certains centres rechignent encore à ouvrir aux jeunes adolescents et aux enfants ce qui n'est pas acceptable.

C'est aussi un dispositif conçu à l'origine pour être déclenché à partir des urgences mais il est indispensable de soigner les transitions post-hospitalisation psychiatrique et médecine/chirurgie (MCO), dans la mesure où un pic de suicide est bien démontré à la sortie de l'hospitalisation en psychiatrie <sup>31</sup>, et les services de MCO reçoivent beaucoup de patients après une TS sévère, par exemple en réanimation et chirurgie.

Si on pousse un peu le raisonnement, rappeler les patients après une TS devraient tellement être une évidence en termes de soins de qualité que tout service d'urgences, tout service de psychiatrie, et toute unité de psychiatrie de liaison devrait proposer ce type d'intervention. Les moyens manquent, alors on délègue à un système externalisé, dont les soignants (les vigilanceurs) n'ont jamais rencontré les patients et ne les rencontreront jamais. Je serais curieux de savoir si le manque de contact antérieur conduit à une perte d'efficacité.

---

<sup>30</sup> Gallien, Y., Broussouloux, S., Demesmaeker, A., Fouillet, A., Mertens, C., Chin, F., Cassourret, G., Caserio-Schonemann, C., du Roscoät, E., Le Strat, Y., & Vigilans Collaborators. (2025). Outcomes and Cost-Benefit of a National Suicide Reattempt Prevention Program. *JAMA Netw Open*, 8(8), e2525671.

<sup>31</sup> Chung, D. T., Ryan, C. J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S. P., Stanton, C., & Large, M. M. (2017). Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(7), 694–702.

Enfin, les déboires du nouveau système d'information (système informatique) de Vigilans sont une vaste blague bureaucratique inadmissible. Pourquoi 4 systèmes différents en France ? Et les prestataires privés, quel sera le coût final ?

**Concernant le 3114**, il bénéficie d'une belle réussite en nombre d'appels, mais est victime de son succès avec un taux de décrochés insuffisant et qui baisse.

C'est un numéro aujourd'hui très pratique, incluant pour les soignants, et probablement souvent utile pour les personnes en souffrance. Je le conseille souvent. Il est également possible que de nombreuses vies soient sauvées grâce à ce dispositif.

Est-ce que pour autant le 3114 aura un impact sur les courbes de suicide et TS au niveau national, ce n'est pas certain. Cela tient à certains faits : Seuls 10% des personnes qui expriment des idées suicidaires passeront à l'acte <sup>32</sup> et moins de 10% en mourront. Il y a donc un fort effet de dilution contrairement à Vigilans qui vise des personnes qui sont déjà passées à l'acte et dont le risque de réitération à 1 an est globalement de 15% et de 1,5% de mourir de suicide selon une large revue de littérature <sup>33</sup>.

On n'est pas ailleurs pas certains que les personnes qui vont se suicider appellent, ni que la réponse téléphonique est efficace et suffisante. Il est aujourd'hui reconnu que la prédiction clinique du suicide est à peine supérieure au hasard, comme on l'a dit plus haut.

Cela fait beaucoup d'incertitudes.

Ainsi, il est possible que le 3114 soit un dispositif utile au niveau individuel, pour répondre, orienter et probablement aider beaucoup de personnes en souffrance, sans être un dispositif de prévention des actes suicidaires au niveau collectif.

De fait, l'efficacité des lignes téléphoniques nationales ou régionales n'est pas démontré à ma connaissance.

Enfin **une grande faiblesse, à la fois de Vigilans et du 3114, est leur besoin d'un accès au système sanitaire**, aux urgences, au médecin ou psychiatre traitant, etc. Ce sont deux dispositifs portés par des structures sanitaires qui s'appuient fortement sur le système sanitaire et sont donc affaiblis par les difficultés actuelles d'accès aux soins, notamment psychiatriques, dans de nombreux endroits, notamment les fameux « déserts médicaux », donc beaucoup de régions rurales, justement aux taux de suicide plus élevés.

Un autre problème qui touche autant Vigilans que le 3114 est **l'important turnover des répondants téléphoniques**. Je serais intéressé de savoir pourquoi ? Est-ce que la réponse téléphonique à des situations suicidaires est trop demandante émotionnellement ? Ou est-ce que les candidats voient ces dispositifs comme des étapes dans leur carrière ? Autre raison ?

---

<sup>32</sup> Jollant, F., & Leon, C. (2024). Suicidal transition rates and their predictors in the adult general population: a repeated survey over 21 years in France. *Eur Psychiatry*, 67(1), e74.

<sup>33</sup> Carroll, R., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2014). Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 9(2), e89944.

**Concernant Papageno**, le programme vise à réduire l'effet Werther, nommé d'après le héros romantique du roman de Goethe *Les souffrances du jeune Werther* et qui se suicide par amour frustré. La publication aurait conduit à une augmentation du nombre de suicide en Europe. Si on n'a pas de preuve de la réalité du phénomène au XVIIIe siècle avant l'ère des statistiques, une large littérature a démontré de manière solide l'effet médiatique, notamment si le moyen suicidaire est mentionné <sup>34</sup>. Un article en cours de préparation le démontre même au XIXe siècle en France, donc avant le numérique mais dans une époque de très nombreux journaux.

Un premier problème est qu'on ne sait pas vraiment quelle part des suicides totaux relèvent d'un effet Werther. Cet effet est généralement transitoire, souvent moins de quelques semaines, n'est pas systématique après chaque suicide de célébrité <sup>35</sup>, et peut ne concerner qu'une fraction de la population, par exemple les hommes de plus de 30 ans après le suicide de Robin Williams <sup>36</sup>.

Un autre problème ici est que si l'effet Werther est bien démontré, les moyens de le prévenir restent limités. Les témoignages positifs sont des moyens médiatiques qui semblent efficaces même si leur impact reste limité en termes de recherche de soins <sup>37</sup>, sachant qu'il convient aussi d'être vigilant sur les personnes choisies pour témoigner. Citons un programme intéressant en cours en France dans ce registre, le programme *les Ulysses* <sup>38</sup>.

Le dispositif Papageno a mis en place un programme original et très intéressant visant à sensibiliser les élèves en journalisme avec l'aide d'internes de psychiatrie. L'idée est que les journalistes soient assurés de leur liberté d'information mais reconnaissent aussi leur responsabilité. Une mauvaise communication est susceptible de créer un effet Werther. Une communication éthique informe en limitant cet effet (par exemple, pas de romanticisation, pas de détails sur les moyens, faire mention des numéros d'aide, etc.) Je pense qu'il faut soutenir ce projet même si aucune évaluation n'a été publiée à ce jour à ma connaissance. Cela devrait être fait.

Le travail auprès des rédactions des journaux est un travail au long cours. Des recommandations ont été éditées. Il faut donc maintenir la pression. Est-ce que le programme Papageno est suffisamment dimensionné pour cela ? Est-ce que la dispersion actuelle de Papageno sur d'autres sujets, incluant la postvention collective ou les hotspots, ne risque pas de réduire son impact ? Est-ce que sa localisation lilloise alors que les grands journaux nationaux sont à Paris est pertinente ? Il faudrait leur demander.

---

<sup>34</sup> Niederkrotenthaler, T., Braun, M., Pirkis, J., Till, B., Stack, S., Sinyor, M., Tran, U. S., Voracek, M., Cheng, Q., Arendt, F., Scherr, S., Yip, P. S. F., & Spittal, M. J. (2020). Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 368, m575.

<sup>35</sup> Pitman, A., Fink, D. S., & Whitley, R. (2021). Patterns of suicide mortality in England and Wales before and after the suicide of the actor Robin Williams. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 56(10), 1801–1808.

<sup>36</sup> Pirkis, J., Currier, D., Too, L. S., Bryant, M., Bartlett, S., Sinyor, M., & Spittal, M. J. (2020). Suicides in Australia following media reports of the death of Robin Williams. *Aust N Z J Psychiatry*, 54(1), 99–104.

<sup>37</sup> Niederkrotenthaler, T., Till, B., Kirchner, S., Sinyor, M., Braun, M., Pirkis, J., Tran, U. S., Voracek, M., Arendt, F., Ftanou, M., Kovacs, R., King, K., Schlichthorst, M., Stack, S., & Spittal, M. J. (2022). Effects of media stories of hope and recovery on suicidal ideation and help-seeking attitudes and intentions: systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 7(2), e156–e168.

<sup>38</sup> <https://lesulysses.fr/>

**Concernant la formation des professionnels et des sentinelles** à l'évaluation et l'intervention de crise suicidaire, elle a été montée par le GEPS sur le modèle des formations québécoises.

Elle est actuellement présentée sous forme de trois modules, peu lisibles selon moi : module *sentinelle*, module *évaluation orientation* et module *intervention*. Il me semble qu'on aurait pu simplifier en module « sentinelles » ajustable à la population formée (par ex. agriculteur, travailleurs sociaux, etc.) et module « professionnels de santé » qui doivent savoir à la fois évaluer et intervenir, qu'on soit médecin, psychologue ou infirmier.

Une première critique est que, si la formation fait appel à des jeux de rôle, ce qui est pertinent, une grande et longue partie théorique sous forme de diaporama risque d'impacter à mon avis les bénéfices pédagogiques. A réfléchir.

Ces formations sont lourdes à organiser et coûteuses. Une des limites à leur organisation est en outre la présence de soignants qui ont du mal à se libérer ou à être libérés de leurs obligations professionnelles hospitalières.

Des formations plus courtes, en ligne (ou en partie en ligne), seraient-elles suffisantes ?

Une des grandes limites de ces formations, comme beaucoup de formations, est l'absence de données sur leur efficacité. En général tout le monde est satisfait à la fin de la formation et indique avoir acquis de nouvelles compétences et changé ses attitudes, mais quel impact sur les pratiques à 3 mois, 6 mois, 1 an ? Et bien entendu, quel impact sur le nombre de suicides et actes auto-infligés ?

On ne sait pas non plus la distribution des personnes formées sur le territoire, ni leur réel besoin de formation.

Et quid des médecins généralistes et des urgentistes en première ligne, sachant qu'une étude française a montré que près de 10% des personnes décédées de suicide en France avait vu un MG ou étaient passées aux Urgences le jour de leur décès, 30% dans la semaine, 60% dans le mois <sup>39</sup> ?

Bref, ces formations sont-elles efficaces, touchent-elles le public nécessaire et sont-elles en nombre suffisant pour infléchir les courbes de suicide ? On ne sait pas.

Concernant les sentinelles, l'impact des formations sentinelles n'est pas établi dans la littérature, à ma connaissance.

Des questions pratiques importantes ont aussi été soulevées concernant la formation de sentinelles : comment éviter que les sentinelles se retrouvent isolées avec une personne très suicidaire ? Qui assurent la supervision ? Comment est organisé le réseau autour des sentinelles formées et qui le fait vivre ?

---

<sup>39</sup> Laanani, M., Imbaud, C., Tuppin, P., Poulalhon, C., Jollant, F., Coste, J., & Rey, G. (2020). Contacts with Health Services During the Year Prior to Suicide Death and Prevalent Conditions A Nationwide Study. *J Affect Disord*, 274, 174–182.

S'il semble important de proposer des formations qui font tomber les tenaces idées reçues délétères, qui améliorent les compétences pratiques et assurent une meilleure confiance en soi pour évaluer et intervenir lors de ces situations toujours stressantes, je pense qu'une grande réflexion devrait être aujourd'hui engagée, par le GEPS mais pas seulement. De nombreuses associations organisent depuis longtemps des formations pour leurs bénévoles qui devraient être interrogées.

**Concernant le nouvel axe postvention individuelle**, qu'on devrait nommer « postvention individuelle et familiale », il devrait selon moi reposer sur des professionnels de santé formés, tant le sujet est complexe et sur l'implication des associations qui font un remarquable travail de soutien individuel et de groupe par les pairs, notamment, qui est une des rares actions de postvention qui a montré un bénéfice<sup>40</sup>. De fait, de nombreuses personnes endeuillées préfèrent se tourner vers les associations que vers le monde médical et psychiatrique qui peut leur rappeler leur proche décédé.

La plateforme Espoir est un formidable outil d'information qu'il faut continuer à soutenir<sup>41</sup>.

Le rôle des CUMP, du SAMU et des Instituts médico-légaux (IML) pourrait être discuté pour identifier les personnes endeuillées de suicide et les orienter vers les structures adéquates.

**Concernant la postvention collective**, qu'on devrait nommer « postvention institutionnelle », elle pourrait reposer sur des sortes de plans blancs comme à l'hôpital, pluriprofessionnels, avec une cellule d'intervention bien identifiée de 2 personnes qui se rendent rapidement sur le lieu du suicide pour aider à l'organisation des actions immédiates et à court et moyen terme.

Un plan de postvention devrait être établi conjointement aux plans de prévention dans tous les établissements à risque, hôpitaux, EPHAD, prisons, et au niveau des académies scolaires. Cela se trouve dans les recommandations du GEPS qui vont sortir.

Plusieurs plans de postvention existent. Le niveau de preuve scientifique reste faible.

**Concernant les hotspots**, dont la définition reste débattue (combien de suicide sur combien de temps ?), ils doivent faire l'objet d'une identification, certes, mais aussi d'une systématique sécurisation efficace, ce qui n'est pas une mince affaire : ces interventions relèvent en général de coûteux financements, et s'exposent à des contre-arguments financiers, mais aussi esthétiques et surtout d'inefficacité et de déplacement du problème malgré les nombreuses preuves scientifiques du contraire.

---

<sup>40</sup> Ramamurthy, C., Fraser, T., Kryszynska, K., Hawgood, J., Kölves, K., Reifels, L., Reavley, N., & Andriessen, K. (2025). Effectiveness of suicide postvention service models and guidelines 2014-2024: A scoping review. *Prev Med*, 195, 108279.

<sup>41</sup> <https://espoir-suicide.fr/>

Par exemple, la sécurisation du *Golden Gate Bridge* à San Francisco, 2 à 3 suicides par mois depuis son ouverture en mai 1937 (le premier suicide a eu lieu en août de la même année), n'a été réalisée qu'en 2024 <sup>42</sup> !

Qui va se charger de convaincre les départements et les régions, les administrations, les syndicats de propriétaires d'immeubles, les municipalités, de procéder aux travaux et, en ces temps de contraintes budgétaires, qui va payer ?

Au final, il est probable qu'un petit nombre de hotspots sera sécurisé avec le temps en fonction de différents facteurs locaux comme le nombre de décès, la couverture médiatique locale, l'émoi public, la mobilisation de la communauté ou de familles endeuillées comme pour le viaduc de Dinan <sup>43</sup> et d'autres endroits, etc.

Cependant, cet axe a l'intérêt pédagogique d'exister. Il s'agirait ici de clairement lister les arguments pour convaincre les parties prenantes de l'utilité des mesures de sécurisation éventuellement couplées à une incitation à la demande d'aide sur les hotspots, les deux seules mesures démontrées à ce jour.

**Concernant l'axe numérique**, je ne connais pas assez bien le travail en cours pour en discuter plus en détail.

## Quel impact de la SNPS à ce jour ?

A ce jour, plus de 3 ans après le plein déploiement des 4 premiers axes forts, la SNPS ne semble pas montrer les effets attendus, c'est-à-dire une inflexion de la baisse observée des suicides depuis 40 ans.

Si une partie de la stagnation observée depuis 2017 pour les taux de suicide est liée au changement de certificats médicaux, cette explication ne suffit pas. En outre, aucun impact ne semble observé sur les gestes auto-infligés qui concerne une population différente, plus jeune et plus féminine. La hausse des gestes depuis le milieu des années 2010, accentuée après le début de la pandémie à Covid-19 ne semble pas avoir été enrayerée par la SNPS.

Des recherches plus poussées sont toutefois nécessaires pour étudier l'impact de la SNPS sur les données de suicide et de gestes auto-infligés.

De fait, une revue récente souligne que les stratégies nationales, bien que diverses et plus ou moins développées (de 4 à 11 composants), ont montré des effets variables (de baisse à augmentation du suicide) selon les pays sachant que la mesure d'impact reste complexe <sup>44</sup>.

---

<sup>42</sup> <https://www.goldengate.org/district/district-projects/suicide-deterrent-net/>

<sup>43</sup> [https://actu.fr/bretagne/dinan\\_22050/dinan-le-viaduc-n-est-plus-le-pont-des-suicides\\_37074583.html](https://actu.fr/bretagne/dinan_22050/dinan-le-viaduc-n-est-plus-le-pont-des-suicides_37074583.html)

<sup>44</sup> Schlichthorst, M., Reifels, L., Spittal, M., Clapperton, A., Scurrah, K., Kolves, K., Platt, S., Pirkis, J., & Krysinska, K. (2023). Evaluating the Effectiveness of Components of National Suicide Prevention Strategies. *Crisis*, 44(4), 318–328.

Il est possible aussi que l'impact de la SNPS en France ne se soit pas encore fait sentir et il ne s'agirait pas d'abandonner trop tôt.

Il est possible également que les premiers impacts non négligeables de la SNPS soient la **mobilisation d'une large communauté** autour de la question de la prévention du suicide, et la **sensibilisation au sujet de la prévention du suicide de la population générale**, contribuant à accélérer la déstigmatisation.

Il est possible aussi que certaines hausses paradoxales dans les statistiques, soient en partie liées à un effet de la SNPS elle-même, notamment plus de demandes d'aides pour crises suicidaires ou après une TS conduisant à plus d'hospitalisations.

Selon moi, même si des ajustements sont encore nécessaires, comme je le disais plus haut, la SNPS semble en bonne voie. Attendons encore quelques années pour juger réellement de ses effets.

## Autres pistes d'actions

Outre celles déjà citées plus haut, plusieurs autres pistes devraient être soutenues ou explorées, pistes qui devraient s'intégrer à une version élargie de la SNPS.

**Sur le plan des soins**, certaines pratiques de soins reconnues et souvent peu coûteuses devraient être valorisées incluant :

- L'utilisation plus large de la **kétamine racémique IV** dans la crise suicidaire <sup>45</sup>, qui vient de recevoir un accord de prescription par l'ANSM en mars 2026 <sup>46</sup>, une première mondiale <sup>47</sup>. Cela peut être fait dans des lits d'urgence, en hôpital de jour, en hospitalisation complète ou en liaison dans les services somatiques ;
- L'utilisation plus large du **lithium dans le trouble bipolaire et de la clozapine dans la schizophrénie** qui ont montré leur intérêt dans la prévention du suicide, en plus de leurs bénéfices sur la stabilisation de ces troubles <sup>48</sup>.

En outre :

- **La promotion de la prévention du suicide en établissement de santé et médicosocial** et la mise en place des recommandations du GEPS prévue en 2026.

---

<sup>45</sup> Abbar, M., Demattei, C., El-Hage, W., Llorca, P. M., Samalin, L., Demaricourt, P., Gaillard, R., Courtet, P., Vaiva, G., Gorwood, P., Fabbro, P., & Jollant, F. (2022). Ketamine for the acute treatment of severe suicidal ideation: double blind, randomised placebo controlled trial. *BMJ*, 376, e067194 ; Jollant, F., Colle, R., Nguyen, T. M. L., Corruble, E., Gardier, A. M., Walter, M., Abbar, M., & Wagner, G. (2023). Ketamine and esketamine in suicidal thoughts and behaviors: a systematic review. *Ther Adv Psychopharmacol*, 13, 20451253231151327.

<sup>46</sup> <https://ansm.sante.fr/actualites/decision-du-09-03-2026-etablissant-un-cpc-des-medicaments-ketamine-panpharma-10-mg-ml-solution-injectable-i-v-i-m-ketamine-renaudin-10-mg-ml-solution-injectable>

<sup>47</sup> Jollant, F., Abbar, M., & Ait Tayeb, A. E. K. (2026). Suicidal crisis: first regulatory approval of IV racemic ketamine. *Lancet*, S0140–6736(26)00594.

<sup>48</sup> Wilkinson, S. T., Trujillo Diaz, D., Rupp, Z. W., Kidambi, A., Ramirez, K. L., Flores, J. M., Avila-Quintero, V. J., Rhee, T. G., Olfson, M., & Bloch, M. H. (2022). Pharmacological and somatic treatment effects on suicide in adults: A systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*, 39(2), 100–112. <https://doi.org/10.1002/da.23222>

- Leur inscription comme critère de qualité par la Haute Autorité de Santé (HAS) permettrait de faire avancer cette cause.
- **La valorisation financière de certaines psychothérapies après une TS** <sup>49</sup>.
- Une étude sur les bénéfices médico-économiques **des centres de crise, des lits de post-urgences et des consultations de post-urgences à 48h** serait également bienvenue.
- Il serait également souhaitable que **la HAS propose des préconisations actualisées** sur l'évaluation et la prise en charge des personnes en crise suicidaire ou après une TS, notamment pour éviter le recours massif à l'hospitalisation dont le bénéfice au regard des risques n'est pas évident, loin de là.
- La pertinence de la **checklist RUD (ou UDR)**, souvent incorrectement intitulée échelle, utilisée dans l'évaluation du risque suicidaire et dont la diffusion est très importante mais la validation quasi nulle devrait faire l'objet d'une étude approfondie.

### Sur le plan de la formation initiale et continue :

- L'amélioration de **la formation initiale des professionnels de santé**, médecins généralistes et infirmiers, et de santé mentale, psychiatres et psychologues ; La formation à l'art complexe de l'entretien psychiatrique et psychologique a été largement abandonnée selon moi ; la simulation avec acteurs ou peut-être un jour réalité virtuelle devraient être développée partout dans les facs <sup>50</sup> ;
- **La formation des médecins généralistes**, acteurs essentiels de première ligne, par exemple dans les maisons de santé pluriprofessionnelles, à travers des formations effectives courtes ; Il s'agit d'une cible ancienne de la prévention du suicide toujours en attente. Une erreur serait d'imposer une formation qui ne serait pas coconstruite avec eux en tenant compte de leurs besoins et de leur disponibilité.

### En termes d'implémentation :

- La valorisation de **l'action locale pluriprofessionnelle en réseaux locaux** à travers les CPTS et CLSM doit être poursuivi et les axes de la SNPS mieux intégrée ;
- L'amélioration de **l'articulation entre monde institutionnel et sanitaire et monde associatif** :
  - Le projet de prescription sociale de la DGS va dans le bon sens ;
  - Des projets de soins, d'enseignement et de recherche conjoints devraient être développés, nous allons travailler à cela dans les prochains mois à l'UNPS ;
- L'implication **des pair aidants et personnes concernées** doit être valorisée.

---

<sup>49</sup> Sobanski, T., Josfeld, S., Peikert, G., & Wagner, G. (2021). Psychotherapeutic interventions for the prevention of suicide re-attempts: a systematic review. *Psychol Med*, 1–16. <https://doi.org/10.1017/S0033291721003081>

<sup>50</sup> Richard, O., Piot, M. A., & Jollant, F. (2024). Short-term effects of a simulation-based training program on suicide risk assessment and intervention for first-year psychiatry residents. *Encephale*, 50(6), 623–629 ; Richard, O., Jollant, F., Billon, G., Attoe, C., Vodovar, D., & Piot, M. A. (2023). Simulation training in suicide risk assessment and intervention: a systematic review and meta-analysis. *Med Educ Online*, 28(1), 2199469.

### En termes de cible de prévention :

- **Un focus sur les hommes**, qui sont les principales victimes du suicide, 3 fois plus que les femmes en France (mais aussi des morts violentes, accidents et homicides) à travers des campagnes sur la santé mentale et des actions ciblées sur les représentations de la masculinité et des relations aux autres pourraient être pertinentes (voir actions conduites dans certains pays).
- Les questions évoquées plus haut sur **l'alcool, les jeux d'argent et les violences domestiques**, et j'ajouterais le sujet majeur **des maltraitances aux enfants** devraient certainement apparaître comme des cibles de la prévention du suicide.
- Bien entendu la question de **l'exposition massive aux écrans**, et de la nécessaire éducation à leur utilisation.
- Enfin, et ce n'est pas propre à la SNPS, comment permettre aux **personnes les plus précaires**, ou vivant dans des parties abandonnées ou difficilement accessibles de notre République, d'accéder à toutes ces mesures. Elles en sont pourtant les premières concernées.

### En termes de recherche :

- **Un soutien actif à la recherche en suicidologie** avec des laboratoires spécifiquement dédiée à cette recherche de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, voire la création d'un **institut national de recherche en suicidologie**, serait favorable.
  - o Cette recherche ne devrait pas être absorbée par les neurosciences, très à la mode et largement basée sur la recherche de biomarqueurs pour une « médecine de précision » et dont on attend depuis 30 ans un intérêt clinique. J'y ai contribué. J'ai aujourd'hui un regard plus critique même si les comportements humains comme le suicide sont bien entendu aussi une histoire de biologie. Mais la complexité des systèmes biologiques est-elle en mesure d'expliquer et soigner la complexité des problèmes comportementaux dont l'origine est en grande partie sociale ?
  - o Les études qualitatives et quantitatives devraient se côtoyer harmonieusement, de même que les disciplines.

## Conclusion

Mon souci concernant la prévention du suicide en France aujourd'hui tient à la nécessité d'une approche beaucoup plus large de **santé publique**, centrée aussi sur les déterminants sociaux, économiques, environnementaux et culturels du risque suicidaire.

Cette approche devrait intégrer des **politiques sociales fortes**, actuellement attaquées sur le plan idéologique sous des prétextes économiques et qui vont renforcer les inégalités sociales, ainsi que discuter le rôle du **milieu associatif**, essentiel pour le repérage de proximité, l'entraide, la lutte contre l'isolement, la postvention, l'accompagnement des proches, l'accès effectif aux droits et en fin de compte la solidarité nationale et citoyenne, alors même que l'avenir de ce tissu associatif apparaît fragile dans

un contexte général d'incertitude financière et institutionnelle, voire de mise au pas de nombreuses associations par les pouvoirs publics.

Pourtant, la littérature scientifique souligne précisément que la prévention du suicide ne peut être efficace si elle n'agit pas aussi sur le chômage, la pauvreté, le mal-logement, les violences, les discriminations, l'isolement, le coût de la vie et l'affaiblissement des protections collectives, c'est-à-dire sur des facteurs qui relèvent largement des politiques publiques sociales au-delà du seul système de soins.

De fait, le système sanitaire ne peut fonctionner de manière efficace s'il est submergé par des « pathologies sociales » pour lesquelles il est bien moins compétent.

De plus, des facteurs encore insuffisamment intégrés aux stratégies françaises de santé globale deviennent de plus en plus préoccupants :

- Le **changement climatique**, notamment par l'effet des chaleurs extrêmes, est de plus en plus associé à une hausse du risque de souffrance psychique, mais aussi de risque d'acte suicidaire <sup>51</sup> ;
- La **pollution de l'environnement** est elle aussi étudiée comme un facteur aggravant possible de vulnérabilité mentale à travers le neurodéveloppement, de la pollution chimique aux pollutions physiques et émotionnelles comme les écrans ; Ces expositions environnementales n'affectent pas tout le monde de la même manière, puisqu'elles pèsent davantage sur les individus déjà fragilisés par leur trajectoire développementale, leur état de santé, leur précarité ou leur isolement.
- Les **évolutions sociétales** elles-mêmes, polarisation des débats publics, exposition accrue aux réseaux sociaux, discriminations, violences sexistes et sexuelles, racisme, LGBTphobies, fragilisation des liens collectifs, peuvent accentuer le sentiment d'exclusion ou de non-appartenance chez certains groupes, notamment les plus jeunes.

Tout cela oblige à penser la prévention du suicide non seulement comme une politique de santé, mais comme un indicateur de la qualité du lien social, de la justice sociale et de la capacité des institutions à protéger les plus vulnérables.

Enfin, à cela s'ajoute, en France, la sensibilité particulière du débat sur **l'aide à mourir** : au moment de cette conférence, en avril 2026, il s'agit encore d'un processus législatif débattu et encadré, non d'un dispositif stabilisé de longue date, de sorte que l'enjeu n'est pas seulement juridique mais aussi symbolique et éthique, puisqu'une éventuelle légalisation imposerait de tracer sans ambiguïté la frontière entre réponse à la souffrance en fin de vie et politique de prévention du suicide, afin d'éviter toute confusion dans les messages adressés aux personnes vulnérables.

Si la France, et d'autres pays du monde, continuent à traiter la prévention du suicide uniquement comme une question sanitaire, sans consolider durablement le monde associatif, la participation citoyenne et le lien social, ni agir plus résolument sur les déterminants sociaux, environnementaux et culturels, et les inégalités sociales, à travers

---

<sup>51</sup> Thompson, R., Lawrance, E. L., Roberts, L. F., Grailey, K., Ashrafian, H., Maheswaran, H., Toledano, M. B., & Darzi, A. (2023). Ambient temperature and mental health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Planet Health*, 7(7), e580–e589. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(23\)00104-3](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(23)00104-3)

des politiques publiques sociales et économiques qui unissent plus qu'elles ne divisent, qui protègent plus qu'elles n'exposent, qui donnent de l'espoir plus qu'elles n'excluent, ces pays risquent de se priver d'une part essentielle de la prévention réellement efficace.

Je vous remercie de votre attention.