

# DONNÉES ET ACTIONS DES ASSOCIATIONS DE PRÉVENTION DU SUICIDE EN FRANCE

---

Claire Gourier-Fréry (InVS), Nathalie Beltzer (InVS), Valérie Ulrich (DREES)

Depuis les années 1950, de nombreuses associations se sont investies dans la prévention du suicide et dans le soutien aux familles endeuillées. À travers leurs actions de terrain au contact des personnes en souffrance et à leur écoute, ces associations rassemblent des informations qualitatives et quantitatives d'une grande richesse, susceptibles de compléter la surveillance épidémiologique et d'appuyer la recherche et les prises de décision en santé publique. Leur diversité, leur couverture géographique et populationnelle, l'étendue des actions et des interventions menées, la valorisation des données recueillies et les problèmes que ces structures rencontrent pour mener à bien leurs projets méritent d'être mieux connus et partagés. C'est le thème de ce dossier. Il s'appuie sur les présentations réalisées au cours de la journée du 16 avril 2015, commune aux deux groupes de travail de l'Observatoire national du suicide (ONS), « Surveillance épidémiologique » (pilote par l'InVS) et « Axes de recherche » (pilote par la DREES), consacrée aux actions et données recueillies en 2014 par les associations de prévention du suicide.

L'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS, 1996), qui réunit de nombreuses associations, a engagé un recensement de ce tissu associatif, afin d'en souligner la diversité en termes d'actions menées, de modalités d'intervention, de périmètres géographiques et de populations couvertes. Le premier volet de ce dossier est consacré à la présentation de ce travail en cours.

La prévention des actes suicidaires s'appuie tout particulièrement sur les associations proposant des dispositifs de lutte contre l'isolement social au travers de « l'aide à distance ». Celle-ci constitue un moyen d'écoute, de sociabilité et de soutien aux personnes en souffrance et à leurs proches. Le deuxième volet de ce dossier est consacré aux données recueillies en 2014 par ces associations d'écoute

(SOS Amitié, SOS Suicide Phénix, Suicide Écoute et PHARE Enfants-Parents) et aux développements en cours pour la valorisation commune des données dans le cadre de la réorganisation de la prévention et de l'aide à distance en santé (PADS), menée sous l'égide de l'INPES, avec l'appui de l'InVS.

De nombreuses actions de prévention menées par les partenaires associatifs ont été décrites dans le premier rapport de l'ONS, en particulier celles inscrites au Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 de la Direction générale de la santé ou dans certains programmes régionaux<sup>1</sup> (p. 78-87). Sans chercher l'exhaustivité, quelques autres exemples d'actions innovantes, développées par les partenaires associatifs représentés à l'Observatoire national du suicide, sont proposés dans un troisième volet :

- présentation du réseau de santé Vivre et intervenir ensemble face au suicide en Indre-et-Loire, VIES 37, seul réseau de santé entièrement centré sur la prévention du suicide existant actuellement à l'UNPS ;
- résultats de l'enquête menée par l'association Le Refuge : « Être homo aujourd'hui en France » et présentation de la future enquête auprès des jeunes s'adressant au Refuge ;
- fonctionnement d'un groupe de soutien aux personnes endeuillées par le suicide d'un proche, à travers l'exemple du groupe mis en place par le Centre régional de prévention des conduites suicidaires Rhône-Alpes, institut régional Jean Bergeret.

## Partie I • Une diversité du tissu associatif en France au sein de l'UNPS

La prévention du suicide par des associations dédiées, dont les origines remontent aux années 1950 au Royaume-Uni avec le révérend Chad Varah (1953), doit essentiellement son existence à l'action de bénévoles. En France, le premier centre d'accueil, de lutte contre l'isolement et de prévention du suicide (« Recherche et Rencontre », fondé en 1958) et la première association d'écoute offrant un soutien téléphonique 24 heures sur 24 à toute personne en détresse (SOS Amitié, fondée en 1961), voient le jour à la même époque. Dans le même temps, des professionnels du soin psychique se mobilisent dans les hôpitaux, particulièrement alertés par le nombre d'intoxications volontaires aux barbituriques. En 1969, les professeurs Pierre Moron de Toulouse, Jean-Pierre Soubrier de Paris et Jacques Védrette de Lyon, soutenus par le professeur Pierre Pichot, chef de service du centre hospitalier neuropsychiatrique Sainte-Anne de Paris, créent le Groupement d'étude et de prévention du suicide (GEPS). Il s'agit du premier organe associatif national sur

1. [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_ONS\\_2014.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ONS_2014.pdf)

la problématique suicidaire. Depuis, de multiples associations se sont créées en France, développant un rôle essentiel dans l'accompagnement du mal-être, la prévention et la postvention du suicide, en intervenant à des degrés divers auprès des suicidants ou des proches de suicidés. Une partie d'entre elles adhère à ce jour à l'UNPS. Cette union a notamment pour missions :

- de sensibiliser et d'informer l'opinion publique et les institutions sur la question de la prévention du suicide, que ce soit à travers des aidants naturels, l'entourage, les proches ou des associations représentant les usagers de soins : le suicide n'est pas un sujet tabou, une prévention du suicide et des tentatives de suicide est possible ;
- d'accompagner les politiques publiques dans la définition de lignes stratégiques relatives à la prévention du suicide, notamment par la participation aux rapports du Haut Comité de la santé publique, aux conférences nationales de santé, à des commissions *ad hoc* telles que la commission Le Breton de 2008 suivie de l'élaboration du Programme national d'action contre le suicide 2011-2014 et du plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015 ;
- de fédérer une grande diversité de structures de prévention et de prise en charge des conduites suicidaires, en veillant à renforcer la connaissance du maillage territorial (création d'un annuaire des structures et d'un relevé des actions régionales via les agences régionales de santé), et en élaborant pour les structures de proximité des services partagés :
  - thèmes annuels pour les journées nationales de prévention du suicide organisées chaque année autour du 5 février,
  - outils et supports de communication,
  - éléments de formation tenant compte des connaissances scientifiques actuelles et des expériences des associations par rapport aux publics cibles.

Un état des lieux de la diversité du tissu associatif en France, des actions menées, des modalités d'intervention et des périmètres géographiques et populationnels couverts est en cours au sein de l'UNPS. Cette enquête de réseau a pour objectif principal de permettre une meilleure connaissance des structures qui participent à la prévention du mal-être et du suicide en France. Elle permettra en particulier d'offrir à la population une meilleure connaissance des dispositifs de proximité existants. Les informations recueillies à l'aide d'une fiche de présentation standardisée comprennent :

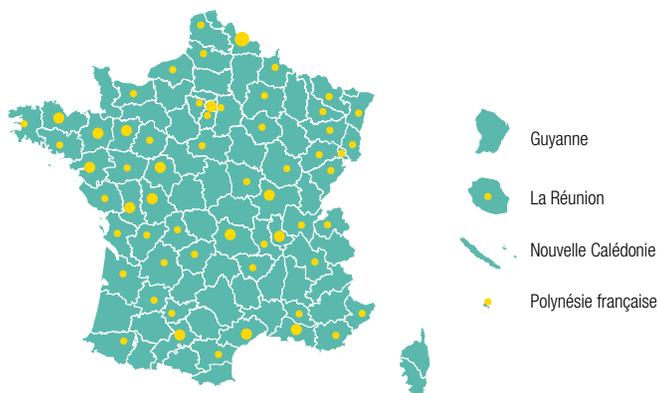
- l'identification générale de la structure et sa nature, la zone d'intervention, le fait qu'elle coordonne ou non d'autres structures et les coordonnées du responsable ;
- ses missions et objectifs, en ciblant spécifiquement les actions dévolues à la prévention du mal-être et du suicide (la typologie des actions soumises au recueil est détaillée dans le **tableau 1**) ;

- la population ciblée par la structure : certaines associations n'ont pas de conditions « particulières », toute personne pouvant faire appel à la structure, alors que d'autres ciblent une population spécifique à préciser (hommes, femmes, enfants, adolescents, adultes, personnes âgées, actifs, sans emploi, retraités, personnes endeuillées par le suicide d'un proche, lesbiennes, gays, bisexuels et trans (LGBT), détenus, précaires et autres) ;
- les lieux et modalités d'intervention : visites à domicile, dans leurs propres locaux, sur des sites tiers. Si l'intervention s'effectue sans déplacement, la modalité d'aide est précisée : aide à distance en santé, comme la téléphonie sociale, les courriels, les forums, les réseaux sociaux. Concernant les modalités d'intervention, sont recensés notamment les groupes de paroles, l'écoute en face-à-face, les propositions de psychothérapie, de pharmacothérapie, l'accompagnement social ;
- les horaires d'accueil de la structure et le nom d'un contact (à l'usage du réseau UNPS uniquement, pour ce dernier) sont également recueillis.

Ce travail est en cours et les premiers résultats sont présentés ici.

## 1. L'implantation géographique des associations

Des associations œuvrant pour la prévention du suicide, membres de l'UNPS, sont présentes dans deux tiers des départements métropolitains, à La Réunion et en Polynésie (carte).



Source • [www.unps.fr/les-adherents-2.html](http://www.unps.fr/les-adherents-2.html)

Les noms et coordonnées de ces structures sont détaillés en annexe.

## 2. Typologie des associations et des actions menées

Depuis la création de l'UNPS, une grande diversité d'associations est observée. Elles reflètent les évolutions depuis une vingtaine d'années de notre société, tant dans le domaine des relations sociales que des préoccupations de santé. Les associations fondatrices, comme SOS Amitié, à vocation généraliste en prévention, ont été rejointes par des associations plus thématiques, comme Sida Info Service, ou ADAG BB dans le département de l'Ain, orientée vers les personnes âgées. Au sein même de l'UNPS, les associations fondatrices ont été rejointes progressivement par d'autres associations d'une grande diversité, illustrant les préoccupations de santé publique, au fur et à mesure des connaissances acquises sur les facteurs de risque individuels et sociaux, et reprenant des spécificités locales au niveau populationnel.

La présentation des structures associatives doit être pensée en fonction de leurs missions. Ce but est pour le moment double : en *termes de réseau*, l'objectif est de faciliter l'accès aux soins des personnes qui en ont besoin et en *termes de communication*, l'objectif est d'être en mesure de sensibiliser l'opinion publique sur la question de la prévention du suicide.

Ainsi, plusieurs typologies pourraient être dégagées.

### 2.1. Selon la nature de l'association

- Associations « militantes » : l'adhésion et la participation des personnes concernées constituent la base de la vie de l'association qui mène des activités d'entraide.
- Associations « techniques » : elles mènent des activités au bénéfice de publics, sans que la participation des publics soit centrale.
- Associations mixtes : « militantes » et « techniques »
- Associations constituant un quasi « service public délégué ».

### 2.2. Selon le statut, l'orientation de la structure et son inscription géographique

On recense au sein de l'UNPS **31 associations Loi 1901** :

- **13 de dimension nationale** : fédératives ou pluridépartementales (SOS Amitié, UNAFAM, GEPS, PHARE Enfants-Parents, Suicide Écoute, SOS Suicide Phénix, La Porte Ouverte, Le Refuge, Contact, France-Dépression) ;
- **2 fédérations à vocation européenne** : Vivre son deuil et Fealips, qui regroupent les centres Recherche et Rencontre et développent des liens avec les pays limitrophes (Belgique, Luxembourg et pays méditerranéens) ;
- **16 régionales ou départementales.**

**5 associations collectives sans structure juridique** mais fédérant des structures associatives (PEGAPSE en Bretagne, un collectif à Besançon, un collectif dans la Manche, un autre en Midi-Pyrénées et un dernier en Mayenne).

**1 association fondée sur un réseau d'intervenants** (VIES 37) rattaché aux réseaux de santé.

Par ailleurs, des personnalités ayant une action notoire en prévention du suicide adhèrent à titre individuel à l'UNPS : par leur expertise ou leur expérience professionnelle, elles apportent dans le cadre associatif des contributions ou des liens avec des institutions, notamment de recherche comme l'Inserm ou avec des équipes hospitalo-universitaires.

### 2.3. Selon les actions menées

**TABLEAU 1 • Les actions des associations :**

<p><b>ACCOMPAGNEMENT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veille à vocation sociale (structures qui écoutent mais qui n'interviennent pas), ex : SOS Amitié.</li> <li>• Veille à vocation d'accompagnement des personnes en risque suicidaire (personnes qui écoutent et qui peuvent accompagner physiquement les personnes qui sont en difficulté), ex : La Porte Ouverte, Jonathan Pierres Vivantes, Le Refuge.</li> </ul>	<p><b>PRÉVENTION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention universelle (population générale) ou ciblée (populations vulnérables), ex : EPE Idf, ADAGBB.</li> <li>• Éducation thérapeutique, ex : SIS.</li> </ul> <p><b>POSTVENTION</b></p> <p>Accompagnement des familles et entourages endeuillés, ex : FEVSD, Empreintes, Jonathan Pierres Vivantes, PHARE Enfants-Parents.</p>
<p><b>SOINS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins psychiatriques, ex : centre Popincourt</li> <li>• Soins psychothérapeutiques, ex : Entr'Actes</li> </ul>	<p><b>FORMATION et ORGANISATION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseignement (universitaire et associatif*, ex : GEPS, VIES 37...</li> <li>• Recherche, ex : GEPS...</li> <li>• Conseil aux personnes et aux institutions, ex : VIES 37, EPEIdf</li> <li>• Aide administrative, ex : SIS...</li> </ul>

\*Participation des usagers des systèmes de soins, des aidants, des entourages à la définition des contenus des formations, sur le modèle d'expériences menées en Amérique du Nord (patients et professionnels de santé – PPS, en particulier).

### 3. Perspectives

Le premier constat qui ressort de ce travail en cours est le nombre et la diversité des associations proposant une variété d'interventions dans le champ de la prévention et de la postvention du suicide. La France dispose ainsi, à travers cet ensemble de structures associatives qui, pour certaines, mènent leurs actions depuis de nombreuses années, d'une richesse d'expériences, de pratiques et de savoir-faire. Cependant, la couverture du territoire est inégale. Les associations s'estiment souvent confrontées à un manque de relais de leurs actions malgré des échos favorables de la part des élus, des professionnels de la relation d'aide et des citoyens. Les actions développées le sont souvent avec peu de moyens et grâce à une mobilisation essentiellement sous forme de bénévolat. L'engagement de chacun représente une force réelle mais le fait qu'il se fonde quasi exclusivement sur du bénévolat se traduit par un grand nombre de difficultés :

- l'instabilité des structures en fonction des intervenants. Les intervenants sont en effet souvent de passage : on a par exemple fait appel au service civique chez les jeunes ;
- une cohérence souvent insuffisante dans les actions ;
- de fréquentes difficultés dans le suivi des actions ;
- une trop grande diversité des tâches de chacun, comprenant des tâches administratives extrêmement nombreuses, diverses et lourdes ;
- la non-pérennité de financements, notamment locaux, bridant la durée des actions.

Les résultats de l'enquête réalisée auprès des structures associatives devraient permettre de mieux connaître les types d'interventions proposées en France, par un état des lieux des pratiques actuelles de prévention et de prise en charge des conduites suicidaires, sans chercher à se référer à une école théorique unique. L'analyse de cet état des lieux devra souligner les causes de dysfonctionnement et les difficultés de mise en œuvre des actions, en particulier lorsqu'elles concernent des actions recommandées suite aux études validées d'évaluation, aux expertises collectives de l'Inserm, aux conférences de consensus, ou encore correspondant aux labels qualité en santé de l'INPES.

Cette synthèse devrait ainsi contribuer à dégager de nouveaux repères sur la prévention du suicide, en définissant les conditions de transférabilité de certaines expérimentations ou actions innovantes, comme l'organisation pour la troisième année d'un village associatif à l'occasion de la Journée mondiale de prévention du suicide autour du 10 septembre à Paris, et en diffusant les informations recueillies dans le cadre de diverses manifestations dont les journées nationales, départementales et mondiales de prévention du suicide. Cette synthèse devrait permettre une meilleure articulation des différents acteurs nationaux, faciliter les circuits d'information et favoriser les échanges avec les structures de terrain à propos des améliorations qu'elles proposent et des difficultés qu'elles rencontrent.

Enfin, cet état des lieux contribuera à ce que l'UNPS participe activement à l'élaboration de la politique nationale de prévention du suicide, en relayant les demandes et les préconisations du tissu associatif vers les structures décisionnelles et en participant au niveau des territoires à la stratégie de prévention du suicide, avec les ARS.

## Partie II • Les dispositifs de prévention et d'aide à distance en santé (PADS)

La « téléphonie santé », aussi appelée « téléphonie sociale », est née au Royaume-Uni, à Londres, avec les *Samaritans*, groupe fondé par le révérend Edward Chad Varah en 1953, pour tendre la main aux personnes suicidaires ou désespérées. En France, elle a vu le jour dans le monde de la solidarité un peu plus tard, en 1960, avec SOS Amitié. Elle s'est développée à l'initiative d'associations militantes puis des services de l'État, pour qui le téléphone est apparu comme un moyen particulièrement simple et peu onéreux pour établir des relations avec les citoyens et répondre à leurs interrogations dans le domaine de la santé.

Organisée autour de différents sujets de santé publique, la « téléphonie santé » a pour vocation première d'informer, d'écouter et d'orienter le public. Qu'elle soit constituée en pôles thématiques (sida, suicide, tabac, drogues, hépatites, etc.) ou populationnels (jeunes, soignants, etc.), son objectif est d'aider l'appelant à développer son autonomie, éclairer ses choix, favoriser sa réflexion et d'accompagner vers un mieux-être. Reposant à l'origine sur le bénévolat des répondants, ces dispositifs se sont progressivement professionnalisés. Tous ont développé une forme d'expertise en matière d'écoute et de conseil et peuvent parfois constituer une passerelle vers les lieux de prise en charge.

La dénomination « téléphonie santé » a été peu à peu remplacée par « prévention et aide à distance en santé » (PADS) pour tenir compte de la diversification de l'offre d'écoute et d'accompagnement mise en place grâce à Internet (ouvertures de tchats, services de questions-réponses, forums...).

Ces services se sont considérablement développés depuis cinquante ans. Chaque année, en France, des centaines de milliers de personnes font appel à un service téléphonique ou un site Internet. Le téléphone et Internet constituent ainsi des outils d'accompagnement des politiques de santé publique, accessibles au plus grand nombre et au plus près de chacun. Ces dispositifs sont souvent intégrés dans les plans gouvernementaux de santé publique dédiés à la santé mentale ou à la prévention du suicide, comme c'est le cas en France.

Les dispositifs d'aide à distance permettent une interaction directe et individualisée avec le public. L'une des richesses de ces dispositifs réside dans l'anonymat et la confidentialité des échanges. Ce cadre permet d'aborder des questions intimes, des sujets tabous, parfois des pratiques illicites, beaucoup plus difficiles à évoquer en présentiel. C'est souvent à l'occasion de cet échange avec un écoutant que se fait la première prise de parole, la première levée de tabou, dans le cas de consommation de drogues ou d'alcool notamment, ou encore de violences subies et d'idéations suicidaires associées à une forte culpabilité. L'anonymat est un principe fondateur de la « téléphonie santé ». Lorsqu'elle se fait, la sortie de l'anonymat ne se fait qu'en cas de danger immédiat : si la personne en ligne est en situation de porter atteinte à sa vie, avec un passage à l'acte imminent ou si le processus suicidaire est déjà engagé.

Le coût pour l'utilisateur est modeste car l'ensemble des dispositifs d'aide à distance en santé disposent soit de numéros Verts (numéros gratuits depuis un poste fixe et inclus dans les forfaits mobiles), soit de numéros Azur (coût d'une communication locale), soit de numéros non surtaxés, permettant ainsi d'assurer une meilleure accessibilité et de lutter contre les inégalités sociales de santé.

### ENCADRÉ 1 • Les dispositifs d'aide à distance financés par l'INPES

#### Addictions

- Tabac Info Service
- Drogues Info Service
- Alcool Info Service
- Écoute cannabis
- Joueurs Info Service

#### Santé sexuelle

- Sida Info Service
- Hépatites Info Service
- Ligne Azur
- Sida info plus
- VIH info soignants

#### Santé mentale

- PHARE
- Enfants-Parents
- SOS Amitié
- SOS Suicide Phénix
- Suicide Écoute

#### Santé des jeunes

- Fil Santé Jeunes

#### Maladie chroniques

- Asthme et Allergies

À partir de 2003, la Direction générale de la santé a progressivement confié à l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) le financement et le suivi de ces dispositifs de « téléphonie santé ».

Parmi les dispositifs d'aide à distance nationaux auxquels l'INPES apporte un appui, quatre sont dédiés aux personnes en grande souffrance, personnes suicidaires et leurs proches. Il s'agit par ordre de création de SOS Amitié, SOS Suicide Phénix, PHARE Enfants-Parents et Suicide Écoute. Deux autres dispositifs d'écoute

soutenus par l'INPES contribuent à la prévention du suicide, bien que ce ne soit pas dans leur cœur de métier :

- Fil Santé Jeune, dispositif dit « populationnel » qui s'adresse spécifiquement aux 12-25 ans. Ce dispositif écoute, informe et oriente les jeunes dans tous les domaines de la santé physique, psychologique et sociale ;
- la ligne Azur, portée par SIS Association, qui apporte écoute, soutien et orientation aux personnes se posant des questions sur leur identité et leur orientation sexuelles. Il s'agit d'un dispositif de prévention et de lutte contre l'homophobie.

## 1. Réorganisation de la PADS : un projet collaboratif commencé en 2010

En 2010, l'INPES a engagé avec les associations de prévention et d'aide à distance un ensemble de mesures afin d'améliorer, de développer et de promouvoir les dispositifs d'écoute existants : de nombreux groupes de travail et de comités de pilotage ont été organisés, demandant une très forte mobilisation et implication de la part des structures, en particulier les associations de bénévoles. Ce travail a permis une réorganisation de la PADS. Les actions suivantes ont été mises en place :

- **une homogénéisation et la généralisation des modalités d'évaluation des écoutants.** Au cœur de la démarche continue d'amélioration des processus, l'évaluation des écoutants constitue un gage de qualité du service rendu aux appelants. Elle permet aux structures d'identifier les points forts et ceux à améliorer dans la pratique d'écoute, et de proposer de la formation continue. Chaque dispositif disposait auparavant de sa propre méthodologie. Des outils d'évaluation et de « reporting » communs ont été finalisés avec l'aide de l'INPES. Les critères communs d'évaluation portent notamment sur l'accueil de l'appelant, la qualité de l'écoute (respect de la charte d'écoute, attitude empathique, neutralité bienveillante...), la fiabilité des informations délivrées et la pertinence de l'orientation proposée (pour les dispositifs d'aide à distance qui proposent ces services), la conclusion de l'appel, le respect des procédures et la maîtrise de l'outil informatique de recueil de données ;
- **des modules de formation mutualisables ont été élaborés afin de renforcer la formation initiale et continue des écoutants bénévoles.** Trois modules ont été finalisés. Ils portent sur la relation d'aide à distance, la sensibilisation à l'environnement de la prévention et aide à distance en santé, et la sensibilisation à la prévention et l'éducation pour la santé ;

- **la mise en œuvre d'un processus de labellisation des dispositifs d'aide à distance en santé.** La mise en place d'un label « Aide en santé » est l'aboutissement de l'ensemble du travail de modernisation et d'homogénéisation des dispositifs de la PADS. Ce label a pour objectif d'offrir aux usagers un gage de qualité dans la prise en charge de leurs demandes, d'inscrire les dispositifs d'aide à distance en santé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de service et de communiquer auprès des tutelles sur la qualité de service de ces dispositifs.

Le référentiel de ce label a été construit grâce à un travail collaboratif avec l'ensemble des associations. Chaque mot du référentiel a longuement été discuté, jusqu'à son adoption. Le référentiel comporte sept critères, déclinés chacun en plusieurs niveaux. Ces critères portent sur l'éthique, la transparence, la fiabilité des informations, la qualité des réponses, l'accessibilité, l'amélioration du service et l'organisation du dispositif. Chaque dispositif doit obtenir *a minima* le niveau 1 de chaque critère pour obtenir la labellisation. L'audit est réalisé par un intervenant externe, habilité à apprécier la conformité avec les critères du label « Aide en santé ». Le rapport d'audit est ensuite étudié par les membres du comité d'attribution du label, qui décident de l'attribution ou non du label pour une période de trois ans.

Le référentiel a été testé à la fin du premier semestre 2014 par SOS Amitié et Adalis, qui ont été les premiers dispositifs labellisés. Au deuxième trimestre 2014, le référentiel a évolué et a été validé par le comité technique du label.

À la fin du troisième trimestre 2015, 23 dispositifs d'aide à distance ont été labellisés, dont 14 subventionnés ou financés par l'INPES, parmi lesquels deux dispositifs de prévention du mal-être et du suicide. D'autres PADS ont fait une demande de labellisation. L'enjeu est désormais de favoriser une plus large reconnaissance externe du label « Aide en Santé » ;

- **une plateforme téléphonique mutualisée** a été mise en place afin de renforcer l'accessibilité des lignes d'écoute des dispositifs organisés en fédération. Le principe est de réacheminer les appels reçus par un poste d'écoute régional vers d'autres postes d'écoute de la fédération. Cette évolution, mise en œuvre en septembre 2014, concerne les associations SOS Suicide Phénix et SOS Amitié. SOS Suicide Phénix dispose dorénavant d'un numéro unique pour ses sept postes d'écoute régionaux (01 40 44 46 45). Quant à SOS Amitié, cette nouvelle infrastructure téléphonique inclut une vingtaine de postes pilotes sur les 50 répartis sur le territoire français.

Par ailleurs, un partenariat entre la MSA, l'INPES, SOS Amitié et SOS Suicide Phénix a été instauré pour la mise en œuvre d'une ligne dédiée aux agriculteurs en difficulté psychologique et à leur entourage. Plutôt que de créer *ex nihilo* un nouveau dispositif, l'INPES a proposé au ministère de la Santé et au ministère de l'Agriculture d'acheminer les appels de cette ligne vers la plateforme existante, afin que les appels soient pris en charge par les écoutants des associations SOS Amitié et SOS Suicide Phénix. Le service Agri'écoute a été lancé en octobre 2014 et fonctionne ainsi 24 heures/24 et 7 jours/7 grâce aux écoutants de ces deux associations.

Cette ligne dispose d'un numéro cristal (09 69 39 29 19), non surtaxé et inclus dans les forfaits de téléphone mobile.

Plus de 700 appels ont été pris en charge durant les dix premiers mois d'activité de la ligne.

• **une modernisation des outils de recueil de données et d'orientation**, avec le déploiement de plusieurs modules :

– **1.** un outil d'historisation consistant à recueillir des données anonymes et structurées lors des entretiens a été couplé à un outil statistique : SOS Amitié avait déjà développé un tel outil d'historisation, mais la plupart des autres associations procédaient par saisie manuelle sur fiches papier. L'outil d'historisation devrait permettre aux structures d'optimiser la qualité des données recueillies lors des entretiens afin de pouvoir, dans un second temps, les analyser à l'aide de l'outil statistique et étudier l'évolution des types d'appels et des caractéristiques des appelants. Ces outils, tout particulièrement utiles au pilotage de l'activité de chaque dispositif, peuvent également permettre de valoriser et faire connaître l'activité d'écoute par l'exploitation des données recueillies, dans le cadre d'études et d'observatoires. Ils constituent de fait une piste de renforcement de la surveillance des comportements et facteurs de risque suicidaire.

L'outil d'historisation et l'outil statistique ont été déployés dans les trois associations d'écoute et de prévention du suicide : PHARE Enfants-Parents, SOS Suicide Phénix et Suicide Écoute entre fin 2013 et le début de l'année 2014. L'appropriation de ces nouveaux outils par les écoutants est en cours,

– **2.** une base d'orientation a été mise à disposition des écoutants en 2013. Cette base, qui doit être enrichie et mise à jour par les structures, permet l'orientation des appelants vers des établissements d'accueil, de prise en charge ou de soins, lorsque cela est nécessaire.

Les quatre associations de prévention du suicide ont également procédé, entre octobre 2013 et le deuxième semestre 2015, à une refonte de leur site Internet, afin de renforcer l'offre de service, avec l'ajout de chats et de forums permettant notamment de favoriser l'accès des plus jeunes. La refonte de ces sites Internet vise en outre à encourager les dons et à favoriser le recrutement des bénévoles.

## **2. Données recueillies en 2014 par les associations de prévention du suicide et d'aide à distance en santé**

Au-delà de l'utilité de l'outil d'historisation pour la réalisation des bilans et le pilotage de l'activité d'écoute propre à chaque structure, la mise en place d'un recueil informatisé en routine et commun aux diverses associations d'écoute est l'occasion

de s'interroger sur l'intérêt et la possibilité de mobiliser ces données collectivement pour :

- enrichir la surveillance épidémiologique des situations et facteurs de risque associés aux intentions suicidaires ;
- alimenter ou ouvrir des pistes de recherche ;
- orienter certaines stratégies d'action publique.

L'InVS a engagé cette réflexion avec SOS Amitié fin 2013 en soutenant l'exploitation des données d'appels de personnes suicidaires. Les premiers résultats, issus du recueil d'information des écoutes menées par SOS Amitié au cours de l'année 2013, ont été présentés dans le premier rapport de l'ONS (p. 56-57). L'informatisation du recueil des données d'écoute ayant été initiée au sein des autres dispositifs de prévention du suicide et d'aide à distance, une synthèse des informations recueillies durant l'année 2014 par chacun des dispositifs qui le souhaitaient a été engagée en lien avec l'InVS. Un travail descriptif exploratoire sur une trame d'indicateurs communs a ainsi été mené avec SOS Amitié, Suicide Écoute et SOS Suicide Phénix, il est présenté ci-après. PHARE Enfants-Parents a par ailleurs exposé le bilan synthétique de sa première année de fonctionnement et les résultats observés avec les nouveaux outils informatiques.

## 2.1. Les données communes prévues dans l'outil d'historisation

Les associations ont décidé elles-mêmes des items qu'elles jugeaient pertinent d'inscrire dans les différentes listes des champs à renseigner. Les outils d'historisation des trois associations nouvellement équipées (Suicide Écoute, PHARE Enfants-Parents et SOS Suicide Phénix) comportent des items communs afin de permettre une consolidation des statistiques, mais chaque association a la possibilité d'en ajouter de nouveaux dans les listes prédéfinies.

Les écoutants ne font passer aucun questionnaire : les informations recueillies sont déclaratives, spontanément formulées par les appelants au cours de l'entretien. Toutes ces informations demeurent par ailleurs totalement anonymes.

Chaque fiche d'appel comprend 4 onglets :

- un onglet « Appel » permet de qualifier l'appel, l'appelant et le cas échéant le tiers concerné.

L'écoutant est invité à indiquer, dès le début de la fiche, si l'appel reçu est un appel « à contenu », c'est-à-dire correspondant bien à une demande d'entretien, d'orientation ou d'information, ou un appel « périphérique » (erreur de numéro, appel muet, blagues, etc.). Les informations reportées permettant de qualifier l'appelant sont : le sexe, la tranche d'âges, la provenance géographique, la fréquence d'appel (s'il agit d'un premier appel, d'une personne ayant déjà appelé ou d'un habitué),

le mode de connaissance de la ligne (élément d'intérêt pour les associations car cela leur permet de savoir comment elles sont connues et de mesurer l'impact de leurs campagnes de communication), le statut de l'appelant (personne directement concernée, entourage familial, amical, professionnel de santé, professionnel de l'éducation nationale, etc.), l'activité ou la catégorie socioprofessionnelle, ainsi que le nombre de tentatives de suicide antérieures. Lorsqu'il s'agit d'appelants souhaitant parler d'une tierce personne, comme c'est essentiellement le cas pour PHARE Enfants-Parents qui s'adresse aux familles atteintes par le suicide d'un enfant ou d'un adolescent, des informations sociodémographiques peuvent être également recueillies sur la personne concernée : sexe, âge, activité ou catégorie socioprofessionnelle (CSP), statut familial, nombre d'enfants ;

- **un onglet « Demande »** est découpé, pour l'ensemble des associations, en thèmes et en sous-thèmes associés, items définis et modifiables par chaque association en fonction de l'historique des appels reçus antérieurement par la ligne d'écoute.

Ces thèmes et sous-thèmes associés correspondent aux situations évoquées et repérées par l'écouter et permettent de qualifier la raison de l'appel et la nature du problème qui préoccupe la personne qui appelle. L'écouter est libre de choisir le thème et les sous-thèmes parmi une liste proposée. Il peut également cocher une case « autre » sans précision. Certains dispositifs d'écoute ont le choix de rajouter un sous-thème qui semblerait manquer afin d'affiner la description.

Les associations ont généralement limité à trois le nombre de sous-thèmes enregistrables au cours d'un même appel.

L'existence d'un suivi psychothérapeutique, psychologique ou d'un traitement psychiatrique peut aussi être cochée.

Un champ commentaire permet également d'enregistrer des éléments qualitatifs, afin d'enrichir notamment l'analyse des pratiques ;

- **un onglet « Réponse »**, pour les dispositifs qui informent et orientent, permet d'inscrire les réponses apportées par l'écouter, par exemple « écoute et orientation », « information » ou « envoi de documentation », le type de documentation adressé, le cas échéant, à l'appelant, et de disposer de précisions sur l'éventuel lieu d'orientation, telles que l'orientation vers un établissement de soin ou de prise en charge. Cette orientation peut-être faite à partir d'une recherche dans la base d'orientation commune, autre outil mis en œuvre dans le cadre de la modernisation des outils ;

- **un onglet « Données techniques »** comprend le canal de communication utilisé par l'usager du dispositif (téléphone, tchat, courriel), l'heure de début de l'appel et la durée d'entretien. Cela permet notamment de repérer les tranches horaires les plus sollicitées par les usagers afin d'adapter, dans la mesure du possible, la planification des écouter.

## 2.2. Résultats observés sur l'année 2014

Un bilan descriptif, à visée exploratoire, a été conduit avec SOS Amitié, Suicide Écoute, SOS Suicide Phénix et PHARE Enfants-Parents sur les appels reçus en 2014 dont le thème principal était la question du suicide. L'objectif était double :

- partager les expériences au sein des groupes de travail et faire remonter à l'Observatoire les résultats saillants mis en évidence par chacune des associations ;
- tester le niveau de complétude et la comparabilité des données recueillies par chacune des associations d'écoute, dans une perspective de valorisation commune, pour enrichir le système de surveillance national des comportements suicidaires.

Cette exploration a été menée en se focalisant sur les appels de personnes exprimant des idées de suicide, sur les indicateurs suivants :

- répartition selon l'âge, le sexe, la fréquence d'appel (premier appel ou appelant régulier) ;
- provenance géographique ;
- fréquence de déclarations de tentatives de suicide antérieures ;
- situations et causes principales de mal-être exprimées ;
- existence d'une prise en charge psychothérapeutique ou psychiatrique.

## 3. Faits marquants concernant la thématique du suicide observés par les associations de prévention du suicide et d'aide à distance en santé en 2014

### 3.1. SOS Amitié

Créée en 1960 à Boulogne-Billancourt à l'initiative du pasteur Jean Casalis, SOS Amitié est la première association française d'écoute dont l'objectif premier, mais non exclusif, est de prévenir le suicide, sur le modèle des *Samaritans* de Grande-Bretagne. Reconnue d'utilité publique en 1967, SOS Amitié est composée aujourd'hui de 50 associations françaises regroupées en fédération. Ces associations s'appuient sur 1 500 bénévoles issus de tous les secteurs de la société. Ils écoutent ceux qui les sollicitent au téléphone ou via Internet 24 heures/24 (webtchat), chaque jour de l'année. SOS Amitié Paris Île-de-France est la plus importante antenne, avec ses 250 bénévoles répartis sur 7 postes d'écoute. L'écoute proposée par SOS Amitié s'adresse à toutes et tous, dans le respect des origines, des convictions et du comportement de l'appelant. SOS Amitié se veut indépendant de tout mouvement politique, confessionnel, idéologique, social ou caritatif. L'échange est strictement anonyme, confidentiel et non directif, selon une charte à respecter par chaque écoutant et fondée sur trois principes fondamentaux :

- le respect absolu de l'anonymat et de la confidentialité des échanges ;
- un échange centré sur la personne qui appelle, non directif et sans jugement, par une écoute active dont le premier objectif est d'aider l'appelant à desserrer son

angoisse, tout en tentant de lui permettre de clarifier sa situation et de retrouver sa propre initiative ;

- une formation pratique et théorique complète apportée à chaque écoutant au préalable, ainsi qu'un accompagnement et un soutien réguliers, avec des sessions de partages supervisés.

Depuis cinq ans, SOS Amitié diffuse, sous forme électronique et papier, dans un « Observatoire des souffrances psychiques » ses statistiques annuelles d'écoute.

En 2014, SOS Amitié a répondu à plus de 681 600 appels (environ 6 000 appels de plus qu'en 2013), soit un appel toutes les 40 secondes en moyenne. Le nombre d'appels concernant la thématique du suicide, en diminution régulière depuis 2007, a augmenté cette année, représentant 2,2 % de l'ensemble des appels avec du contenu (hausse de 11 % par rapport à 2013).

Près de 11 250 appels motivés par des pensées suicidaires ont ainsi été reçus, provenant pour 67 % de femmes. Dans 8,5 % des cas, il s'agit d'un appel de suicidant, c'est-à-dire d'une personne appelant au cours du geste suicidaire ou dont le passage à l'acte est ressenti comme imminent par l'écouter.

Sur les 11 250 appels, 58 % ont été caractérisés comme émis par des « nouveaux appelants », 18 % par des personnes ayant déjà appelé mais peu souvent, et près d'un quart (24 %) sont des appels « d'habitues », c'est-à-dire de personnes appelant souvent, voire régulièrement plusieurs fois par semaine. Il est à noter que la proportion d'appels d'habitues n'est pas significativement différente chez les hommes et chez les femmes (respectivement 23,5 % et 24,4 %). En revanche, elle augmente très sensiblement avec l'âge (moins de 9 % des appels ayant trait au suicide sont repérés comme provenant d'habitues chez les moins de 25 ans, un appel sur cinq chez les 25-44 ans, plus d'un appel sur trois après 65 ans).

Les écoutants de SOS Amitié enregistrent l'âge des appelants en cinq grandes classes (moins de 15 ans, 15-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans et 65 ans et plus), avec une bonne complétude des données (moins de 0,6 % de valeurs manquantes sur l'année 2014). La structure d'âge précise des appelants ne peut cependant être connue. De plus, lorsqu'une même personne appelle à plusieurs reprises, rien ne permet de rattacher les différents appels entre eux. C'est un facteur limitant important qui existe pour toutes les associations d'écoute. Pour obtenir une description plus précise des individus, une solution est de tenir compte de la récurrence d'appels par individu en les regroupant en « nouveaux appelants » et « appelants réguliers ». La structure d'âge des « nouveaux appelants » devrait *a priori* être la moins biaisée. Le **graphique 1** illustre la structure d'âge observée selon la fréquence d'appel : tous appels, nouveaux appelants, appelants réguliers. La structure d'âge des nouveaux appelants à SOS Amitié s'avère nettement plus jeune que celle des

appelants réguliers (57 % de moins de 45 ans *versus* 36 %), la classe des 25-44 ans étant la plus représentée.

Les appels échangés avec les écoutants de SOS Amitié durent une vingtaine de minutes en moyenne lorsque l'appelant n'évoque pas une situation de crise suicidaire, alors que la durée moyenne est de plus de 30 minutes lorsque le suicide est évoqué. Cette durée d'écoute peut dépasser 2 heures, notamment lorsque l'appelant déclare être en train de se suicider, afin de permettre de traverser ce passage critique.

Les écoutants de SOS Amitié ont la possibilité d'inscrire jusqu'à trois situations ou causes de souffrance évoquées par l'appelant, permettant de qualifier les raisons de l'appel et la nature du problème qui le préoccupe.

Les situations ou causes de souffrance mises en avant au cours des appels de personnes suicidaires varient selon le sexe et l'âge (**graphiques 2 et 3**) :

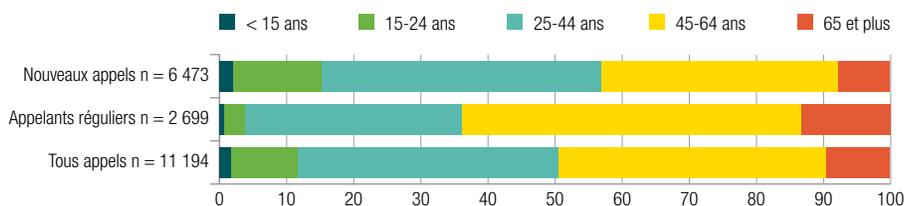
- les problèmes d'isolement social/de solitude, la dépression puis l'existence de maladie physique sont, par ordre de fréquence, les situations le plus souvent enregistrées pour les hommes ;
- la dépression, les problèmes de couple ou familiaux, la solitude et l'existence de violences sexuelles ou physiques sont les situations les plus fréquemment enregistrées pour les femmes ;
- les addictions, la solitude, les ruptures, les maladies physiques et psychiques ainsi que le chômage sont plus fréquemment mises en avant au cours des appels d'hommes que de femmes. Inversement les problèmes de couple ou familiaux, la dépression, l'anxiété, les violences physiques ou sexuelles, ainsi que le deuil et les difficultés relationnelles sont des causes plus souvent enregistrées chez les femmes que chez les hommes (**graphique 2a**).

La description de ces situations selon l'âge permet de relever deux faits majeurs (**graphique 3a et b**) :

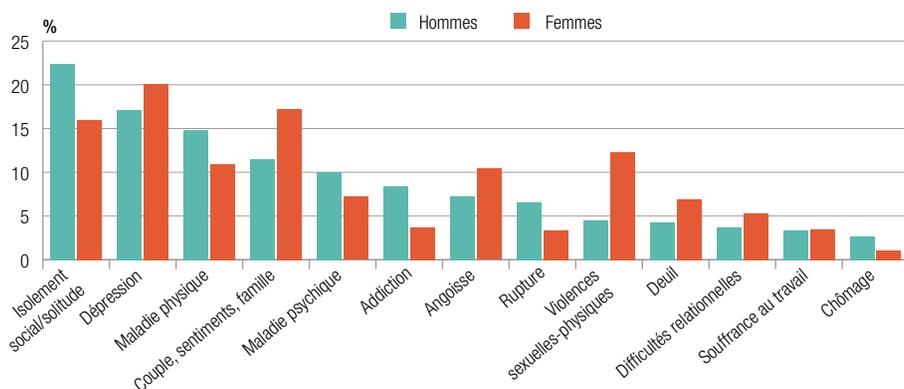
- les causes de souffrance les plus fréquemment exprimées par les jeunes femmes de moins de 15 ans et chez les 15-24 ans suicidaires ou suicidantes sont les violences sexuelles et physiques ;
- plus on augmente en âge, plus la solitude/l'isolement social, les maladies physiques et psychiques sont mises en avant.

Ces caractéristiques générales, en particulier l'ordre de fréquence des principales causes de souffrance exprimées simultanément au suicide, s'avèrent les mêmes, que l'analyse porte sur l'ensemble des appels ou sur les nouveaux appelants. Cependant, le poids relatif des situations est modifié, rendant compte de différences sur ce point entre les appels des nouveaux appelants et des appelants réguliers (**graphique 2b**). En particulier, les fréquences relatives des maladies intercurrentes, de l'isolement/solitude et de la dépression sont moindres lorsque la description ne

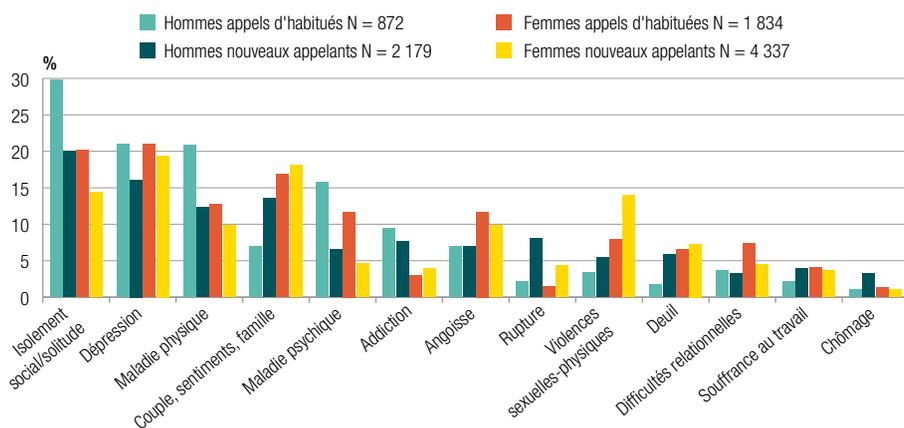
**GRAPHIQUE 1 • Structure d'âge relevée lors des appels de personnes suicidaires à SOS Amitié, en 2014**



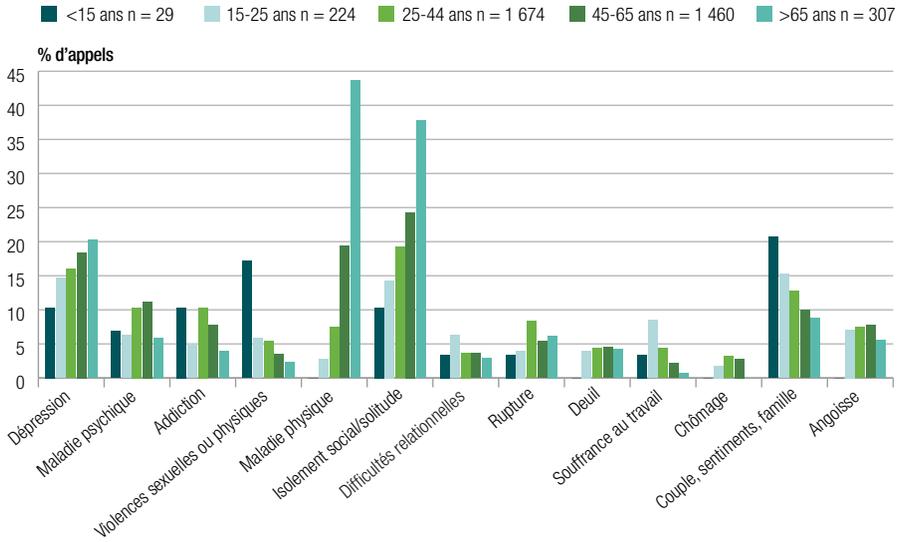
**GRAPHIQUE 2a • Causes de souffrance évoquées concomitamment avec le suicide selon le sexe, tous appels de personnes suicidaires confondus à SOS Amitié, en 2014**



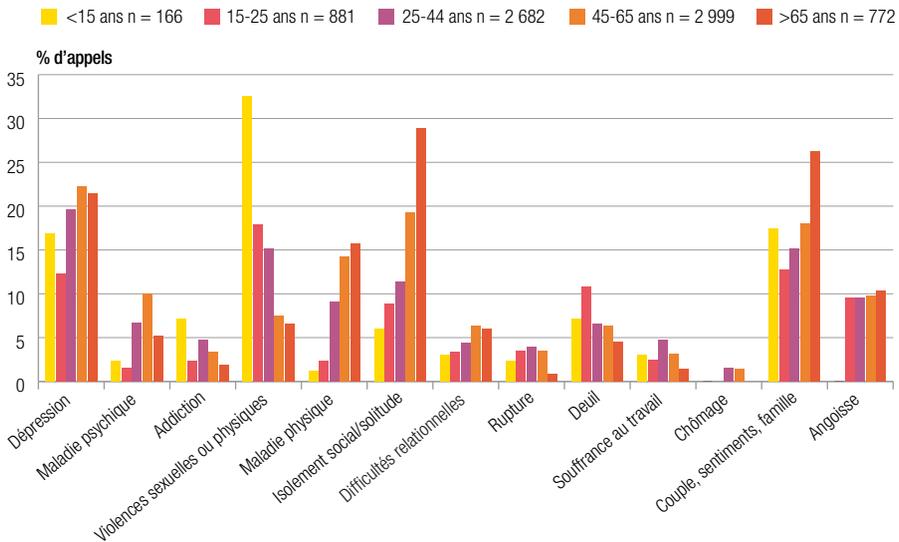
**GRAPHIQUE 2b • Causes de souffrance évoquées lors des appels à SOS Amitié évoquant le suicide selon le sexe et le type d'appelant (nouveaux appelants ou habitués), en 2014**



**GRAPHIQUE 3a • Causes de souffrance évoquées lors des appels à SOS Amitié abordant le suicide chez les hommes selon l'âge, en 2014**



**GRAPHIQUE 3b • Causes de souffrance évoquées lors des appels à SOS Amitié abordant le suicide chez les femmes selon l'âge, en 2014**



porte que sur les premiers appels. Ces situations sont plus fréquemment mises en avant lorsque les appels sont attribués à des habitués. Inversement, les situations de violence, de rupture, les problèmes de couple sont plus souvent mis en avant par les nouveaux appelants que lors des appels d'habitués.

Cette analyse détaillée permet de tirer plusieurs enseignements importants de l'expérience de SOS Amitié, tant en ce qui concerne l'outil utilisé que les résultats présentés. Les données recueillies par SOS Amitié comportent en 2014 très peu de valeurs manquantes en termes de sexe et tranches d'âges (< 1 %), ce qui rend plus solides les analyses descriptives. L'expérience de SOS Amitié est intéressante à partager avec les autres associations d'écoute, sensibilisées depuis peu à l'utilisation d'un support informatique d'historisation. En revanche, le choix a été fait jusqu'ici de ne recueillir qu'un nombre d'informations restreint parmi celles proposées dans le cadre du recueil informatique réfléchi dans les groupes de travail et que permet l'outil d'historisation mis en place par l'INPES. Ainsi, l'origine géographique des appelants, la notion de tentatives de suicide antérieures ou encore d'un suivi psychologique ou psychiatrique, ne sont pas des informations saisies.

Il existe un biais induit par la répétition des appels des mêmes personnes lors des analyses descriptives menées sur l'ensemble des appels. Ce biais a un impact sur le poids relatif des situations et des causes de souffrance décrites chez les personnes suicidaires, sans néanmoins remettre en question leur hiérarchisation.

Le pourcentage d'appels à SOS Amitié exprimant des pensées suicidaires est en légère augmentation par rapport aux années précédentes et on note deux fois plus d'évocation du suicide lors des appels des nouveaux appelants par rapport aux appels des habitués. La question de savoir si les nouveaux appelants sont plus concernés par la question du suicide ou si l'augmentation est liée à une meilleure visibilité de l'association SOS Amitié sur la thématique du suicide reste posée.

#### Pour en savoir plus :

Site : [www.sos-amitie.com](http://www.sos-amitie.com)

Document : [www.sos-amitie.com/documents/10181/0/Observatoire+2015.pdf/ff9dc371-b724-49ea-8cda-32948113369d](http://www.sos-amitie.com/documents/10181/0/Observatoire+2015.pdf/ff9dc371-b724-49ea-8cda-32948113369d)

### 3.2. SOS Suicide Phénix

SOS Suicide Phénix a été créée en 1978, alors que les *Samaritans* fêtaient leur 25<sup>e</sup> anniversaire, par un collectif souhaitant associer, comme les *Samaritans*, l'accueil physique à l'appel téléphonique. Elle fédère sept associations d'écoute qui ont pour objectif de prévenir le suicide en restaurant le lien social, selon une charte partagée par chaque écoutant. Celle-ci est fondée sur la confidentialité, l'anonymat

et le respect de l'opinion d'autrui. L'écoute et l'accueil s'adressent à toute personne en détresse qui pense mettre fin à ses jours, qui a déjà fait une tentative de suicide ou qui est concernée par la problématique du suicide dans sa famille, dans son entourage ou dans le cadre de sa profession.

La position de l'association est d'avoir un rôle de passerelle entre les personnes en souffrance et l'offre de soins en santé, en travaillant en complémentarité avec les acteurs du champ médicosocial, notamment avec les médecins généralistes.

SOS Suicide Phénix se compose de sept associations adhérentes : Île-de-France - Paris (1978), Rhône-Alpes - Lyon (1983), Aquitaine - Bordeaux (1984), Auvergne - Clermont-Ferrand (1987), Haute-Normandie - Le Havre (1991), PACA - Nice (1994), Pays de Loire - La Roche-sur-Yon (2013). Celles-ci regroupent une équipe d'une centaine d'écouterants bénévoles formés et expérimentés à l'écoute, au repérage d'une urgence suicidaire et au désamorçage d'une crise suicidaire lorsque cela s'avère nécessaire.

À l'heure actuelle, 75 % des écouterants sont en activité professionnelle dans un champ d'activité autre que la santé mentale, 20 % des écouterants poursuivent des études à l'université et 5 % sont retraités.

SOS Suicide Phénix propose 3 types d'écoute :

- des permanences téléphoniques de midi à minuit ;
- une messagerie Internet où déposer à toute heure son mal-être ;
- des accueils de groupe et en face-à-face, permettant de remettre la personne isolée au cœur d'un lien social.

### **Les données recueillies en 2014 : une année de transition pour SOS Suicide Phénix**

Les associations SOS Suicide Phénix ont intégré la plateforme de prévention et aide à distance en santé gérée par l'INPES, avec un déploiement des associations vers un numéro de téléphone unique au cours du dernier trimestre 2014. L'intégration des nouveaux outils informatiques (outils d'historisation, de statistiques et base d'orientation commune) s'est faite progressivement en 2014 et s'est poursuivie en 2015, venant bouleverser les pratiques antérieures de recueil de données sous fichier Excel ou le plus souvent sous format papier. En 2014, première année d'utilisation des nouveaux outils et donc d'apprentissage, des appels téléphoniques n'ont pas été historisés, et un grand nombre des appels historisés l'ont été de manière incomplète.

Les données recueillies sont, comme pour SOS Amitié et Suicide Écoute, basées sur la déclaration spontanée et non directive des personnes, à l'exception toutefois de l'évaluation de l'urgence suicidaire et de la crise suicidaire qui font l'objet à SOS Suicide Phénix de questions directes de la part de l'écouterant.

En 2014, 2 081 appels téléphoniques ont été traités, dont 632 (soit 30 % de ces appels) ont directement concerné la problématique du suicide et 1 449 une grande souffrance, sans idée suicidaire. Tous appels confondus, l'association a enregistré 1,2 fois plus d'appels de femmes que d'hommes, la proportion d'appels de femmes étant légèrement plus élevée sur la problématique du suicide (1,4 fois plus de femmes que d'hommes). Pour 13 personnes, le sexe n'a pas été renseigné. Avec 42 % d'hommes, la population qui s'adresse à SOS Suicide Phénix avec des pensées suicidaires s'avère semble-t-il plus masculine que celle appelant Suicide Écoute ou SOS Amitié (respectivement 34 % et 33 % d'appels d'hommes). Les écoutants de SOS Suicide Phénix enregistrent l'âge des appelants en six classes (moins de 15 ans, 15-24 ans, 25-34 ans, 35-54 ans, 55-74 ans et 75 ans et plus). Pour les deux sexes, les appelants ayant entre 35 et 54 ans sont les plus nombreux (44 % des appels pour lesquels l'âge est connu), loin devant les 55-74 ans (24 %, **graphique 4**). Toutefois, pour 16 % des appels, la tranche d'âges n'est pas connue. Ces tranches d'âges sont différentes de celles utilisées par SOS Amitié et ne permettent donc pas une comparaison entre ces deux structures. En revanche, cette comparaison par âge est possible avec les données recueillies par Suicide Écoute et on observe en particulier une même proportion d'appels provenant des 35-54 ans.

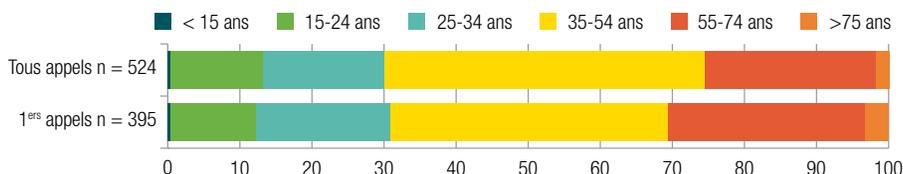
Sur les 632 appels de personnes exprimant des idées suicidaires, plus des deux tiers (68 %) ont été caractérisés comme provenant de personnes appelant pour la première fois et moins d'un sur cinq (17 %) comme des appels d'habités. Les autres appels n'ont pas pu être caractérisés (15 %).

Un grand nombre d'items ont été renseignés de façon incomplète en 2014, ce qui indique la nécessité de poursuivre la phase d'adaptation et d'appropriation des nouveaux outils informatiques par les écoutants, au rythme de chacun. Par exemple, chaque écoute donne lieu à une évaluation de l'urgence et de la crise suicidaire. L'information sur l'existence de tentatives de suicide antérieures peut s'avérer une question d'intérêt. Mais, en 2014, 80 % des appels sont restés non renseignés sur cette question des tentatives de suicide antérieures, qui est un item facultatif du recueil. L'information recueillie porte ainsi sur un nombre trop faible d'appelants pour pouvoir être exploitée.

De même, sur cette première année de maniement du nouvel outil informatique, seuls 35 % des appels permettent de décrire les situations et principaux thèmes de souffrance exprimés par les appelants qui évoquent le suicide. Sur ces 35 % de réponses, les situations indiquées sont par ordre de fréquence (**graphiques 5a et 5b**) :

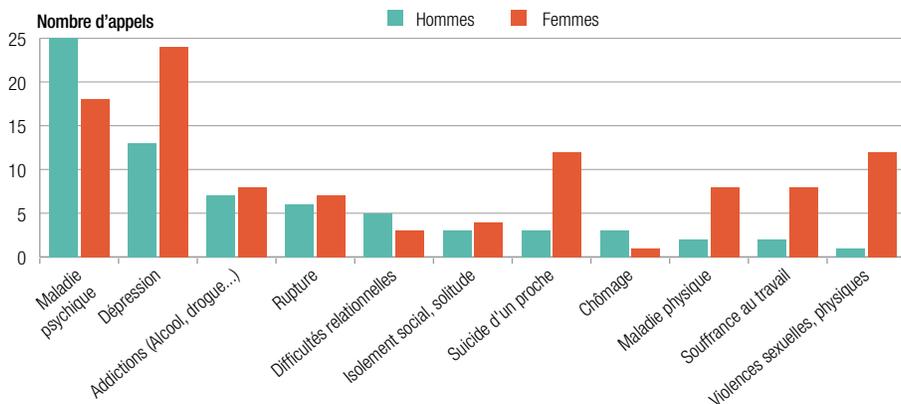
- chez les hommes : les maladies psychiques, la dépression, les addictions, les situations de rupture, de difficultés relationnelles et d'isolement social, de chômage;

**GRAPHIQUE 4 • Structure d'âge relevée lors des appels de personnes suicidaires\* à SOS Suicide Phénix, en 2014**

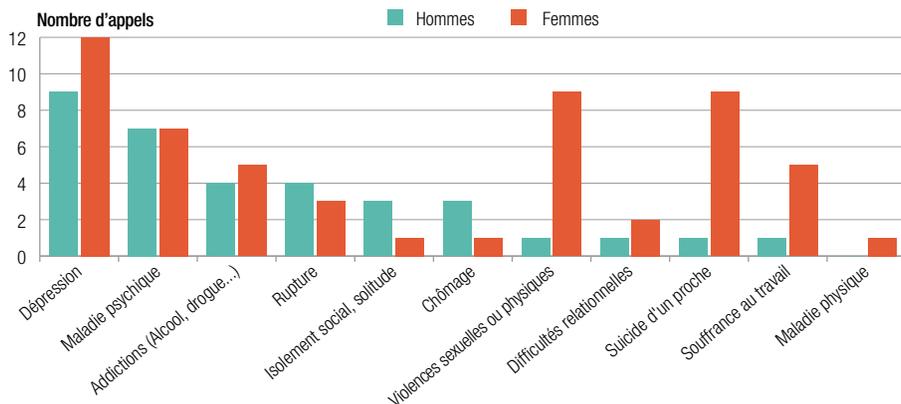


\*Données disponibles sur 84 % des appels.

**GRAPHIQUE 5a • Causes\* de souffrance évoquées lors des appels abordant le suicide selon le sexe, tous appels confondus à SOS Suicide Phénix, en 2014**



**GRAPHIQUE 5b • Causes\* de souffrance évoquées lors des appels abordant le suicide selon le sexe chez les nouveaux appelants à SOS Suicide Phénix, en 2014**



\*Données disponibles sur 34 % des appels.

- chez les femmes : la dépression, les autres maladies psychiques, les situations de violences sexuelles ou physiques, le suicide d'un proche et, dans des proportions très proches, la souffrance au travail, une maladie physique ou une rupture.

Par ailleurs, le recueil indique que 48 % d'appels mentionnent un suivi psychologique ou psychiatrique, avec une différence majeure entre hommes et femmes : l'existence d'un suivi psychologique ou psychiatrique est relevée pour 69 % des appels d'hommes et 27 % des appels de femmes. Cette différence entre les hommes et les femmes mérite d'être explorée davantage afin de comprendre si elle découle d'une réalité épidémiologique, d'un défaut d'évocation du recours aux soins psychiques très différentiel entre hommes et femmes lors des échanges avec les écoutants, ou tout simplement d'un défaut de saisie dans la base d'information.

### **Recommandations portées par l'association SOS Suicide Phénix**

À partir de ces premiers éléments, SOS Suicide Phénix souhaite émettre deux recommandations :

- la première concerne les situations de violences sexuelles vécues dans l'enfance ou à l'adolescence. En effet, l'écoute téléphonique, renforcée par les observations de la souffrance psychique exprimée via la messagerie Internet, permet aux écoutants de témoigner du fait que les situations de violences sexuelles durant l'enfance ou l'adolescence peuvent conduire à des actes violents envers soi-même (scarifications, tentatives de suicide). Ces personnes violentées souffrent aussi de dépression. Agir sur les situations de violences sexuelles vécues dans l'enfance ou dans l'adolescence constitue pour SOS Suicide Phénix un levier essentiel dans la prévention du suicide ;
- la seconde souligne la nécessité de communiquer davantage sur la problématique du suicide. SOS Suicide Phénix propose deux voies en articulation l'une avec l'autre :
  - créer et diffuser des spots télévisés (au même titre par exemple que les campagnes de communication en prévention routière),
  - rendre encore plus accessible l'offre d'écoute des associations, trop de personnes méconnaissant encore l'offre existante en France.

Il est à noter que lorsque l'INPES met en place des campagnes de communication destinées au grand public (radio, télévision, Internet), il cherche systématiquement à renforcer l'articulation avec la prévention et l'aide à distance en santé. Cette articulation est instaurée en associant, chaque fois que la thématique le permet, un numéro de ligne d'aide à distance et un site Internet à la campagne de prévention. Cela permet, au-delà du message générique dispensé par la campagne, de proposer une aide individuelle et personnalisée au public, un soutien, une écoute et une orientation. L'INPES n'a jusqu'à maintenant pas réalisé de campagne dédiée à la prévention du suicide. D'autres outils et appuis aux actions de terrain ont été privilégiés.

**Pour en savoir plus :**

Site : [www.sos-suicide-phenix.org](http://www.sos-suicide-phenix.org)

Ligne d'écoute nationale : 01 40 44 46 45

**3.3. Suicide Écoute**

L'association Suicide Écoute a été fondée en 1994 par un groupe de bénévoles déjà impliqués dans la prévention du suicide. Suicide Écoute, dont le poste d'écoute est situé à Paris, est une ligne nationale dotée d'un numéro unique (0145394000), qui propose une écoute 24 heures/24, 7 jours/7 depuis plus de 20 ans. L'éthique de l'association est basée sur plusieurs principes : l'écoute est anonyme, sans jugement, apolitique, aconfessionnelle, sans suivi et sans orientation.

L'association compte actuellement une cinquantaine d'écotants, tous bénévoles, formés en interne. Cette formation est assez longue, rigoureuse, comprenant une phase pratique (temps d'accompagnement en double écoute avec des écotants confirmés) et une phase théorique de formation en petits groupes avec un psychiatre.

La ligne reçoit 18 000 à 20 000 appels par an et le site Internet est consulté environ 70 000 fois par an. La majorité des appels donnent lieu à une écoute (appels « à contenu »), qui le plus souvent permet d'atténuer au moins momentanément la souffrance.

Suicide Écoute a adopté l'outil d'historisation en 2014. Auparavant, seul un échantillon de fiches papier remplies manuellement était saisi informatiquement *a posteriori*. Du fait de la volonté d'avoir une écoute totalement non intrusive, seuls l'horaire, la durée de l'écoute et le sexe de l'appelant sont renseignés systématiquement. Les autres données le sont quand l'appelant les communique spontanément, elles ne font en aucun cas l'objet de questions formulées par l'écotant à l'appelant.

Il est à noter que les données comme « suicidaire/non suicidaire » ou les causes de souffrance exprimées relèvent en partie de la subjectivité de l'écotant. Face à une même écoute, un écotant pourra enregistrer que la personne est suicidaire, un autre écotant non, ce qui est discuté lors des réunions internes. L'association considère néanmoins que les données saisies constituent au final un témoignage important du contenu des appels et reflètent une certaine réalité.

**Bilan des données de l'année 2014**

En 2014, les 50 écotants de Suicide Écoute ont répondu à 18 700 appels, dont 15 600 à contenu. Un peu moins de 5 % de ces appels, dits « pour tiers », émanent

de personnes inquiètes pour quelqu'un de leur entourage. Près de 25 % des appels proviennent de personnes qualifiées de « suicidaires » par les écoutants. Les autres appels (près de 70 %), n'indiquent pas de pensées suicidaires, même si tous témoignent d'une grande souffrance.

La durée d'appel moyenne pour l'ensemble des appels à contenu s'avère, comme pour SOS Amitié, de 20 minutes. Elle est de 26 minutes pour les seuls appels de suicidaires. Les appels nécessitant une durée d'écoute très longue restent extrêmement rares.

Plus de 3 500 appels de personnes exprimant des idées suicidaires ont ainsi été traités dans l'année par Suicide Écoute, dont 65 % émanent de femmes. Parmi ces appels, plus d'un sur cinq provient de personnes qualifiées d'« appelants réguliers » et 43 % ont été enregistrés comme provenant de « nouveaux appelants ». Les autres appels concernent des appelants épisodiques (18 %) ou sont restés non caractérisés (18 %). On constate, de façon très cohérente avec les observations de SOS Amitié, que la part des appels à contenu suicidaire émanant d'appelants réguliers est équivalente pour les deux sexes (21 % d'appels d'habitues parmi les appels d'hommes exprimant des idées suicidaires et 22 % parmi les appels de femmes) et que cette part relative augmente avec la tranche d'âges (les appels d'habitues représentent 2 % des appels émis par les moins de 25 ans qui expriment des idées suicidaires, un appel sur cinq entre 25 et 44 ans, plus d'un appel sur trois à partir de 65 ans).

Un certain nombre d'items non obligatoires ont été renseignés de façon incomplète en 2014 par les écoutants de Suicide Écoute. Par exemple, l'information sur l'existence de tentatives de suicide antérieures n'est pas toujours évoquée spontanément par les appelants et les écoutants ne cherchent pas à questionner même s'il leur arrive de se poser intérieurement cette question. En 2014, des antécédents de tentative de suicide ont été ainsi rapportés spontanément pour 21 % des nouveaux appelants et plus globalement pour 22 % de tous les appels de personnes suicidaires (18 % des appels chez les hommes et 23 % chez les femmes). Ces chiffres déjà importants doivent être considérés comme des valeurs seuil, inférieures aux chiffres réels.

De même, le fait d'être ou pas en cours de traitement « psy » (suivi psychologique ou psychiatrique) a été abordé au cours d'environ 70 % des appels, un peu plus souvent chez les hommes que chez les femmes (respectivement 73 % et 70 %). Il faut souligner que cette question d'un suivi « psy » a été plus fréquemment abordée lors des appels d'habitues que lors des premiers appels (80 % des appels d'habitues et 70 % des premiers appels). Lorsque la question a été abordée, près de huit fois sur dix c'était pour indiquer un suivi « psy » en cours, deux fois sur dix l'absence de

suivi « psy ». Ainsi, sous l'hypothèse forte que le taux de suivi chez les personnes qui n'ont pas abordé la question ne diffère pas de celui pour lesquelles l'information est disponible, le taux de suivi « psy » des appelants serait de 78 % chez les hommes (IC : [75 %-80 %]) et de 76 % chez les femmes (IC [74 %-78 %]), avec un taux de suivi « psy » de 64 % (IC : [61 %-67 %]) indiqué au cours des premiers appels et de 90 % (IC : [88 %-93 %]) chez ceux qui appellent régulièrement.

Les écoutants de Suicide Écoute, comme ceux de SOS Amitié et de SOS Suicide Phénix, ont la possibilité d'inscrire jusqu'à trois situations ou causes de souffrance permettant de qualifier le contexte de l'appel ou la nature du problème qui préoccupe l'appelant. Sur cette première année de recueil informatisé, moins de 10 % d'appels de personnes suicidaires sont restés non renseignés.

### Les caractéristiques mises en avant au cours de ces appels

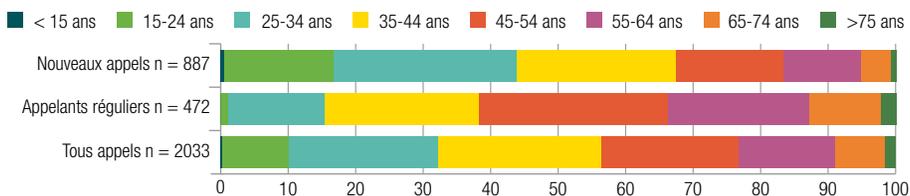
Tous appels confondus (**graphique 7a**), la dépression ou l'angoisse et la maladie psychique sont les causes de mal-être le plus souvent mises en avant chez les hommes comme chez les femmes. Les situations de rupture, puis l'isolement social ou la solitude ainsi que des problèmes d'addiction sont ensuite les situations les plus fréquemment relevées chez les hommes, alors que chez les femmes, sont davantage pointés la solitude ou l'isolement social, les difficultés relationnelles, ainsi que les violences physiques ou sexuelles.

Les différences les plus importantes entre hommes et femmes se situent d'une part sur l'expression de conduites addictives (alcool, drogues...) et les vécus de rupture relativement plus évoqués par les hommes que par les femmes ; d'autre part sur les violences subies et la présence de maladies physiques relativement plus évoquées par les femmes que par les hommes.

La description de ces situations selon l'âge et le sexe (**graphiques 8a et 8b**) permet de relever l'importance relative de la solitude qui augmente avec la tranche d'âges pour les deux sexes. La solitude représente chez les femmes la première cause exprimée de souffrance à partir de 65 ans. Chez les hommes les plus âgés, ce sont les situations de rupture qui sont principalement mises en avant. L'anxiété ou la dépression occupent une place majeure dans les motifs d'appels liés au suicide à tous les âges de la vie. Les maladies psychiques (autres que la dépression) fortement mises en avant lors des appels de personnes de moins de 65 ans semblent occuper une place moindre dans le discours des appelants plus âgés. L'addiction est essentiellement mise en avant lors des appels d'hommes de moins de 45 ans.

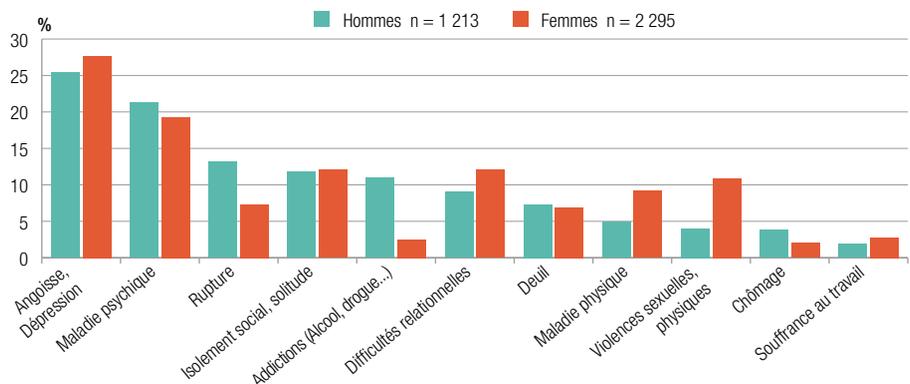
La hiérarchisation des situations selon l'âge doit être considérée avec prudence. En effet, sur cette année 2014, les écoutants de Suicide Écoute n'ont été en mesure de renseigner la tranche d'âges de l'appelant que pour 58 % des appels de

### GRAPHIQUE 6 • Structure d'âges relevée lors des appels\* de personnes suicidaires à Suicide Écoute, en 2014

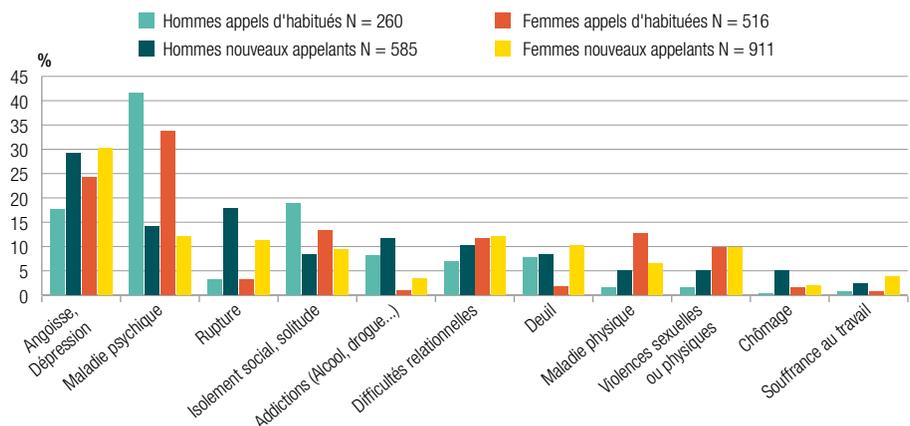


\*Données disponibles pour 58 % des appels.

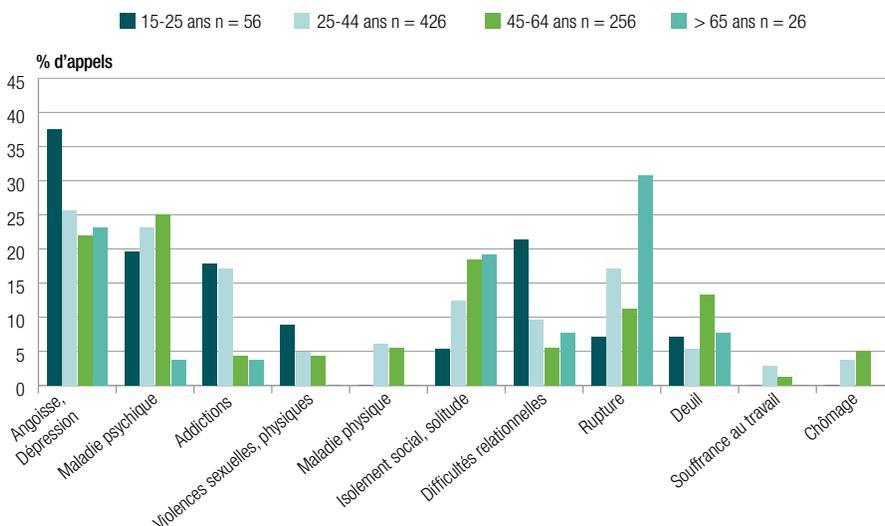
### GRAPHIQUE 7a • Causes de souffrance évoquées lors des appels à Suicide Écoute abordant le suicide selon le sexe, tous appels de personnes suicidaires confondus, en 2014



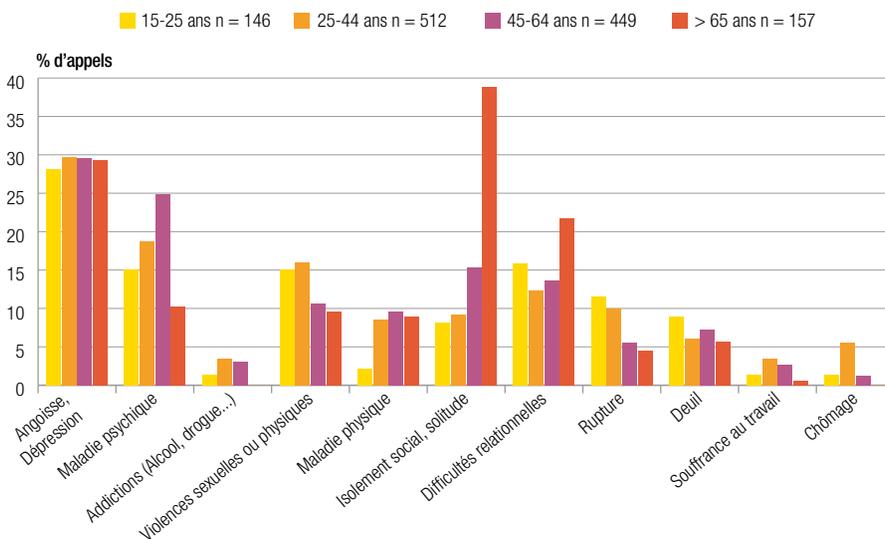
### GRAPHIQUE 7b • Causes de souffrance évoquées lors des appels à Suicide Écoute abordant le suicide selon le sexe et la fréquence d'appel (nouveaux appelants et appelants réguliers), en 2014



**GRAPHIQUE 8a • Causes de souffrance évoquées lors des appels à Suicide Écoute abordant le suicide chez les hommes selon l'âge, en 2014**



**GRAPHIQUE 8b • Causes de souffrance évoquées lors des appels à Suicide Écoute abordant le suicide chez les femmes selon l'âge, en 2014**



personnes suicidaires, aussi la hiérarchisation réelle des situations ou causes de souffrance selon l'âge des appelants pourrait s'en trouver modifiée.

Les situations ou causes de souffrance qui ressortent de l'analyse des premiers appels sont par ailleurs différentes de celles pointées chez les appelants réguliers (**graphique 7b**). On note effectivement que les maladies psychiques et, dans une moindre mesure, la solitude sont bien plus fréquemment pointées lors des appels d'habités que lors des écoutes de nouveaux appelants, en cohérence avec une structure d'âge plus âgée chez les habitués (**graphique 6**). Inversement, les situations de rupture sont particulièrement mises en avant lors des premiers appels : chez les hommes, les situations de rupture deviennent, après l'anxiété et la dépression, la deuxième cause la plus fréquemment exprimée. Ces différences ont donc un impact sur la hiérarchisation des motifs d'appel dégagée à partir de l'ensemble des appels, analyse qui s'avère biaisée par la répétition des appels d'habités.

### Observations complémentaires à partir de la remontée des écoutes

En plus des données statistiques issues des items « fermés » prévus dans l'outil d'historisation, Suicide Écoute a analysé les informations « ouvertes » inscrites textuellement par les écoutants au cours des appels. Les éléments qualitatifs synthétisés, sans aucune prétention statistique, sont un témoignage d'expressions les plus marquantes ou fréquemment relevées dans le discours des appelants, contribuant à leur état de mal-être et à leur recours aux dispositifs d'écoute. Deux catégories en ont été dégagées : les remarques ayant trait aux difficultés ressenties vis-à-vis du système de soins et celles précisant les situations et contextes psychosociaux fréquemment en jeu dans la souffrance exprimée.

Les difficultés ressenties vis-à-vis du système de soins les plus fréquemment signalées sont :

- la peur de l'hospitalisation amenant la personne à taire son état de souffrance et ses pensées suicidaires à son médecin, restreignant de fait les possibilités de se faire aider (exemple : « Je n'en parle pas à mon médecin parce que j'ai peur qu'il m'hospitalise. Alors je lui dis que ça va. »);
- la plainte importante relative aux effets secondaires des traitements médicamenteux psychotropes (perte de libido, prise de poids...);
- les difficultés d'accès aux services de soins publics tels que les Centres médico-psychologiques (CMP) : il est très souvent souligné la difficulté d'avoir un rendez-vous, les délais d'attente très longs, incompatibles avec le niveau de souffrance, le besoin d'appui et de soulagement immédiat ressentis;
- l'inactivité et l'infantilisation rencontrées dans certaines structures d'accueil (hôpital, hôpital de jour...). Parfois certains appellent de l'hôpital;

- l'inadéquation des attentes par rapport à ce qui est proposé par leurs thérapeutes : en se plaignant notamment d'un temps d'écoute et d'une disponibilité insuffisants, de l'incompréhension des méthodes employées par certains thérapeutes de ville aux pratiques hétéroclites et surtout de difficultés liées aux périodes de congés du thérapeute, sans solutions de relais mises en place ;
- le manque de suivi après une tentative de suicide ou le manque de lieux d'accueil et d'écoute. Différentes questions se posent : Quels lieux d'accueil en dehors de la psychiatrie, lorsqu'on n'a pas de trouble psychiatrique sous-jacent ? Quelle aide pour les familles et les proches des personnes suicidaires ? L'entourage est souvent dépassé. Quel accompagnement pour les endeuillés du suicide ?

Concernant les situations et contextes psychosociaux fréquemment en jeu dans la souffrance exprimée, les remontées des écoutants soulignent tout particulièrement la solitude extrême des appelants : celle des femmes suite à une séparation, un divorce, un deuil, une maladie ou le cumul de plusieurs facteurs ; celle des hommes suite à une séparation, un divorce et très souvent la perte du lien avec leurs enfants qui est un thème majeur de souffrance exprimée. Ils témoignent également de la solitude des hommes comme des femmes atteints de troubles psychiatriques (schizophrénie, troubles bipolaires...) vivant seuls à leur domicile et qui n'ont aucun autre contact que leurs soignants. Ce sont souvent des appels d'habituels, qui téléphonent très régulièrement et qui ont beaucoup de propositions et de commentaires à faire sur ce qu'ils vivent en tant qu'utilisateurs du système de soins. Il pourrait y avoir des possibilités pour eux de rejoindre des groupes.

De plus, selon les écoutants, l'évocation des idées suicidaires émergerait souvent dans les contextes suivants :

- la sensation d'être dans l'impossibilité de trouver sa place dans une société où la performance, la réussite et la jeunesse priment, associée au sentiment de ne rien valoir ;
- une situation de maltraitance physique ou psychologique subie dans l'enfance que l'on avait réussi à surmonter durant une période de sa vie. À l'occasion d'une nouvelle épreuve (séparation, divorce, échec professionnel, agression...) le sentiment que l'on ne s'en sortira pas ressurgit ;
- lors d'inceste, viol, rupture amoureuse ou de trahison doublés de problèmes financiers, professionnels, de santé ;
- lors de maladies graves et chroniques invalidantes, de handicap, d'addictions, de chômage, de problèmes d'alcool.

#### Pour en savoir plus :

Site : [www.suicide-ecoute.fr](http://www.suicide-ecoute.fr)

Téléphone : 01 45 39 40 00

### 3.4. PHARE Enfants-Parents

Créée en 1991 par Thérèse Hannier, l'association PHARE Enfants-Parents réunit notamment des parents d'enfants suicidés ou d'enfants en mal-être, provenant de toute la France, avec pour mission de les aider et de rassembler les acteurs pour une meilleure efficacité dans la prise en charge des jeunes en désespérance. En décembre 2014, l'association s'est choisi un slogan : « La voie de la vie ». PHARE Enfants-Parents emploie aux côtés d'une équipe d'écouter bénévoles, deux salariées : une psychologue-thérapeute familiale, qui propose au sein du service d'accueil et d'écoute à Paris des entretiens individuels destinés aux jeunes, des entretiens familiaux, du soutien à la parentalité, et une personne dédiée au soutien administratif. L'association travaille également avec d'autres professionnels rémunérés à la vacation et bénéficie des conseils de professionnels regroupés au sein d'un comité de parrainage.

Les actions de PHARE Enfants-Parents sont dévolues en grande partie à l'écoute et à l'aide à distance, mais une spécificité de l'association réside dans la multiplicité de ses actions qui s'imbriquent les unes dans les autres dans le champ de la prévention, de la postvention, de l'accompagnement et de l'écoute. Ainsi, au-delà du service d'accueil et d'écoute, des groupes de parole destinés aux parents d'enfants suicidés sont mis en place. Ces groupes de parole permettent d'agir tout autant en postvention qu'en prévention pour réduire le risque de suicide à ne pas négliger dans l'entourage de l'enfant suicidé, en particulier dans sa fratrie. L'association a développé également de nombreux outils et intervient, sur demande, en prévention en milieu scolaire dans le cadre de journées Santé ou encore lorsqu'il y a eu un suicide ou une tentative de suicide dans l'établissement. À titre d'exemple, en région parisienne, Phare est intervenu récemment dans une école auprès de deux cents parents puis devant trois classes d'élèves et leurs professeurs suite au suicide d'un enfant de 11 ans. Cependant, le savoir-faire des intervenants de PHARE Enfants-Parents est moins sollicité depuis la mise en place des cellules psychologiques dans les académies.

#### **Le service d'accueil et d'écoute : bilan en 2014**

Le service d'accueil et d'écoute est proposé aux parents endeuillés par le suicide d'un enfant ou qui se trouvent en difficulté avec un jeune en souffrance. Une équipe formée à l'écoute et à la crise suicidaire assure une permanence du lundi au vendredi de 10 heures à 18 heures. Une psychologue salariée assure le bon fonctionnement de ce service qui permet aux parents endeuillés en difficulté d'échanger, d'être soutenus et orientés. PHARE Enfants-Parents s'inscrit dans une écoute active où des questions sont posées, afin d'aller au cœur du problème. Le rôle va plus loin que l'écoute et l'orientation, en proposant également des conseils aux familles qui en font la demande. Il s'agit notamment de parents se sentant en difficulté à la sortie d'hôpital d'un enfant ayant fait une tentative de suicide, ou qui indiquent ne pas avoir de contacts avec le psychiatre ou le psychologue de leur enfant et être

démunis sur la conduite à tenir vis-à-vis de lui, ou encore sur l'attitude à avoir vis-à-vis d'autres enfants de la fratrie. L'accompagnement s'appuie sur le guide élaboré par l'association : *Difficile adolescence. Signes et symptômes du mal-être. Guide pour les parents, enseignants et éducateurs.*

Dans le cadre de la mutualisation des outils et pratiques des associations de PADS financées par l'INPES, PHARE Enfants-Parents s'est équipé en janvier 2014 du nouveau logiciel pour le traitement des appels et l'analyse statistique des données. À travers la banque de données incorporée, ce logiciel a permis par ailleurs d'enrichir le réseau de professionnels, ressources dont disposait déjà PHARE Enfants-Parents pour l'orientation des appelants.

L'écoute téléphonique représente environ 70 % de l'activité de l'association, avec 800 appels enregistrés en 2014. En plus de ces appels téléphoniques, un service d'accueil est proposé à Paris : en 2014, 293 entretiens en face-à-face ont été effectués et 350 courriels et 282 SMS ont été échangés avec la psychologue. L'association souligne que ces chiffres sont un peu sous-estimés, du fait de problèmes techniques lors du changement de matériel téléphonique en début d'année et du passage au nouveau logiciel pour enregistrer les données statistiques. La transition a été vécue comme perturbante par les écoutants qui ont rencontré certaines difficultés d'utilisation initiale. De façon globale, l'enregistrement des données en 2014 ne correspond pas à ce qu'il était habituel d'obtenir dans les années précédentes. Les données présentées ci-dessous doivent être considérées avec prudence.

### **Synthèse des données d'écoute téléphonique**

Ce sont majoritairement les adultes qui appellent, les jeunes utilisent plutôt les SMS et les courriels. Sur les 800 appels enregistrés en 2014, 60 % proviennent de la province et 40 % de l'Île-de-France.

Les adultes appellent pour eux-mêmes dans 40 % des cas. La plupart du temps, ils ne sont pas en situation d'urgence, mais exposent une situation préoccupante et expriment une grande difficulté et une souffrance. Les 60 % restants appellent pour un enfant, un adolescent ou un jeune adulte. Les appelants sont essentiellement des femmes, même si l'association constate une augmentation des appels de pères. Les appels sont le plus souvent uniques et font l'objet d'une demande précise (conseil sur un positionnement à avoir ou une orientation à privilégier).

Concernant les appels des jeunes, la grande majorité exprime une grande souffrance personnelle et près de la moitié d'entre eux appellent la ligne d'écoute de manière régulière. Il s'agit essentiellement de jeunes filles isolées familialement et socialement, en demande d'écoute et de soutien. Dans la majorité des situations, une orientation vers un accompagnement psychologique est préconisée lorsque ces

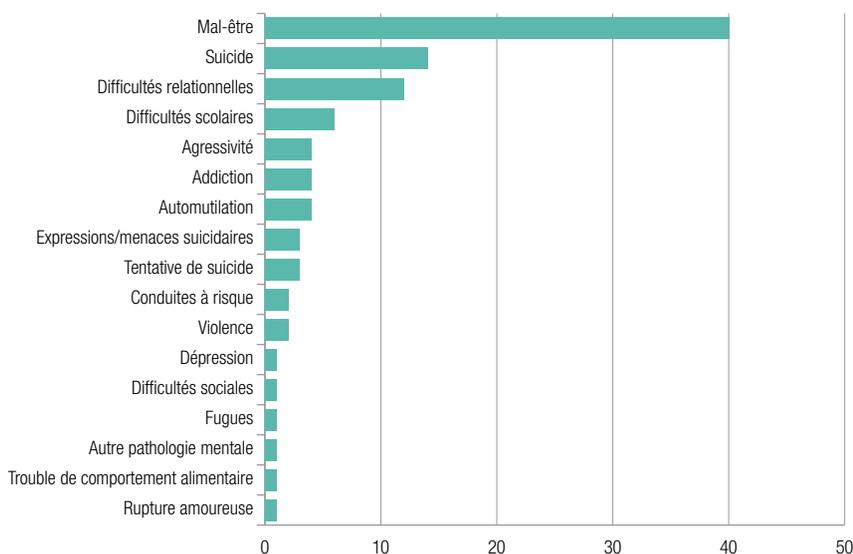
jeunes filles ne sont pas suivies. Beaucoup d'entre elles sont néanmoins prises en charge par des structures médicopsychologiques.

### Situations motivant l'appel (graphique 9)

Le mal-être est le principal signe déclenchant l'appel enregistré par les écoutants (40 % en 2014). Les problématiques liées au suicide viennent ensuite, représentant 20 % des appels (expressions ou menaces suicidaires et tentatives de suicide dans 3 % des cas et suicide dans 14 % des appels), suivis des difficultés relationnelles (12 %). Les difficultés relationnelles sont perçues comme une problématique de plus en plus évoquée lors des échanges, abordée aussi bien au cours des appels, comme au niveau des accueils à PHARE.



**GRAPHIQUE 9 • Motifs des appels téléphoniques à PHARE Enfants-Parents, en 2014**

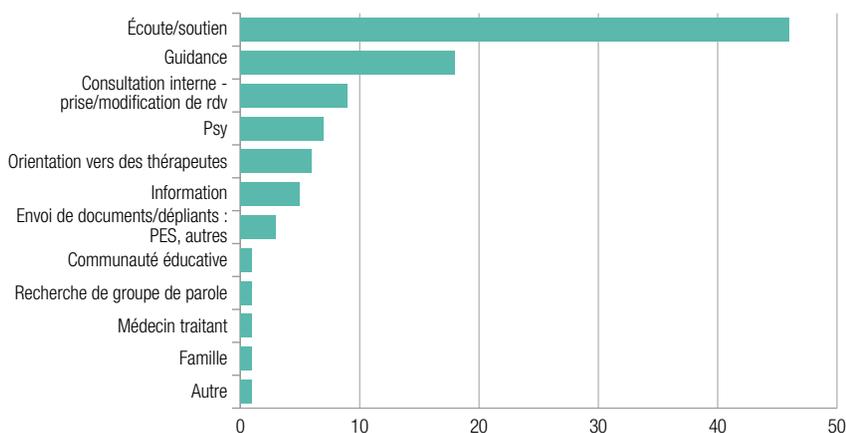


### Types de demande et orientation proposée (graphique 10)

Selon les informations rapportées par les écoutants, pour près de la moitié des appels (46 %) l'appelant est en demande d'écoute et de soutien. Au-delà du soutien, près d'un appelant sur cinq souhaite être guidé et rassuré sur l'attitude à adopter envers un enfant/adolescent en souffrance (« guidance »). Ils expriment également des difficultés quant au repérage des structures et professionnels adaptés à la problématique de leur enfant. Les demandes de rendez-vous en interne représentent 9 % des appels (orientation vers l'association pour un accompagnement

par la psychologue ou pour la participation au groupe de parole). Selon les chiffres enregistrés dans la base, le renvoi vers un médecin traitant aurait été réalisé dans 1 % des cas. Ce dernier chiffre semble particulièrement sous-estimé selon Thérèse Hannier qui indique que les jeunes s'adressant à PHARE refusent en fait souvent de voir un « psy ». Diriger dans un premier temps vers le médecin de famille permet de contourner cette difficulté. Viennent ensuite des demandes d'information et d'envoi de documents (graphique 10).

**GRAPHIQUE 10 • Types de demandes à PHARE Enfants-Parents, en 2014**



### Les données recueillies au cours de l'accueil au sein de PHARE

L'accueil dans les locaux s'effectue sous forme d'entretiens individuels ou familiaux. En 2014, 293 consultations ont été assurées par la psychologue de la structure et une psychologue en formation. Les personnes adultes reçues sont majoritairement des mères (80 % de mères et 20 % de pères), 25 % sont mariées, 4 % vivent en couple, 57 % sont divorcées et 14 % séparées. L'âge moyen des jeunes reçus est de 15 ans et 10 % d'entre eux ont moins de 10 ans. L'association observe une précocité du passage à l'acte et une grande détresse chez certains enfants. Il arrive que des parents appellent également pour dire que leur enfant de 8 ans veut mourir.

Concernant les motifs d'accueil, la majorité évoque le mal-être (51 %), puis les difficultés relationnelles familiales (une personne sur cinq), liées à des situations souvent très lourdes, engendrant une grande souffrance à la fois chez les parents et les enfants. Le motif de l'accueil en consultation est un suicide dans la famille dans 15 % des cas. Les autres motifs d'entretien (difficultés scolaires pour 3 %, agressivité, addiction pour 2 %, automutilation pour 1 %, trouble du comportement alimentaire pour 2 %, pathologie mentale pour 1 %, menace suicidaire pour 1 %) sont

rarement abordés directement mais sont souvent sous-jacents dans le discours de la personne. Il faut préciser que les pathologies mentales ne sont pas toujours relevées dans le cadre de l'entretien.

### **L'aide à distance au-delà de l'écoute téléphonique : courriels et SMS**

En 2014, 350 courriels ont été traités, 72 % émanant de jeunes en mal-être et 25 % de parents qui utilisent ce média pour exprimer généralement des demandes précises, à toute heure et notamment la nuit. Cette activité, qui demande beaucoup d'attention et de temps, est prise en charge exclusivement par la psychologue et des personnes spécialement affectées à ce rôle. PHARE propose aussi un forum et une page Facebook sur laquelle les parents s'entraident et échangent.

Par ailleurs, plus de 280 SMS ont été échangés avec la psychologue, dont 90 % avec des jeunes connus de l'association (par la ligne d'écoute ou par le service d'accueil). Un numéro spécifique est affecté pour ces SMS. Les SMS sont plus difficiles à gérer par l'association mais sont utilisés en priorité par les jeunes, qui ont souvent des difficultés à exprimer leur mal-être suicidaire et pour lesquels la démarche d'envoyer un SMS est bien plus facile que d'appeler la ligne d'écoute.

### **Partenariat avec la CPAM de Paris : un dispositif expérimental de paiement d'honoraires de psychologues pour la prise en charge psychologique de jeunes mineurs en risque suicidaire**

En septembre 2013, PHARE Enfants-Parents a signé un partenariat avec la CPAM de Paris pour participer à une politique de prévention du suicide des jeunes à Paris : à titre expérimental, la CPAM assure le paiement des honoraires de psychologues sélectionnés par l'association pour assurer la prise en charge psychologique de jeunes mineurs à risque suicidaire (les honoraires des psychologues n'étant pas habituellement remboursés par la Sécurité sociale). Phare a établi une liste de 16 psychologues vers lesquels sont orientés les jeunes. Cette action inédite en France est réservée dans un premier temps aux familles parisiennes relevant du régime général et rentrant dans les critères de ressources fixés par la CPAM de Paris. La psychologue de PHARE assure l'interface entre les familles, la Sécurité sociale et les psychologues. La montée en charge a été longue et difficile car ce dispositif a fait l'objet de peu de communication (un communiqué de presse a été réalisé en septembre 2014, avec de faibles retombées). C'est grâce au rectorat de Paris que la communication a été entreprise, notamment auprès des médecins scolaires, des infirmières et des assistantes sociales.

#### **Pour en savoir plus :**

Site : [www.phare.org](http://www.phare.org)

Courriel : [vivre@phare.org](mailto:vivre@phare.org)

Téléphone : 01 43 46 00 62

## 4. Discussion Générale

Les données relevées par les écoutants de SOS Amitié, de SOS Suicide Phénix, de Suicide Écoute et de PHARE Enfants-Parents évoquent une forte similarité de public et de situations, mais rendent compte aussi d'une certaine diversité de résultats qu'il conviendra de confirmer en affinant les possibilités de comparaison, de mise en perspective et en avançant encore dans l'harmonisation des modalités de recueil et d'exploitation (choix de mêmes classes d'âges, discussion des situations à regrouper sous la même appellation, etc.).

Pour une première année d'appropriation et d'utilisation des outils informatiques, le recueil de données s'avère d'ores et déjà riche, bien qu'encore hétérogène. Le travail d'exploitation mené en commun a mis en évidence les difficultés d'analyse d'une information basée sur un recueil non systématique. Nous l'avons souligné à travers l'exemple des antécédents de tentatives de suicide ou encore celui du suivi psychologique ou psychiatrique. L'absence de données sur l'âge d'une part importante des appelants restreint les analyses possibles. Il a été instructif de constater à ce propos qu'aucune des associations n'enregistrait l'âge selon les mêmes classes et que plus le choix de tranches d'âges était fin, plus la proportion d'appels non renseignés était importante. SOS amitié, avec les tranches d'âges les plus larges, n'observe que très peu de valeurs manquantes. Vouloir dégager des écoutes une information fine et précise peut donc s'avérer plutôt contre-productif. Cette expérience est utile à prendre en considération.

Nous n'avons pas reporté dans la synthèse élaborée pour chaque association les résultats concernant l'origine géographique des appelants. Les écoutants de SOS Amitié ne recueillent pas cette information. Pour SOS Suicide Phénix, comme pour Suicide Écoute, cette information n'est pas connue pour 40 à 55 % des appels. Et lorsque l'origine géographique des appels est renseignée, deux tiers proviennent de province, un tiers d'Île-de-France, une faible part appelant des DOM-TOM. Le volume d'information disponible ne permet donc pas aujourd'hui de rendre compte de la couverture et des disparités territoriales de recours aux associations d'écoute.

L'existence, en routine, d'un recueil des situations de souffrance exprimée par chaque appelant constitue une vraie richesse, apportant une information en continu, et tout à fait complémentaire des informations pouvant être tirées des systèmes de surveillance issus des bases médico-administratives ou d'enquêtes épidémiologiques intégrant la question du comportement suicidaire. Cette richesse réside tout particulièrement dans la spontanéité d'évocation des situations, la non-directivité, la liberté instaurée par le cadre de l'anonymat bilatéral avec l'écouter laissant toute la place à l'expression de ce que l'appelant va juger essentiel à exprimer. Cerner les préoccupations, les causes de souffrance mises en avant librement par les

personnes tentées par le suicide, rendre compte de la subjectivité de chacun semble effectivement tout à fait crucial pour approcher les facteurs en jeu et avancer dans la compréhension des phénomènes suicidaires. Néanmoins, des problèmes d'exploitation et d'interprétation posés par le recueil de données dans sa forme actuelle existent. Nous en avons dégagé trois :

- la contrainte d'enregistrer au maximum trois causes par appel. L'application informatique de recueil prévoit un enregistrement maximum de trois sous-thèmes pour décrire les raisons de l'appel. Cela signifie que seules les situations ou causes de souffrance retenues comme principales par l'écouterant seront décrites. La subjectivité de l'écouterant est en jeu d'une part dans la compréhension de la situation vécue et exprimée par l'appelant, d'autre part dans le choix du report de situations dans l'application. Cela complexifie l'interprétation des résultats. On ne peut en effet considérer qu'une situation qui n'émerge pas était absente du discours des appelants. Un biais de recueil est donc à prendre en compte ;
- la répétition des appels de mêmes personnes, sans que l'on puisse dans l'analyse les lier les uns aux autres, qui introduit un deuxième biais. L'exploration qui a été menée en fonction de la fréquence d'appel (nouveaux appelants, appelants réguliers) a mis en évidence qu'il existait un impact de la récurrence des appels sur le poids relatif des situations et causes de souffrance décrites. Si cela ne semble pas avoir eu d'influence sur la hiérarchisation des principales situations de souffrance mises en évidence lors des écoutes réalisées à SOS Amitié, l'ordre de fréquence des principales causes de souffrance évoquées lors de l'appel était modifié dans les données remontées par Suicide Écoute. Les exploitations futures devront donc en tenir compte ;
- l'harmonisation des situations à inclure sous la même dénomination. Cela a pu concerner par exemple la question du suicide d'un proche à inclure ou non dans la thématique du deuil ; les problèmes de couple ou de sentiments à rattacher ou non aux difficultés relationnelles, l'angoisse rattachée à la dépression pour certains, etc. Ce travail d'harmonisation devra être poursuivi.

Malgré toutes ces difficultés, ce travail de mise en commun mené avec les associations a permis d'ores et déjà de souligner un certain nombre de convergences dans les remontées d'informations portées par les associations d'écoute. On peut ainsi évoquer parmi les principales causes de souffrance relevées lors des écoutes de personnes suicidaires, les situations de rupture chez les hommes, les situations de violences sexuelles et physiques subies chez les femmes et l'importance de l'isolement avec la montée en âge.

La remontée d'informations qualitatives qui ont émergé des écoutes, et dont a fait part de façon précise Suicide Écoute pour enrichir les premières exploitations statistiques, met par ailleurs en avant les difficultés et le niveau de souffrance liés aux soins pour troubles psychiques. Les données statistiques recueillies parallèlement

indiquent des taux de suivis psychothérapeutiques ou psychiatriques pour 55 à 85 % des appelants, mais au moins 25 % des nouveaux appelants qui évoquent des idées de suicide indiquent ne pas bénéficier de suivi psychologique. Aux côtés des éléments factuels de problème d'accès aux centres de soins, les délais d'attente ou les difficultés posées par les effets secondaires des traitements, des éléments subjectifs sont à prendre en considération. Le décalage ressenti entre les attentes et la proposition de soins, par exemple la perception d'un temps trop court de consultation accordé par leurs médecins, qui est souvent déploré, peut notamment en faire partie. Si dans certains cas les professionnels manquent probablement de temps, une perception contractée du temps est cependant associée à certains états de souffrance psychique, en particulier la dépression. Ces témoignages de difficultés renforcent le constat que le contrat de soin avec le psychiatre ou le thérapeute n'est pas toujours facile à instaurer. Il subit également des périodes de remise en question, de résistance, périodes où un tiers extérieur s'avère nécessaire pour aider à reprendre confiance et à rétablir le contact. Les associations ont un rôle tout à fait important, notamment dans ces périodes.

Trop de personnes méconnaissent encore l'offre associative existante en France. Accentuer la communication sur la problématique du suicide et rendre plus accessible l'offre d'écoute des associations sont, comme le souligne SOS Suicide Phénix, des préconisations importantes.

### **Partie III • Autres exemples d'actions innovantes développées par les partenaires associatifs**

#### **1. Réseau de santé Vivre et intervenir ensemble face au suicide en Touraine, VIES 37**

Le réseau Vivre et intervenir ensemble face au suicide en Indre-et-Loire, VIES 37, est un dispositif entièrement centré sur la prévention du suicide, seul réseau de santé existant actuellement à l'UNPS. Ce réseau, créé à l'occasion de la deuxième Journée nationale de prévention du suicide en 1997, a démarré avec SOS Amitié, SOS Suicide Phénix, l'université et le CHU de Tours. Il s'agissait de coordonner et de rendre plus visibles les capacités de prise en charge du département, les actions et organisations susceptibles de prévenir le passage à l'acte ou d'empêcher sa répétition après une tentative de suicide. Outre la sensibilisation et l'information du grand public, il a été proposé aux acteurs du réseau des actions d'information, de formation sur le suicide et sa prévention, et de réflexion avec des personnes qui se sentaient en difficulté pour faire de la prévention du suicide sur leur lieu d'intervention.

Il s'agissait aussi de se connecter avec les autres acteurs de proximité, notamment en Poitou-Charentes.

Au fil du temps, le réseau a fédéré trois types de structures : des établissements de soins (centres hospitaliers, cliniques, lieux de soins associatifs dont une structure nationale, le Courbat, qui accueille des policiers en grande difficulté), de nombreuses associations du département et des institutions (variables au cours du temps, de la disponibilité des gens et en fonction des thèmes abordés dans le réseau).

### **Organisation du réseau**

Le réseau fonctionne essentiellement grâce à un groupe d'une dizaine de personnes qui se réunissent tous les mois en comité de coordination. Les décisions du réseau sont liées à ce comité. La gestion administrative est réalisée par le CHU de Tours, qui recrute les personnels, gère le budget du réseau, mais ne donne pas d'orientation sur les actions. Le comité de coordination décide des actions à mettre en œuvre, les met en œuvre et réunit régulièrement les différentes structures du département (institutions, associations, personnes individuelles) en assemblée plénière, pour entendre leur opinion sur le réseau, la pertinence de son action, ce qu'il convient de changer, d'engager ou d'arrêter.

### **Les actions du réseau**

VIES 37 a plusieurs missions :

- publication d'un annuaire qui recense les acteurs potentiels, médicaux, sociaux ou associatifs pouvant participer à la prise en charge d'une personne en difficulté. Ce projet a été difficile à tenir du fait du problème important de mise à jour des données. La fiche d'information utilisée au niveau départemental est celle qui remonte nationalement au niveau de l'UNPS ;
- administration d'un site Internet dédié ([vies37.psrc.fr](http://vies37.psrc.fr)). Actuellement départemental, ce site a été conçu pour être le support d'une organisation régionale. Il a deux vocations : l'information au grand public concernant les lieux de ressources (cette action demande encore à être plus opérationnelle, l'information restant encore très générale) et l'appui au fonctionnement des sites départementaux (gestion des calendriers, documents divers), partie qui est non accessible au public ;
- création de commissions spécialisées chargées de contribuer par une réflexion de fond et par des propositions pratiques à l'amélioration de la connaissance du problème et des réponses possibles. Trois commissions spécialisées ont été constituées : sur les personnes âgées, sur les adultes et le travail, sur les jeunes. Toutes les trois intègrent la question de la précarité et de l'exclusion. Il y a eu par le passé une commission sur les urgences, qui a permis de restructurer la prise en charge des suicidants à l'hôpital de Tours.

Toutes ces commissions mettent en place des outils : plaquettes, protocoles, formations, dispositifs d'intervention.

Il est à noter qu'un tel travail s'est inscrit dans la durée. À titre d'exemple, définir une position commune sur des questions telles que le secret professionnel a nécessité un an et demi de travail. Mais ces commissions ont eu un impact essentiel pour fédérer les acteurs et permettre à tous de travailler ensemble. De plus, l'action autour de la prévention du suicide a facilité, de façon collatérale, le fonctionnement de différentes institutions dans des domaines autres que la prévention du suicide, notamment pour les publics jeunes, en éducation pour la santé et prévention des conduites à risque (alcool, drogues, accidents, etc.) :

- déclinaisons locales des Journées nationales de prévention du suicide (JDPS) autour du 5 février, en lien avec l'UNPS ;
- mise en place d'une Équipe mobile de prévention du suicide (EMPS) pour les jeunes : composée d'un binôme infirmier/assistante sociale, l'EMPS va, hors urgences et sous supervision d'un psychiatre, à la rencontre des jeunes à risque suicidaire et de leur entourage, qui se trouvent dans des endroits isolés du département, mal couverts par les dispositifs de prise en charge publics et privés, et mal desservis par les transports publics. L'intervention a lieu dans les sept jours qui suivent la demande (en général dans les 48 heures). L'équipe se rend sur le terrain (centre d'hébergement, école, MECS, internat, famille d'accueil ou au domicile avec l'accord de la famille et du jeune) afin de discuter avec le jeune et l'entourage qui a manifesté de l'inquiétude pour lui, si besoin au cours de deux ou trois rencontres, et d'analyser la situation et le potentiel suicidaire. En fonction des signes cliniques et du contexte, une orientation du jeune est proposée, avec accompagnement possible vers un lieu de prise en charge. Les personnes qui ont fait la demande pour le jeune bénéficient également d'un soutien et d'une aide technique, des actions de formation leur sont alors destinées.

Le financement de cette équipe mobile provient à 80 % de la Fondation de France et de financements annexes de l'ARS et du centre hospitalier qui héberge le psychiatre coordinateur. L'association Montjoie met à disposition le véhicule et les locaux.

Toutefois, l'association témoigne également des écueils rencontrés. Ses acteurs soulignent la difficulté à obtenir la disponibilité de fonds publics sur la problématique du suicide, malgré son inscription comme thème prioritaire dans les plans d'action. Le budget est non pérenne, avec un engagement annuel, et une difficulté supplémentaire réside dans le fait que les temps de travail sont trop partiels pour permettre d'embaucher (de 0,05 à 0,20 équivalent temps plein). Par ailleurs, une montée en charge lente, bien qu'habituelle en pareil cas, de l'activité a été observée. Il a fallu environ un an pour faire comprendre aux gens et intégrer dans les mentalités qu'une structure d'intervention mobile de ce type existe, est activable

rapidement, ce qui s'avère un véritable changement par rapport aux modèles de prise en charge des consultations classiques, aux délais souvent très longs.

Enfin, VIES 37 propose des actions de formation continue. Depuis 2001, le réseau propose une formation intitulée « Repérage et orientation de la crise suicidaire » (ROCS) et, depuis 2012, une formation sur la mise en place d'un dispositif de pré-vention au sein d'un établissement exposé. Ces formations regroupent, autour de situations pratiques, des intervenants venant d'horizons très divers, confrontés à des crises suicidaires ou voulant les prévenir. Ainsi, 800 personnes environ ont été formées dans le département. La demande étant beaucoup plus forte que les possibilités de formation, une association de formation a été créée (Spirée formations) pour répondre à la demande, au prix coûtant.

## **2. Groupe de soutien aux personnes endeuillées par suicide mis en place par le Centre régional de prévention des conduites suicidaires Rhône-Alpes, institut régional Jean Bergeret**

### **Pourquoi l'existence d'un tel groupe ?**

Les personnes endeuillées après un suicide ne savent souvent pas à qui s'adresser pour s'exprimer sur la souffrance particulière provoquée par le suicide d'un proche.

Les travaux d'Elisabeth Kübler-Ross et de Michel Hanus enseignent que la mort par suicide, comme toutes les autres morts, entraîne un deuil pour l'entourage. Mais le décès par suicide a des caractéristiques particulières : il provoque chez les endeuillés un sentiment de honte, il peut engendrer l'isolement, la difficulté à en parler, la culpabilité et l'agressivité vis-à-vis du sujet qui s'est suicidé. Par ailleurs, le risque de suicide est accru chez les personnes endeuillées après le suicide d'un proche. C'est pourquoi l'accompagnement du deuil après un suicide est aussi une forme de prévention importante.

Le premier contact possible des endeuillés avec le corps médical est le médecin légiste, qui cependant refuse souvent le contact avec la famille. Les contacts suivants sont le médecin généraliste, le psychiatre et les associations qui prennent en charge la famille dans son ensemble. D'autres formes de prise en charge existent, comme le soutien par un groupe de parole composé d'endeuillés qui ne se connaissent pas au départ et qui se retrouvent de manière régulière. Ce type de soutien que propose l'institut régional Jean Bergeret, fréquent en Amérique du Nord, n'est pas très répandu en France.

À l'institut régional Jean Bergeret, Centre régional de prévention des conduites suicidaires Rhône-Alpes, ce groupe existe depuis douze ans et est réservé aux

personnes confrontées au suicide d'un proche (d'un descendant, d'un ascendant, d'un conjoint, d'un frère, d'une sœur, etc.). L'accompagnement des personnes fragilisées par un décès par suicide, en complémentarité avec une prise en charge individuelle, y est favorisé.

Le groupe est animé par un(e) psychiatre et un(e) psychologue : ces professionnels sont les garants d'un cadre sécurisant où la parole peut circuler librement et sans jugement.

Impulsé par Jacques Védrinne, ce groupe est inspiré de la rencontre d'organisations parisiennes : PHARE Enfants-Parents (Thérèse Hannier) et Vivre son deuil (Michel Hanus), puis de la rencontre avec des partenaires lyonnais : les services mortuaires, les pompes funèbres et l'institut médico-légal, et enfin une étroite collaboration avec l'association nationale Jonathan Pierres Vivantes.

Aujourd'hui, le groupe arrive à une certaine maturité de fonctionnement.

### **Quelles en sont les modalités ?**

Les réunions s'effectuent une fois par mois, le vendredi après-midi, pendant une heure trente dans la même salle. La participation au groupe est gratuite, seule l'adhésion à l'association est requise. L'intégration au groupe se fait après un entretien préalable soit téléphonique, soit en face-à-face. Le groupe fonctionne en année civile : le cycle commence en janvier et se termine en décembre. Les trois premières séances restent ouvertes ; de nouvelles personnes peuvent intégrer le groupe. Ensuite, le groupe est définitivement composé et devient fermé à d'autres demandes de participants. Il est demandé à chacun de s'engager et de participer à l'ensemble des séances jusqu'à la fin du cycle.

Les endeuillés ont la possibilité de participer à un ou deux cycles supplémentaires. En fin d'année, des entretiens individuels sont organisés avec chaque participant afin de faire le bilan de l'année écoulée. La majorité des participants restent au moins trois ans, période qui s'avère appropriée pour permettre ce travail de deuil particulier représentant un long cheminement. Le cycle sur une année entière permet de traverser les différentes périodes particulièrement délicates, en étant soutenu par le groupe : date anniversaire de la mort du suicidé, premières fêtes (Toussaint ou celles de fin d'année), périodes plus spécifiques à l'histoire de l'individu et la période du baccalauréat par exemple pour le décès d'un jeune.

Les participants ont la garantie que la parole déposée reste confidentielle et appartient au groupe. Ce dernier contribue à diminuer la culpabilité et le sentiment de honte souvent pesants chez les endeuillés. Les participants constatent que cet espace permet de dire aux autres endeuillés des choses qu'il n'est pas possible de

formuler ailleurs, dans l'environnement familial, amical ou professionnel. Les participants trouvent dans le groupe un espace pour confier leur détresse, leur sentiment de culpabilité, d'agressivité, de colère, leur découragement et même parfois leur propre envie d'en finir.

Au départ, les membres du groupe ne se connaissent pas et un lien se tisse, qui se prolonge souvent à l'extérieur de façon informelle. L'espace groupal devient pour certains une « deuxième famille », une « famille reconstituée ». Le groupe, à travers son attention portée aux absents, permet de contenir les inquiétudes suscitées par l'un de ses membres qui a pu se montrer plus particulièrement fragile : si un participant est absent alors qu'il n'a pas prévenu, tout le monde est plongé dans l'angoisse. Un professionnel du centre le contactera et les nouvelles obtenues seront retransmises au groupe. C'est ainsi que se créent de nouvelles possibilités d'envisager de nouvelles séparations qui ne soient ni des ruptures ni des disparitions.

Les réactions des endeuillés sont uniques et personnelles, en rapport avec le type de lien qui les unit aux personnes décédées. Les liens familiaux avant et après le suicide sont interrogés. Chacun exprime son histoire personnelle, qui est recueillie sans jugement par les autres participants au groupe. L'échange entre les participants est essentiel car les repères générationnels volent en éclats après un suicide. Il est fréquent que les parents participant au groupe après le suicide de leur enfant viennent questionner leur capacité à rester parents auprès de leurs autres enfants. Ils se sentent profondément ébranlés dans leur parentalité et témoignent de l'insignifiance (au sens de « qui n'a pas de sens ») d'actes quotidiens et de la capacité à soutenir, à entendre et à mettre des limites aux autres enfants. Le groupe leur permet, au travers de remarques « soutenantes » et de partage de leurs propres expériences, de s'autoriser à faire confiance à leur capacité à entendre, soutenir, mais aussi poser des limites à leurs autres enfants. Ceux-ci sont souvent des adolescents sur qui le groupe a un effet indirect pour améliorer la prévention du suicide.

Aucun thème d'échange n'est imposé au groupe. Au début, les endeuillés sont essentiellement à la recherche du « pourquoi ». Puis différents thèmes sont abordés : la résignation, l'acceptation, la maladie mentale, le cadavre, les rapports d'autopsie, la parentalité, les secrets transgénérationnels, etc.

Le groupe permet une remise en mouvement de la fonction psychique chez des personnes ayant vécu des expériences de sidération et de désespoir. Il a aussi une réelle action de prévention auprès d'un entourage large qui en tire bénéfice, indirectement. Les participants redisent souvent combien cet espace de rencontre est précieux tant le sujet du suicide reste tabou malgré le développement de campagnes

de prévention. Pour conclure en reprenant l'expression d'une participante, ce système encore très peu développé en France agit comme « un maillage mystérieux réparateur ».

L'association ne produit néanmoins que peu de statistiques sur ces groupes en raison de la confidentialité. Ils sont constitués de quinze personnes maximum, uniquement des adultes endeuillés par le suicide d'un proche, sans critère particulier de composition en termes d'âges ou de situations personnelles. Les participants sont principalement originaires de la région Rhône-Alpes, pour ce lieu d'accueil situé à Lyon. Ils ont entre 20 et 60 ans et trois quarts des participants sont des femmes. La profession n'est pas connue. Il n'y a pas de groupes d'enfants ni d'adolescents à l'heure actuelle dans la région.

### **3. Résultats de l'étude « Être homo aujourd'hui en France » et description du projet d'enquête auprès des jeunes s'adressant à l'association Le Refuge**

L'association Le Refuge est née en 2003 à Montpellier. Elle comprend sept délégations (Montpellier, Paris, Marseille, Toulouse, Lyon, Bordeaux, Lille, La Réunion) et six antennes (Corse, Nîmes, Perpignan, Avignon, Strasbourg, Besançon, Rennes). Elle propose depuis plus de 10 ans un accompagnement social, un soutien psychologique, un hébergement temporaire à de jeunes majeurs homosexuels victimes d'isolement et d'exclusion familiale du simple fait de leur orientation sexuelle. L'association compte 3 626 adhérents. Treize salariés et 270 bénévoles assurent les actions nécessaires aux missions de l'association, ce qui a représenté environ 8 000 heures d'interventions en 2014.

En 2014, 20 000 nuitées (15 347 en appartements relais et 6 185 à l'hôtel) ont été proposées. 5 270 jeunes ont contacté l'association, 3 363 ont été accompagnés à distance et réorientés, 1 176 ont été accompagnés en accueil de jour.

#### **Résultats de l'étude « Être homo aujourd'hui en France »**

Une recherche a été menée en 2009 par Le Refuge auprès de 500 jeunes gays et lesbiennes en s'appuyant sur un questionnaire mis en ligne sur Internet. Cette recherche a été publiée en 2012 dans un ouvrage de Michel Dorais, *Être homo aujourd'hui en France*.

Sur les 500 questionnaires renseignés, 72 % l'ont été par des hommes et 28 % par des femmes. L'âge médian des répondants est de 28,5 ans : 38 % sont âgés de 15 à 24 ans, 26 % de 25 à 34 ans et 36 % ont 35 ans et plus. Le public est en majorité urbain (76 %) et 28 % se sont déclarés croyants.

L'analyse des données de cette enquête souligne une découverte plus précoce de sa sexualité qu'il y a 30 ans : à 15 ans contre 17 ans en 1984, selon le « Rapport Gai » de Jean Cavailhes, Pierre Dutey et Gérard Ignasse. La révélation aux parents s'avère en revanche plus tardive (vers 20-22 ans, contre 18-19 ans en 1984). Le *coming out*, qui représente un risque calculé, est sélectif et successif (parents, famille, amis, collègues...) et constitue un moment très anxiogène.

L'enquête pointe également la peur du regard de l'autre, la honte et la peur de s'affirmer du fait d'une homophobie perçue : 30 % des répondants ont fait une tentative de suicide, soit une fréquence 12 fois plus forte que celle observée dans l'ensemble de la population.

Si le milieu gay ou lesbien et leurs associations sont un soutien pour assumer positivement son homosexualité, à peine plus de 30 % des répondants ont fait ou font partie d'une association homosexuelle.

L'enquête révèle l'importance d'un soutien psychosocial adapté : 47 % des répondants indiquent en effet avoir consulté un psychologue ou un psychothérapeute. Le thérapeute ne doit pas forcément être homosexuel mais doit avoir, pour 71 % des répondants, une connaissance des réalités lesbiennes, gays, bisexuels et trans (LGBT) et y être sensible.

### **Projet de recherche actuel**

Une nouvelle recherche est engagée par Le Refuge afin de comprendre quelles sont les stratégies mises en place par les jeunes qui arrivent au Refuge et les ressources qu'ils ont mobilisées pour rester en vie. Cette recherche vise à aider Le Refuge à ajuster l'accompagnement psychologique proposé.

Cette recherche s'appuiera sur un double questionnaire : un premier questionnaire constitué de questions fermées proposé aux jeunes lors de leur arrivée à l'association (au cours de la première semaine au Refuge). Il s'agit de mieux cerner le profil des jeunes tout en assurant l'anonymisation des données (tranche d'âges, année d'arrivée dans l'association...), leur itinéraire avant l'entrée au Refuge (situation familiale, niveau d'études, statut d'activité...) et la façon dont ils ont eu connaissance de l'association. Dans une deuxième partie, le questionnaire les interrogera sur les thématiques plus spécifiquement étudiées : leur bien-être actuel, leur ressenti en matière de santé mentale au cours des quatre dernières semaines, l'occurrence d'épisodes dépressifs, de pensées suicidaires et de tentatives de suicide au cours des douze derniers mois, la possibilité pour les jeunes de se confier à quelqu'un, leur recours à un médecin généraliste ou spécialiste au cours des douze derniers mois et les événements graves vécus au cours de la vie. Un deuxième questionnaire

ouvert sera rempli par le jeune sur le site dans un premier temps, puis retravaillé au cours d'un deuxième entretien en présence d'un psychologue. Ce deuxième questionnaire permettra d'approfondir certains aspects et de laisser le jeune s'exprimer plus largement, ce qui se veut une spécificité de ce questionnaire par rapport aux enquêtes menées par ailleurs.

L'aspect important de cette enquête est bien de faire ressortir les potentialités des jeunes du Refuge à être restés vivants et mettre en avant les stratégies qu'ils ont trouvées pour surmonter leurs difficultés.

## Partie IV • Synthèse

Ce dossier a été l'occasion de restituer les présentations faites au cours d'une journée commune aux deux groupes de travail de l'Observatoire national du suicide coordonnés par l'InVS et la DREES. Il s'agit essentiellement d'une synthèse d'un ensemble de travaux en cours et d'exemples d'actions réalisées au sein des associations œuvrant pour la prévention du suicide et le soutien aux familles endeuillées.

Le travail en cours réalisé par l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS), ainsi que les premières exploitations des données recueillies en 2014 par les associations d'écoute soulignent la richesse des informations collectées et permettent de dégager les premières caractéristiques des appelants. Les données produites par ces associations sont néanmoins encore trop hétérogènes (classes d'âges différentes...) pour que des comparaisons entre associations soient totalement pertinentes en 2014. Depuis cette journée commune, un travail d'homogénéisation des données collectées par les associations a été entrepris et permettra à terme de produire des données comparables.

Le recensement engagé par l'UNPS met en évidence la diversité du tissu associatif en France. Qu'il s'agisse de prévention, de postvention, d'accompagnement, de formation des intervenants ou d'orientation vers les soins, les actions de ces associations sont très diverses. Le réseau associatif semble néanmoins couvrir de façon inégale l'ensemble du territoire : les associations œuvrant pour la prévention du suicide étant présentes dans deux tiers des départements. S'appuyant très largement sur le travail de bénévoles, les associations souffrent aujourd'hui d'un manque de suivi de leurs actions, lié notamment à la non-pérennité des financements et des intervenants.

Parmi l'ensemble de ces structures, les dispositifs de prévention et d'aide à distance en santé (PADS) se sont fortement développés ces dernières années grâce à la téléphonie et aux nouvelles technologies de communication. Ces dispositifs (téléphonie, Internet, messagerie : tchat, courriels, SMS...) permettent d'informer, d'écouter et d'orienter le public vers des structures adéquates selon les besoins identifiés ou exprimés. Dans le cadre de la prévention du mal-être et du passage à l'acte suicidaire, l'objectif des PADS est avant tout de proposer une écoute sans jugement dans le respect de l'anonymat et de la confidentialité des échanges. Ces services sont depuis 2003 progressivement financés par l'INPES qui a engagé un ensemble de mesures pour développer et promouvoir ces dispositifs. Notamment, des outils sont mis en œuvre pour harmoniser les modalités de recueil des données lors des entretiens et pour les exploiter.

Cette homogénéisation du recueil des données s'inscrit dans une réorganisation plus générale des dispositifs de PADS engagée par l'INPES en 2010, avec notamment la mise en œuvre d'un processus de labellisation, d'une mutualisation des plateformes téléphoniques et de modules de formation initiale et continue destinés aux écoutants bénévoles.

Après une première année de mise en place, les résultats présentés ici soulignent les futures potentialités de ce recueil harmonisé : caractériser les personnes appelantes, le contexte de l'appel, les causes du mal-être, les antécédents de tentatives de suicide, les prises en charge médicales ou psychiatriques.

Ainsi, les données recueillies en 2014 et exploitées selon les mêmes modalités avec l'appui de l'InVS, font apparaître une similitude des appelants. Ce sont plutôt des femmes et des adultes, entre 25 et 45 ans. Certains appellent de façon régulière. Les principales causes de souffrance évoquées lors des appels motivés par des idées suicidaires sont la présence de maladies (dépression, maladies psychiques ou physiques) et l'isolement, qu'il soit social, familial ou faisant suite à une rupture relationnelle. Cet isolement comme cause de souffrance est d'autant plus souvent évoqué que les appelants sont âgés. Enfin, les femmes citent également, et ce plus souvent que les hommes, les violences sexuelles et physiques vécues. Les violences sexuelles et physiques émergent ainsi, à travers les données des associations d'écoute, comme premier facteur de souffrance exprimé par les adolescentes et jeunes adultes tentées par le suicide.

Ces premières observations seront à conforter en affinant les possibilités de comparaison, de mise en perspective et en avançant encore dans l'harmonisation des modalités de recueil, de saisie et d'exploitation au sein de chaque dispositif d'écoute et de façon collective.

Avec la refonte des sites Internet des associations et l'harmonisation de leurs outils de recueil, les données mobilisées lors des entretiens vont permettre à terme de produire des informations utiles pour la surveillance épidémiologique des facteurs de risque associés aux tentatives de suicide, pour développer de nouvelles pistes de recherche et pour orienter les actions de prévention.

## Annexe I • Focus sur le Centre de ressources en suicidologie CRES ([www.cresuicidologie.fr](http://www.cresuicidologie.fr))

Le centre de ressources en suicidologie, créé en 2012 à l'initiative de Philippe Carette et de Jean-Pierre Soubrier, installé au Centre Popincourt en association avec Infosuicide.org, a pour objectif de prévenir le suicide en encourageant l'accès à de la documentation, le soutien à des projets de recherche scientifique et l'accueil de stagiaires (doctorants).

Le fonds documentaire comporte notamment :

- 395 monographies uniquement en suicidologie dont 226 en langue française et 169 en 13 langues étrangères d'auteurs de 29 nationalités ;
- des ouvrages historiques attestant de l'évolution de la suicidologie et de la prévention du suicide ;
- des ouvrages de psychiatrie, psychiatrie légale, psychologie, addictologie...
- des revues scientifiques spécifiques (la collection complète de *Suicide and Life-Threatening Behavior* et de *Crisis, The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*) ;
- des rapports et comptes rendus des congrès et réunions des grandes organisations et associations de suicidologie dans le monde ;
- les rapports et les publications du programme de prévention du suicide de l'Organisation mondiale de la santé actualisés.

L'ONS a pris la mesure de l'importance de l'aspect documentaire dès sa création ; c'est ainsi qu'a été constitué le Recueil numérique sur la thématique du suicide qui est mis à jour régulièrement : [http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recueil\\_numerique\\_suicide\\_nouvelle\\_mise\\_a\\_jour\\_au\\_10\\_avril\\_2015.pdf](http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recueil_numerique_suicide_nouvelle_mise_a_jour_au_10_avril_2015.pdf) sur le site de l'Observatoire national du suicide (<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/l-observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons>).

## Annexe II • Noms et coordonnées des 37 structures de l'UNPS

### 1. Les associations nationales

- **Contact** (dialogue entre les parents, les lesbiennes, gays, bi et trans, leurs proches)  
0 805 69 64 64
- **FAVEC** (Fédération de conjoints survivants et parents d'orphelins)  
0 800 005 025
- **FEALIPS** (Fédération européenne des associations luttant contre l'isolement et pour la prévention du suicide)
- **France Dépression** (contre la dépression et les troubles bipolaires)  
01 40 61 05 66
- **GEPS** (Groupement d'études et de prévention du suicide)
- **Jonathan Pierres Vivantes** (permanences, rencontres pour les personnes en deuil d'un proche)
- **Le Refuge** (pour les personnes en situation d'isolement, victimes d'homophobie)  
06 31 59 69 50
- **PHARE Enfants-Parents** (association de parents d'enfant suicidé)  
01 43 46 00 62
- **La Porte Ouverte** (Lieux de parole et d'écoute, en face-à-face, anonymes et confidentiels)
- **Schizo?... Oui!** (Oser parler de schizophrénie)  
01 45 89 49 44
- **SIS Association** Elle gère les 2 dispositifs suivants :
  - **Sida Info Service**  
0 800 840 800
  - **Ligne Azur** (orientation sexuelle, identité de genre, discriminations)  
0 810 20 30 40
- **Suicide Écoute**  
01 45 39 40 00

- **SOS Amitié**

01 42 96 26 26

- **SOS Suicide Phénix**

federation@sos-suicide-phenix.org

01 40 44 46 45

- **UNAFAM**

- **Fédération européenne Vivre son Deuil**

- **Fédération 3977 contre la maltraitance (Villejuif)**

## 2. Les associations loco-régionales

### Aquitaine

- **Porte Ouverte (Bordeaux)**

### Auvergne

- **AD PEP 43 « allô écoute ado »**

### Basse-Normandie

- **Collectif départemental de prévention suicide**

Manche d.lenoury@fbs-picauville.com

### Bourgogne

- **Synergie 71 (Chalons-sur-Saône)**

### Bretagne

- **PEGAPSE** (promotion et gestion d'actions de prévention du suicide d'Île-et-Vilaine, Rennes)

pegapse@laposte.net

### Centre

- **VIES 37** (réseau, Tours)

### Franche-Comté

- **La Porte Ouverte** (Besançon)

### Haute-Normandie

- **La Porte Ouverte** (Rouen)

### Île-de-France

- Association AJC Violence (Maurepas)
- Astree (Paris)
- École des parents et des éducateurs IdF
- Entr'Actes  
entractes4@wanadoo.fr (Colombes)
- La Porte Ouverte (Paris)
- Centre Popincourt (Paris)  
01 42 78 19 87
- Relais jeunes et familles 78 (Saint-Germain-en-Laye)
- Empreintes / Vivre son deuil IdF  
01 42 38 08 08

### Languedoc-Roussillon

- IREPS Institut de ressources en psychologie du sport (Montpellier)

### Limousin

- Recherche et Rencontres (Brive-la-Gaillarde)  
05 55 23 49 95

### Lorraine

- URAVEC (Épinal)

### Midi-Pyrénées

- La Porte Ouverte (Toulouse)
- Prévention du suicide en Midi-Pyrénées  
preventionsuicide.mp@laposte.net

### Pays de la Loire

- Collectif de prévention suicide en Mayenne  
cops53@emailasso.net
- Au cœur des flots  
aucoeurdesflots@orange.fr
- Recherche et Rencontres (Nantes)  
02 40 08 08 10

### Polynésie française

- SOS suicide (Tahiti)

### Provence - Alpes - Côte d'Azur

- Association Orion (Hyères)  
orion@orange.fr

- **Christophe / La vie avant tout** (Marseille)

#### Réunion

- **SOS Solitude** (Saint-Denis)

facebook

#### Rhône-Alpes

- **ADAG BB**

adagbb@wanadoo.fr

- **Loire Prévention Suicide** (Saint-Étienne)

- **La Porte Ouverte** (Lyon)

- **Recherche et Rencontres** (Grenoble)

04 76 87 90 45