



EHESP

**Inspecteur de l'action sanitaire et
sociale**

Promotion : **2014-2016**

Date du Jury : **mars 2016**

**Place et rôle des dispositifs bénévoles
d'écoute dans la prévention du suicide
en Haute-Normandie**

Hanna ABITAN

Remerciements

Mes remerciements s'adressent à :

Nathalie VIARD, pour ses conseils, sa confiance et la liberté qu'elle m'a accordée dans la manière de traiter ce sujet.

Mostava MERCHI, pour sa disponibilité altruiste et son aide en toutes circonstances.

Christelle GOUGEON, pour sa gentillesse, sa disponibilité et ses conseils.

A tous les professionnels et associations qui ont accepté de me rencontrer, pour nos échanges constructifs.

A mes proches, pour leurs encouragements.

Sommaire

Introduction	1
1 Le suicide et sa prévention en Haute-Normandie : une priorité régionale de santé publique	5
1.1 Contexte de la prévention du suicide en Haute-Normandie	5
1.1.1 Une situation défavorable par rapport à la moyenne nationale	5
1.1.2 Une stratégie régionale incluse dans le plan santé mentale : le choix d'un pilotage transversal et l'accent mis sur la prévention	6
1.2 Une politique volontariste de prévention du suicide	8
1.2.1 Le développement d'actions innovantes et probantes dans le champ de la prévention du suicide	8
1.2.2 Un objectif d'amélioration du pilotage de la politique régionale	13
2 Place et rôle des dispositifs bénévoles d'écoute dans la prévention du suicide en Haute-Normandie	17
2.1 Etat des lieux des structures existantes	17
2.1.1 Organisation sur le territoire	17
2.1.2 Fonctionnement des structures	19
2.1.3 Forces, faiblesses et besoins des structures bénévoles d'écoute	24
2.2 Inscription des dispositifs dans le système d'acteurs	28
2.2.1 Un manque de collaboration entre bénévoles et professionnels	28
2.2.2 Un manque de coopération entre les structures bénévoles elles-mêmes ...	33
3 Recommandations	35
3.1 Recommandations visant à améliorer le pilotage de la politique régionale de prévention du suicide	35
3.1.1 Proposition : Améliorer la lisibilité de la stratégie régionale de prévention du suicide	35
3.2 Recommandations visant à améliorer la complémentarité des acteurs œuvrant dans le champ de la prévention du suicide.	36
3.2.1 Proposition 1 : Favoriser la coopération entre les associations	36
3.2.2 Proposition 2 : Développer les dynamiques partenariales	37

3.3	Recommandations visant à améliorer le positionnement des structures bénévoles d'écoute dans le champ de la prévention du suicide.....	39
3.3.1	Proposition : Clarifier et valoriser le rôle et la place des structures bénévoles dans la prévention du suicide.....	39
3.4	Recommandations visant à améliorer l'intervention des dispositifs bénévoles d'écoute	40
3.4.1	Proposition : Définir avec les structures bénévoles des modalités d'amélioration de leur intervention	40
	Conclusion.....	43
	Bibliographie.....	45
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARS :	Agence régionale de santé
ARPS :	Association Réseau Prévention Suicide
CAC :	Centres d'accueil et de crise
CATTP :	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CLCIS :	Centre de lutte contre l'isolement et le suicide
CHU :	Centre hospitalo-universitaire
DGS :	Direction générale de la santé
GRAFISM :	Groupement régional d'actions, de formations et d'information en santé mentale
HCSP :	Haut conseil de santé publique
MSA :	Mutualité sociale agricole
OR2S :	Observatoire régional de la santé et du social
PNACS :	Plan national d'actions contre le suicide
PRS :	Projet régional de santé
PSRS :	Plan stratégique régional de santé
RLPS :	Réseaux locaux de promotion de la santé
RSI :	Régime social des indépendants
SRP :	Schéma régional de prévention
SROS :	Schéma régional de l'offre de soins
UMIS :	Unités mobiles intersectorielles de suicidologie
UNACOR :	Unité d'accueil et d'orientation clinique

Introduction

Au départ réservé à l'intime, le suicide est progressivement devenu un enjeu de santé publique, parmi les plus importants, « tant par la perte de vies humaines qu'il provoque que par les problèmes psychologiques et sociaux dont il témoigne. »¹ Le suicide, défini comme « la mort auto-infligée avec évidence implicite ou explicite de l'intention de mourir »², a été la cause de 10 367 décès en France³, en 2011 – chiffre auquel il faut ajouter le nombre de suicides sous-estimés, en raison du caractère tabou du suicide. Le suicide ne saurait toutefois se réduire aux taux de mortalité, mais doit intégrer l'ensemble de la trajectoire suicidaire⁴, allant du « sentiment péjoratif d'être dans une situation d'échec, à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte, qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité. »⁵

On peut faire remonter la politique nationale de prévention du suicide à la Conférence de santé de 1996, qui érige la prévention du suicide en priorité nationale et la fonde sur deux points : une attention prioritaire pour le suicide chez les jeunes, une politique de prévention construite de manière déconcentrée, à laquelle les régions prennent leur part. Ensuite, s'est esquissée une Stratégie nationale de prévention, dont le premier programme a été lancé en 1998-2000 et a débouché sur une Conférence de consensus ainsi que sur le lancement de l'analyse de la crise suicidaire. De 2000 à 2005, une Stratégie générale de prévention du suicide, reposant sur des programmes d'actions régionaux avec des financements dédiés, a été lancée et s'est accompagnée de la généralisation des formations au repérage de la crise suicidaire. En 2004, la loi relative à la politique de santé publique définit pour la première fois un objectif quantifié de réduction des taux de suicide de 20% sur l'ensemble de la population. De 2005 à 2008, la volonté de prendre en compte les comorbidités dans le suicide, notamment la dépression, a amené le premier Plan de psychiatrie en santé mentale à inclure la prévention du suicide dans la politique de santé mentale. Le rapport Le Breton, qui élargit la prévention du suicide à de nouveaux publics tels les agriculteurs, et le premier Plan national d'action contre le suicide (PNACS) 2011-2014 ont contribué à redynamiser la politique nationale

¹ CAMPEON.A, « De l'histoire de la prévention du suicide en France », in *Actualités et dossiers en santé publique*, n°45, 2003, 61p, p.35

² COURTET.P, *Suicides et tentatives de suicide*, Médecine-sciences, Flammarion, Editions Lavoisier, 2011, 349p, p.14

³ DREES, *L'état de santé de la population en France*, Edition 2015, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2015, 502 p, p.253

⁴ PICON.E, MARTHINET.D, MINET.B, SEIGNEUR.E, Evaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage, d'écoute et d'orientation des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires, Rapport final, décembre 2013, 107p, p.20

⁵ ANAES, « La crise suicidaire : mieux repérer et prendre en charge, Conférence de consensus, Octobre 2000.

de prévention du suicide, concomitamment à la création de l'Observatoire national du suicide⁶.

Les associations bénévoles d'écoute – incluant les services de téléphonie sociale à distance mais également les structures proposant de l'écoute en face à face à un public souffrant de mal-être, d'isolement ou exprimant des intentions suicidaires- ont une place historique et ancienne dans la prévention du suicide. Ayant souvent « répondu à la problématique du suicide bien avant la mise en place de mesures par les autorités sanitaires, locales, régionales ou étatiques »⁷, les associations bénévoles d'écoute ont aujourd'hui une véritable influence en termes de prévention du suicide, à l'échelon national, régional ou local. L'impact réel de l'intervention des bénévoles de l'écoute sur la baisse du nombre de suicide ou de tentatives de suicide est difficilement quantifiable, mais le rôle de soutien apporté par les structures bénévoles à un public suicidaire n'est pas remis en cause. Actuellement, une réflexion est engagée au plan national concernant l'intégration des structures bénévoles d'écoute dans les dispositifs de prévention de santé publique, et leur positionnement en tant que véritables acteurs de prévention.

Au plan régional, la politique de prévention du suicide a été déclinée de manière assez hétérogène, en fonction essentiellement des taux de sursuicidités constatés dans les régions. La Haute-Normandie, située au huitième rang des régions françaises présentant les taux de suicide les plus importants⁸, a fait de la prévention du suicide une priorité régionale depuis la fin des années 1990, intégrée dans une politique transversale de promotion et de prévention de la santé mentale. Cet enjeu prioritaire a conduit les acteurs institutionnels à structurer une politique régionale ambitieuse, consistant d'abord dans la création d'un Comité de pilotage élargi à tous les acteurs œuvrant pour la prévention du suicide sur le territoire, ensuite dans la poursuite d'une démarche d'évaluation des dispositifs et de recherche d'actions probantes. Dans le cadre de la démarche d'évaluation des dispositifs et de la volonté d'améliorer la politique régionale de prévention du suicide, l'ARS Haute-Normandie m'a confiée la mission d'évaluer la contribution des structures bénévoles d'écoute à la politique régionale de prévention du suicide.

⁶ Cet historique de la politique nationale de prévention du suicide m'a été présenté par M-H.DECHAUX, Direction générale de la santé, lors de notre entretien.

⁷ AMADEO.S, « Quel rôle pour les associations dans la prévention du suicide ? », In COURTET P., *Suicides et tentatives de suicide*, 2010, Médecine-sciences, Flammarion, Editions Lavoisier, 349p, p.14

⁸ Observatoire régional de la santé et du social, *Le suicide en Haute-Normandie*, septembre 2014, 11p, p.1

Cette évaluation poursuivra les objectifs suivants :

- Connaître les modalités d'action des structures bénévoles d'écoute dans le champ de la prévention du suicide et évaluer la valeur-ajoutée de leur intervention.
- Analyser l'adéquation de leurs objectifs avec la politique régionale de prévention du suicide, préciser le rôle attendu des structures par l'ARS et réfléchir à leur positionnement en tant qu'acteurs de prévention.
- Elaborer des préconisations visant à améliorer leur intervention, leur positionnement ainsi que leur complémentarité avec les autres structures bénévoles du territoire et les professionnels.

Ces objectifs rejoignent une problématique principale : **quelle sont la place et le rôle des structures bénévoles d'écoute dans la prévention du suicide ?**

La réponse à cette question s'est appuyée sur la réalisation d'entretiens avec un panel d'acteurs larges : structures bénévoles d'écoute œuvrant sur le territoire (5 structures), fédérations nationales (2 structures), professionnels œuvrant dans la prévention du suicide sur le territoire (6 acteurs), référente santé mentale à la Direction générale de la santé. La mobilisation des acteurs bénévoles a été plus ou moins aisée, en fonction de leurs représentations de l'ARS et de leur volonté d'être inclus dans une stratégie régionale de prévention. Les professionnels ont été particulièrement disponibles, mais ont montré un intérêt variable pour les dispositifs bénévoles d'écoute. Les entretiens réalisés ont permis de révéler des positions fortes vis-à-vis des dispositifs bénévoles ou bien des professionnels, qui ont nourri la réflexion. Sur la base des entretiens réalisés, une grille d'analyse thématique a été élaborée, mettant en exergue les principaux thèmes et les problématiques rencontrés.

La construction du plan doit permettre d'identifier progressivement la place et le rôle tenu par les dispositifs bénévoles d'écoute dans la prévention du suicide en Haute-Normandie. Il apparaît donc opportun d'examiner dans une première partie les actions mises en place par l'ARS Haute-Normandie afin de prévenir le suicide, avant d'aborder dans une seconde partie la contribution des dispositifs bénévoles d'écoute à la prévention du suicide sur le territoire. Cette deuxième partie constituera le cœur du devoir et précisera les modalités d'intervention des structures bénévoles d'écoute, leur positionnement, leurs difficultés et les perspectives d'évolution. Enfin, une troisième partie sera dédiée à l'élaboration d'axes d'amélioration et de préconisations.

1 Le suicide et sa prévention en Haute-Normandie : une priorité régionale de santé publique

D'après le diagnostic réalisé par l'Observatoire régional de la santé et du social (OR2S), la Haute-Normandie est l'une des régions françaises les plus touchées par la mortalité par suicide. Ce contexte préoccupant **(1.1)** justifie un engagement fort de l'ARS Haute-Normandie dans la prévention du suicide sur le territoire **(1.2)**.

1.1 Contexte de la prévention du suicide en Haute-Normandie

1.1.1 Une situation défavorable par rapport à la moyenne nationale

Dans son rapport « Le suicide en Haute-Normandie », publié en septembre 2014, l'OR2S rapporte 366 décès par suicide en moyenne annuelle sur la période 2008-2010, ce qui situe la région au huitième rang des régions françaises présentant les plus forts taux de mortalité par suicide. Avec un taux standardisé de mortalité par suicide de 22,5% pour la période 2009-2011 (Annexe 1), la Haute-Normandie présente un surplus de mortalité par suicide de 23% : « avec une mortalité équivalente à celle de la France hexagonale, c'est plus de 65 suicides de Hauts-Normands qui auraient été évités en moyenne sur cette période. »

Le décès par suicide concerne majoritairement des hommes. Sur la période 2008-2010, 284 hommes se sont suicidés, contre 82 femmes. Si le taux de suicide des haut-normandes ne diffère pas significativement de celui observé au niveau national (8,5 pour 100 000 femmes en Haute-Normandie, 8,2% en France), pour les hommes le surplus de mortalité par rapport à la France hexagonale est de 30%. La région présente le sixième taux de mortalité masculin par suicide le plus important des régions hexagonales, juste derrière la Bretagne et le Nord-Pas-de-Calais (Annexe 2). Les femmes sont davantage concernées par les séjours hospitaliers ayant pour origine une tentative de suicide. En 2011, 14 séjours hospitaliers par jour ont eu pour origine une tentative de suicide en Haute-Normandie, dont 61% ont concerné des femmes. (Annexe 3).

Concernant les tranches d'âge, sur la période 2006-2010 en Haute-Normandie, 14% des suicides ont concerné des jeunes (15-34 ans), 42% des personnes âgées de 35 à 54 ans, 26% des personnes âgées de 55 à 74 ans et 17% de personnes âgées de 75 ans et plus. Deux suicides par an concernent des moins de 15 ans. La surmortalité par suicide en Haute-Normandie est plus marquée chez les personnes de 75 ans et plus (taux de mortalité plus élevés de 32% qu'au niveau national). Les taux standardisés de mortalité par suicide masculin des 35-54 ans et des 55-74 ans sont respectivement 30% et 25% plus élevés en Haute-Normandie qu'au niveau national. Si en termes de taux, les personnes âgées sont davantage concernées par le suicide que les jeunes, en termes de

proportions, les jeunes voient le suicide prendre une part importante parmi les causes de décès. Ainsi, chez les 15-34 ans, le suicide constitue la première cause de décès à égalité avec les accidents de la circulation (Annexe 4).

La tentative de suicide reste le plus important des facteurs de risque de suicide connus. Il est estimé que 10 à 15 % des suicidants décèderont par suicide et que près de la moitié des suicidés ont réalisé au moins une tentative de suicide avant leur décès. Dans la région, en 2009, 4227 patients ont été hospitalisés en MCO à la suite d'une tentative de suicide.

La tendance nationale à la diminution de la mortalité par suicide est plus marquée en Haute-Normandie, puisque la mortalité par suicide tous genres et classes d'âge confondus a diminué de 35% en Haute-Normandie, contre 24% en France hexagonale. Cette diminution a été plus marquée chez les femmes (29% contre 23% pour les hommes) et les classes d'âge 15-34 ans (diminution de 43% contre 40% au niveau national) et 75 ans et plus (diminution de 53% en Haute-Normandie contre 42% en France hexagonale chez les femmes âgées de plus de 75 ans) (Annexe 5 et 6).

Les taux de suicide les plus marqués concernent les personnes veuves, puis les divorcés. Le mode de suicide le plus fréquent est la pendaison (53,1% en Haute-Normandie, 46,9% en France), a fortiori chez les hommes (3 décès sur 5 par pendaison chez les hommes, contre 1 décès sur 3 chez les femmes). (Annexe 7)

D'importantes disparités infrarégionales sont observées. Si les pays situés sur l'axe Fécamp-Rouen-Vernon sont moins concernés par le suicide, les pays situés au nord-est et au sud-ouest de la région présentent une surmortalité par rapport à la France Hexagonale dépassant les 40%. Le pays du Risle-Charentonne présente le taux de mortalité féminin le plus élevé des pays hauts-normands (61% de surmortalité par rapport au niveau national). Au niveau des territoires de santé, le territoire du Havre est le seul à présenter une mortalité par suicide comparable à la France Hexagonale et une sous-mortalité pour les personnes de 35 ans et plus. Les trois autres territoires de santé hauts-normands (Dieppe, Evreux-Vernon, Rouen-Elbeuf) enregistrent une surmortalité par suicide de 17 à 72% (Dieppe) (Annexe 8 et 9).

Les résultats de ce diagnostic rendent nécessaire une approche populationnelle et territoriale de prévention du suicide, ciblée sur les tranches d'âge et les territoires les plus marqués, mais nécessitent aussi un pilotage transversal de la politique de prévention du suicide en Haute-Normandie.

1.1.2 Une stratégie régionale incluse dans le plan santé mentale : le choix d'un pilotage transversal et l'accent mis sur la prévention

Ces indicateurs défavorables ont conduit l'ARS Haute-Normandie à faire du suicide une priorité régionale depuis les années 1990. S'il existe bien un plan d'action à la prévention

du suicide, l'ARS Haute-Normandie a choisi de ne pas élaborer de stratégie régionale de prévention du suicide spécifique mais de l'inclure dans la prévention de la santé mentale. Ainsi la prévention du suicide est-elle incluse dans l'ensemble des objectifs développés par le Plan stratégique régional de santé (PSRS) dans le champ de la santé mentale:

- Prévenir les troubles psychiques pour l'ensemble de la population : en améliorant la gestion des risques psychosociaux à tous les âges de la vie par une sensibilisation et une mobilisation des acteurs institutionnels et associatifs concernés, en développant les actions d'information et de formation à la santé mentale des acteurs de première ligne dans une perspective de travail en partenariat, en favorisant l'écoute des jeunes et des familles dans une logique de proximité ;

- Organiser le dispositif de soin et médico-social pour les personnes souffrant de troubles psychiques : en intégrant la dimension santé mentale dans les politiques territoriales de santé, en développant l'offre sanitaire de proximité et l'offre médico-sociale dans une perspective de rééquilibrage entre les territoires et dans une logique de coopération, en organisant le circuit de l'urgence et des consultations non programmées, en réservant l'hospitalisation temps plein à ceux qui relèvent de cette prise en charge.

L'ensemble de ces objectifs s'applique à la prévention du suicide, depuis la formation des acteurs au repérage de la crise suicidaire jusqu'à la prise en charge des suicidants. Il est repris de manière plus spécifique dans le Schéma régional de prévention (SRP) et le Schéma régional de l'offre de soins (SROS) pour le volet prise en charge des urgences psychiatriques.

Le choix de ne pas faire de la prévention du suicide une problématique à part est une spécificité régionale. Il est justifié d'abord par la volonté de tenir compte de la transversalité de la problématique. Les facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire identifiés consistant dans la perte d'estime de soi, l'isolement ou encore la dépression, tandis que les facteurs identifiés comme protecteurs consistant dans la qualité des liens familiaux, le dialogue et le sentiment de valorisation, la prévention du suicide ne peut être efficace que si elle est plurifactorielle. L'ARS Haute-Normandie a donc intégré dans le plan d'action de prévention du suicide les actions visant à développer les compétences psychosociales⁹ et l'estime de soi des enfants et adolescents. Ce choix est également justifié par les contraintes du territoire. La faiblesse de la démographie médicale et l'insuffisance d'offre en dispositifs de psychiatrie publique particulièrement visibles sur le territoire Haut-Normand obligent à développer des actions larges et transversales de prévention de la santé mentale.

⁹ Le développement des compétences psychosociales est identifié par le PNACS 2011-2014 comme un facteur d'amélioration de la santé mentale participant à la réduction du passage à l'acte suicidaire.

Lors de l'évaluation du programme réalisée par le Haut Conseil de santé publique (HCSP) en octobre 2015, l'ARS Haute-Normandie a rappelé que le PNACS n'a pas été le déclencheur d'une politique régionale mais est venu amplifier la réflexion en région et a exprimé sa préférence pour un plan santé mentale dont l'une des déclinaisons serait la lutte contre le suicide, afin de développer une approche multirisque et lier la problématique du suicide aux problématiques de santé mentale et de comportements à risque. En parallèle des actions de prévention menées dans le champ de la santé mentale, la prévention du suicide fait l'objet d'un plan d'actions, sur lequel s'accordent chaque année les acteurs réunis au sein d'un Comité de pilotage dédié.

1.2 Une politique volontariste de prévention du suicide

L'ARS Haute-Normandie a mis en place une politique volontariste de prévention du suicide. Cette « prévention active » s'exprime au travers du développement d'actions innovantes et probantes dans le champ de la prévention du suicide (1.2.1) et d'une démarche d'amélioration de la politique régionale de prévention du suicide (1.2.2).

1.2.1 Le développement d'actions innovantes et probantes dans le champ de la prévention du suicide

A) L'engagement d'actions innovantes de prévention du suicide

Le territoire Haut-Normand est caractérisé par l'existence d'actions innovantes de prévention du suicide et d'acteurs particulièrement investis sur leur territoire.

a) Prise en charge et accompagnement des suicidants

Sur le constat de carences dans l'accompagnement des personnes ayant fait une tentative de suicide, deux types de prise en charge ont vu le jour.

Afin d'abord de désamorcer la crise suicidaire, des lieux d'accueil et de crise, implantés sur les trois territoires de santé Rouen, Evreux/Vernon et Le Havre, accueillent les patients en état de crise suicidaire durant 48 heures. A Rouen, l'unité d'accueil et d'orientation (UNACOR) au CH du Rouvray dispose de 12 lits pour une durée de 48 heures. Au Havre, le Centre d'accueil et de crise (CAC) implanté à Pierre Janet dispose de 5 lits de psychiatrie pour une durée de 48 heures. A Evreux/Vernon, un CAC de 9 lits de psychiatrie dépendant du CH de Navarre est implanté à l'hôpital général, à proximité du service d'urgence. Ancrés dans un partenariat fort, ces lieux d'hospitalisation provisoire visent à désamorcer l'état de crise suicidaire et proposer au patient un traitement médical, psychiatrique, social, médico-social adapté à sa situation.

Ces patients pourront ensuite être orientés vers les Unités de suicidologie, dont certaines ont un caractère mobile, telle que l'Unité mobile intersectorielle de suicidologie (UMIS) du CHU de Rouen. Existant au Havre et à Rouen, ces Unités proposent aux patients ayant

fait une tentative de suicide et ne bénéficiant d'aucun suivi, une prise en charge globale, individualisée et multidimensionnelle menée par une équipe pluridisciplinaire. L'Unité effectue les évaluations médicales, sociales et psychologiques des patients, propose un traitement adapté et assure le suivi des patients, par le biais de visites à domicile ou de dispositifs de rappel du patient. Le caractère non stigmatisant de ces Unités – rattachées à l'hôpital général dans un lieu neutre et non à l'hôpital psychiatrique- est fondamental pour des patients présentant majoritairement une crainte de l'hospitalisation. A la sortie de l'Unité, la continuité des soins est assurée par la recherche de relais dans la prise en charge (professionnels libéraux, Centres médico-psychologiques...etc.) et par le rappel du patient. L'articulation entre les CAC et les Unités permet d'éviter les ruptures dans la prise en charge – fréquente en ce qui concerne des patients suicidants- et révèle l'importance de la coordination entre urgences et psychiatrie dans ce domaine.

La création de ces deux structures dans les années 2000 a un caractère particulièrement novateur. Le Plan national d'actions contre le suicide (PNACS) 2011-2014 rappelle dans son axe II, Mesure 2, Action 24, la nécessité de « Mettre en place des modalités spécifiques de prise en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide, reposant en partie sur des structures dédiées ».

b) Prévention du suicide chez les jeunes : une offre de prise en charge spécifique sur le territoire du Havre

Sur le territoire du Havre, la prévention du suicide chez les jeunes a été érigée en priorité et a donné naissance à un dispositif spécifique de prise en charge des adolescents : la Fédération des adolescents. S'il existe plusieurs « Maison des adolescents » sur le territoire haut-normand, la Fédération des adolescents havraise se distingue par la globalité de l'accompagnement proposé. Elle est composée de trois structures proposant un accompagnement singulier :

- La « Maison des adolescents », qui a pour vocation de prendre en charge en ambulatoire des adolescents âgés de 15 à 20 ans, vivant au Havre ou dans sa région et présentant des souffrances psychologiques, somatiques et psychiatriques. Elle est composée d'une équipe pluridisciplinaire (médecins psychiatres, psychologues, cadres de santé, infirmiers, soignants, diététiciens, gynécologues).
- « L'Accueil pour parents d'adolescents », lieu d'accueil, d'écoute et de conseil pour les adultes en situation de responsabilité parentale en souffrance ou en difficulté et confrontés au mal-être de l'adolescent. Des groupes de paroles collectifs et des entretiens individualisés sont proposés aux parents.

- Le « Service Equinoxe », service d'hospitalisation programmée pour des adolescents âgés de 12 à 17 ans en souffrance psychique ou présentant des troubles psychiatriques graves.

La fédération des adolescents s'inscrit dans un cadre de prévention primaire, puisqu'elle vise à intervenir auprès de jeunes dont l'idéation suicidaire a émergé mais n'ayant jamais fait de tentative de suicide. Son inscription dans un cadre de prévention primaire la rend autant spécifique que nécessaire tant la prise en charge des suicidaires se réalise souvent de manière secondaire. La Fédération des adolescents a noué un partenariat avec l'Association Fil Santé Jeunes, qui oriente vers elle des adolescents en souffrance. L'amélioration de la prise en charge du mal-être adolescent fait partie des objectifs fixés par le PNACS 2011-2014 (Axe II, Mesure 1).

c) Les groupes d'endeuillés

La création de groupes de paroles pour personnes endeuillées par le suicide d'un proche est une démarche régionale, partie du constat de 60 000 endeuillés par an et de l'inexistence d'offre d'accompagnement pour ces personnes. Le deuil faisant suite au suicide d'un proche présente des spécificités – mélange d'émotions contradictoires telles que la tristesse, la culpabilité mais aussi la honte résultant du caractère tabou du suicide, exposition à des pathologies (addictions, dépression)- qui constituent des facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire, justifiant une démarche de prévention. Les groupes de paroles sont proposés de manière fermée – composés de six à huit personnes tenues d'assister à l'ensemble des sessions- ou ouverte (participation libre, sans sélection ni engagement). Un partenariat avec le SAMU a été passé afin d'informer les endeuillés de l'existence des dispositifs. Les résultats positifs, révélés par l'évaluation qualitative réalisée, ont conduit à une expansion du dispositif sur les territoires d'Elbeuf et de Dieppe. Ce dispositif entre dans le cadre de l'axe I, Mesure 5: « Soutenir les personnes et les équipes endeuillées par le suicide ».

d) Les formations au repérage de la crise suicidaire

Les formations au repérage de la crise suicidaire ont été implantées sur le territoire haut-normand, sur le modèle des formations implantées en France par le Pr.TERRA dans la région Nord-Pas-De-Calais, après que la Conférence de consensus d'octobre 2000 lui a confié l'élaboration d'un référentiel de formations et leur mise en œuvre¹⁰. Elles consistent dans la formation d'acteurs tous azimuts pouvant être confrontés au suicide (infirmières scolaires, bailleurs, surveillants pénitentiaires, concierges d'immeubles, entreprises...etc.) au repérage de la crise suicidaire, à l'adoption d'un comportement adapté face à l'expression d'idées suicidaires, au dépassement des idées reçues sur le suicide et à la

¹⁰ Conférence de consensus sur « La crise suicidaire : mieux repérer et prendre en charge », octobre 2000, ANAES.

construction d'une culture commune entre tous les acteurs pour favoriser un travail partenarial. Afin de pérenniser le dispositif, des formateurs sont eux-mêmes formés et des évaluations annuelles sont réalisées. Portées par l'association « GRAFISM »¹¹, les formations au repérage de la crise suicidaire ont concerné 699 personnes en 2013 en Haute-Normandie. Le développement de formations au repérage de la crise suicidaire a été un objectif fixé par le PNACS 2011-2014 (Axe IV) et a fait l'objet d'un suivi par la Direction générale de la santé (DGS) en novembre 2014¹².

e) *Associations de prévention du suicide*

Sur le territoire de Rouen et du Havre, deux structures associatives composées de professionnels proposent un accompagnement thérapeutique pour des personnes souffrant de mal-être et ayant des intentions suicidaires. Sous la forme d'un Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), le Centre de lutte contre l'isolement et le suicide (CLCIS) propose des psychothérapies gratuites avec rendez-vous préalable et des ateliers thérapeutiques à des personnes en souffrance psychique mais n'ayant soit pas les moyens de consulter un professionnel, soit la crainte de se tourner vers le monde médical. Implantée au Havre, l'Association Réseau Prévention Suicide (ARPS) a créé un espace d'accueil, d'écoute et de conseils à destination de personnes exprimant des intentions suicidaires et de leurs proches. Véritable Centre intégré de prévention du suicide, l'ARPS propose un accompagnement thérapeutique par des professionnels pour des personnes exprimant des idées suicidaires mais aussi une permanence téléphonique bénévole.

L'ensemble de ces actions de prévention du suicide entre dans le cadre des objectifs formulés par le PNACS 2011-2014 et est complété en parallèle par un travail sur les données et actions ayant fait leurs preuves dans la prévention du suicide.

B) *La recherche de données et d'actions probantes dans la prévention du suicide*

Le PNACS 2011-2014 a érigé en priorité l'amélioration des connaissances autour du suicide et de sa prévention, par la recherche de données et actions ayant fait leurs preuves. Le PNACS a affirmé la volonté de renforcer la recherche de connaissances, spécifiquement sur deux points : les facteurs de vulnérabilité sur des tranches d'âges ou milieux spécifiques et l'évaluation des stratégies de prise en charge et de suivi, notamment de stratégies innovantes.

Si l'ARS Haute-Normandie est investie depuis une dizaine d'années dans la recherche des données et actions probantes en promotion de la santé, la volonté affirmée par le

¹¹ Groupement régional d'actions, de formation et d'information en santé mentale.

¹² « Suivi de la mise en œuvre régionale de formations à l'intervention de crise suicidaire sur la période 2011-2014 », Programme national d'actions contre le suicide, 2011-2014, Direction générale de la santé, Novembre 2014.

PNACS d'améliorer les connaissances sur les actions probantes de prévention du suicide a amplifié la réflexion en région. En avril 2014, un groupe de travail « Axes de recherche » à la DGS, constitué à la suite du PNACS, a relevé dans la littérature des éléments de comparaison concernant les modalités d'intervention sur les suicides, tentatives de suicide et idéations suicidaires. Présentées durant le dernier Comité de pilotage, les actions probantes de prévention du suicide retenues sont :

- La restriction des moyens létaux, qui a un impact positif sur les suicides.
- Le maintien d'un contact avec des personnes à risque de récurrence suicidaire, par téléphone, carte postale ou par distribution au patient d'une carte permettant sa ré-hospitalisation sur demande.
- Les lignes d'appel et d'écoute, ayant un impact positif sur les suicides et pensées suicidaires.
- La formation des médecins généralistes est efficace sur les suicides et pensées suicidaires à condition qu'elle soit continue au cours des années, dispensée à une large majorité de médecins et ciblée sur la pathologie dépressive.
- Les programmes en milieu scolaire, efficaces sur les tentatives de suicide et pensées suicidaires.
- L'organisation d'une prise en charge post-tentative de suicide, par des visites à domicile ou des thérapies sous forme familiale.
- Le suivi par un spécialiste : les études démontrent que les interventions les plus efficaces sont les interventions spécialisées (centres ou spécialistes) engageant directement un recours aux soins.
- L'information du public autour du suicide et de la dépression, sous forme de campagnes d'information.

Cette revue de littérature a servi de base à une réflexion régionale sur le type d'actions à renforcer ou implanter sur des territoires cibles. Les actions retenues comme probantes ont été présentées à tous les acteurs lors du dernier Comité de pilotage. L'ARS Haute-Normandie a toutefois rappelé la nécessité d'interroger la transférabilité des actions retenues, c'est-à-dire la mesure « dans laquelle les effets d'une intervention dans un contexte donné peuvent être observés dans un autre contexte. »¹³ L'ARS Haute-Normandie a également évoqué la difficulté à évaluer les résultats en matière de prévention du suicide. En effet, le lien entre action de prévention mise en œuvre et baisse des taux de suicide ou de récurrence doit nécessairement être pondéré tant les facteurs susceptibles d'exercer une influence sont nombreux dans le champ du suicide¹⁴.

¹³ CAMBON.L, MINARY.L, RIDDE.L, ALLA .F, « ASTAIRE : Outil d'AnalySe de la Transférabilité et d'accompagnement à l'Adaptation des InteRventions en promotion de la santé V2-2014 », Santé publique, Volume 788 26, N° 6, novembre-décembre 2014.

¹⁴ L'amélioration de la situation économique des habitants constitue par un exemple un facteur d'amélioration de la santé mentale, donc de réduction du passage à l'acte suicidaire.

Le travail mené par l'ARS Haute-Normandie autour du développement d'actions innovantes et probantes de prévention du suicide s'est accompagné d'une volonté d'améliorer le pilotage de la politique régionale de prévention du suicide.

1.2.2 Un objectif d'amélioration du pilotage de la politique régionale

Afin de renforcer la prévention du suicide sur le territoire haut-normand, l'amélioration du pilotage de la politique régionale est apparue nécessaire, d'abord par le renforcement de l'observation régionale autour du suicide (A), ensuite par l'élargissement des acteurs conviés au Comité de pilotage « Suicide » ayant lieu chaque année (B).

A) Le renforcement de l'observation régionale et de la déclinaison territoriale de la politique de prévention du suicide

L'amélioration de la prévention du suicide en Haute-Normandie est indissociable du renforcement des connaissances autour des publics-cibles et de la caractérisation du suicide sur le territoire. L'exigence de « disposer de données régionales régulières de qualité » a été rappelée par le PNACS 2011-2014 (Axe V, Mesure 1, Action 39) et a notamment conduit à inclure dans les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des ARS, un indicateur de réduction des taux de suicide parmi les indicateurs à suivi obligatoire. En parallèle, des dispositifs d'observation régionale épidémiologique ont été implantés. En 2008, sur le secteur de Vernon, un « Observatoire des tentatives de suicide » a été créé, en vue de mesurer annuellement le nombre de tentatives de suicide ayant eu lieu. Depuis 2008, ce sont plus de 700 tentatives de suicide qui ont été enregistrées à Vernon. La comparaison des données permet de détecter les récidivistes et multirécidivistes.

La conduite de l'étude « Le suicide en Haute-Normandie » par l'OR2S a également permis d'améliorer les connaissances sur le suicide dans la région, les publics les plus touchés (tranches d'âges et caractéristiques) et la réflexion sur les stratégies d'action à mettre en œuvre.

En parallèle, l'ARS Haute-Normandie a souhaité renforcer la déclinaison territoriale de sa politique de prévention du suicide. A cette fin, les Contrats locaux de santé (CLS) passés sur des territoires prioritaires, comprennent des actions de prévention du suicide, inclus dans le volet santé mentale. Pour exemple, à Vernon, la mise en place du CLS Risle-Charentonne a conduit à nommer un groupe de travail « Promouvoir une santé mentale positive », qui engage une réflexion sur les actions à implanter. Parmi elles, l'implantation d'un groupe d'endeuillés à Vernon est évoquée.

B) La structuration d'un Comité de pilotage « Suicide » élargi à l'ensemble des acteurs œuvrant pour la prévention du suicide sur le territoire.

Si auparavant le Comité de pilotage « Suicide » n'était composé que de professionnels œuvrant dans le champ de la psychiatrie publique, en particulier de formateurs GRAFISM, son élargissement à un panel d'acteurs plus vaste est apparu comme un facteur de décloisonnement et d'amélioration de la politique régionale de prévention du suicide. La période 2012-2015 a structuré un Comité de pilotage large et ambitieux, composé d'acteurs de la psychiatrie hospitalière publique mais aussi de leurs partenaires (Education nationale, Maison des adolescents...etc.), d'acteurs du champ associatif et de la Mutualité sociale agricole (MSA), qui mène des actions de prévention du suicide à destination de ses adhérents. Lors du dernier Comité de pilotage d'avril 2015, la volonté d'élargir encore le Comité de pilotage, notamment aux acteurs associatifs, a été réaffirmée afin de co-construire une stratégie globale de prévention.

Toutefois, si le Comité de pilotage a pour ambition de s'accorder sur des stratégies d'intervention concrète, les acteurs interrogés dans le cadre de ce mémoire ont déploré un Comité demeurant trop théorique et une stratégie d'action dont la lisibilité pourrait être améliorée.

Pour 2016, les priorités régionales de prévention du suicide retenues par le Comité de pilotage sont :

De manière transversale, l'inscription des actions réalisées dans le cadre des données probantes.

Au niveau régional,

- L'expérimentation du dispositif de « rappel téléphonique » sur le modèle lillois, porté par le Pr.G.VAIVA, dans la perspective d'un projet déployé à l'échelle de la Normandie, l'ARS Basse-Normandie étant engagée sur cette priorité.
- La poursuite d'échanges de pratiques inter-établissements.
- L'extension de l'action « groupes d'endeuillés » portée par le CHU de Rouen auprès d'équipes de psychiatrie volontaires.
- La proposition de l'intégration d'un module de formation « psychiatrie d'urgence » dans la formation universitaire des médecins.
- L'engagement d'une réflexion sur la place des associations d'écoute dans le dispositif de prévention du suicide.

Au niveau territorial, la mobilisation des territoires identifiés comme prioritaires pour établir un état des lieux de chaque territoire et un plan d'actions partagé.

L'engagement d'une réflexion sur la place des associations d'écoute dans la prévention du suicide fait partie des priorités identifiées par le dernier Comité de pilotage. La précision du rôle tenu par ces structures, en particulier dans le champ de la prévention du

suicide, correspond à une tendance nationale. En effet, le PNACS 2011-2014 prévoit dans son axe dédié à la prévention et la postvention (Axe 1) « l'amélioration, le développement et la connaissance des dispositifs d'intervention à distance dédiés à la prévention du suicide ». En parallèle, les études menées par l'INPES mais aussi l'invitation des acteurs à composer un groupe de travail « Associations d'écoute » par la DGS sont le signe d'une tendance nationale à l'évolution de la réflexion. La réalisation de ce mémoire a été l'occasion pour l'ARS Haute-Normandie de réaliser sa propre étude au plan régional, afin d'amplifier la réflexion en région et d'enrichir sa politique régionale de prévention du suicide.

2 Place et rôle des dispositifs bénévoles d'écoute dans la prévention du suicide en Haute-Normandie

Dans le champ de la prévention du suicide, les dispositifs bénévoles d'écoute tiennent une place singulière et historique. Qu'ils aient pour objet direct la prévention du suicide ou qu'ils proposent une écoute plus générale du mal-être et de l'isolement, les dispositifs bénévoles d'écoute sont nombreux à intervenir auprès de personnes exprimant des intentions suicidaires. Au niveau national, on estime que les dispositifs d'aide et d'écoute à distance dédiés à la prévention du suicide et du mal-être traitent plus de 700 000 appels par an¹⁵. Dans la région Haute-Normandie, on compte cinq structures intervenant dans le champ du suicide, proposant de l'écoute téléphonique à distance et/ou de l'accueil en face à face. Afin d'identifier la place et le rôle tenus par ces structures dans la prévention du suicide sur le territoire haut-normand, il convient dans un premier temps de dresser un état des lieux des structures existantes (2.1), avant d'étudier leur positionnement dans le système d'acteurs (2.2).

2.1 Etat des lieux des structures existantes

Afin de dresser un état des lieux exhaustif des structures existant sur le territoire, il s'agit d'étudier d'abord leur organisation sur le territoire (2.1.1) ensuite, leurs modalités de fonctionnement (2.1.2) et enfin les points forts et les faiblesses de leur intervention (2.1.3).

2.1.1 Organisation sur le territoire

Les structures bénévoles d'écoute apparaissent comme étant très diversifiées dans leur forme et dans leur organisation (A), et réparties inégalement sur le territoire en ne faisant référence ni au maillage territorial, ni à la stratégie régionale de prévention (B).

A) Des structures très diversifiées

Les structures bénévoles d'écoute réparties sur le territoire haut-normand ont des formes et des organisations très diversifiées. La majorité des structures, qui sont l'objet de cette étude, ont un caractère associatif et sont composées de bénévoles. Une structure se distingue par son statut d'association d'adhérents, composée d'anciens malades ayant souffert de dépression (France Dépression Normandie). L'ancienneté des structures varie. Deux structures ont été créées dans les années 1960-1970, dont la plus ancienne est SOS Amitié (1965). Trois structures ont été créées dans les années 1990-2000.

L'ensemble des structures interrogées est affilié à une fédération ou une association au plan national. Deux structures ont un caractère local (SOS Amitié, implantée au Havre et

¹⁵ PNACS 2011-2014, p.17

à Rouen), trois ont une vocation supra-départementale voire régionale (France Dépression Normandie, La Porte Ouverte, SOS Suicide Phénix) et deux sont des lignes nationales, mais dont l'une a la particularité d'avoir noué des dynamiques partenariales en région (Fil Santé Jeunes). Les vocations locales ou régionales des structures sont toutefois à pondérer car les structures reçoivent et répondent à des appelants provenant d'autres régions, a fortiori lorsqu'il n'existe pas d'antenne régionale dans la région d'appel. En ce qui concerne SOS Amitié, la Fédération a affiché sa volonté de rapprochement des antennes, par le biais notamment de la nomination d'un Délégué régional, dans chaque région afin de coordonner les antennes locales¹⁶.

Le lien entre Fédération ou association au niveau national et antenne varie en fonction des structures. Pour la plupart, le niveau national est garant de la cohérence des interventions, en définissant les grandes orientations et en se faisant l'interlocuteur privilégié des pouvoirs publics et des médias, tandis que l'antenne inscrit son action dans son territoire d'implantation et ses dynamiques. Afin de garantir des modalités d'intervention similaires sur les territoires, c'est en général le niveau national qui définit les chartes déontologiques guidant les interventions des structures (principes, éthique, obligations). Chaque antenne locale définit de manière autonome ses modalités d'intervention et son organisation, en fonction des besoins constatés sur le territoire et de ses capacités. Les antennes bénéficient de leur indépendance financière, puisqu'elles gèrent leur budget, leurs horaires et le recrutement de leurs bénévoles.

Si les structures ont leur propre organisation, elles sont aussi réparties sur le territoire de manière inégale, sans référence à un maillage territorial ou à la stratégie régionale de prévention du suicide mise en place par l'ARS Haute-Normandie.

- B) Des structures éparses, créées à partir de l'identification d'un besoin sans référence au maillage territorial et à la stratégie régionale de prévention du suicide et n'ayant pas toujours pour objectif explicite la prévention du suicide

Les antennes des associations d'écoute sont inégalement réparties sur le territoire haut-normand. Trois structures sont implantées sur le territoire de Rouen (France Dépression Normandie, La Porte Ouverte, SOS Amitié Rouen) et deux structures sont sur le territoire du Havre (SOS Suicide Phénix, SOS Amitié Le Havre). Cette répartition inégale des structures sur le territoire ne pose pas de difficulté pour les dispositifs d'écoute, puisque les appelants émanent de l'ensemble de la région. En revanche, les structures proposant de l'accueil physique déplorent l'inaccessibilité de leurs dispositifs pour certains usagers. France Dépression Normandie exprime par exemple le regret de ne pas pouvoir intervenir auprès d'usagers dieppois, dont elle reçoit des demandes fréquentes. La même

¹⁶ La nomination d'un délégué régional afin de coordonner les actions de SOS Amitié a été évoquée lors du colloque réalisé à l'occasion des cinquante ans de l'association, à Rouen, en juin 2015.

problématique se pose pour des usagers ayant une mobilité réduite, dont l'accessibilité aux structures est rendue difficile.

Lorsqu'on les interroge, les structures justifient toutes leur ancrage territorial par l'identification d'un besoin local, sans faire référence à la stratégie régionale de prévention du suicide ou au maillage territorial. SOS Amitié et La Porte Ouverte se sont mises en place à l'initiative de militants engagés dans l'écoute, qui avaient constaté la nécessité de répondre à un sentiment d'isolement et de mal-être, de rupture du lien social ayant tendance à se généraliser. Il en va de même pour France Dépression Normandie, créée sur le constat de l'insuffisance d'offre de soin et d'accompagnement proposé aux malades dépressifs et la croyance en la plus-value d'une intervention non-médicale par des pairs ayant souffert de la même pathologie. La naissance des structures d'écoute sur la base de besoins identifiés et non couverts conduit pour la majorité au sentiment de pallier les carences des organismes publics. Aucune référence n'est faite à la stratégie régionale de prévention du suicide, qui apparaît comme étant peu lisible pour les structures bénévoles d'écoute. Toutefois, le fait pour l'ensemble des structures interrogées de bénéficier de financements de la part de l'ARS, conduit à la conformité de leurs interventions aux objectifs du Projet régional de santé.

Sur les sept structures interrogées, la plupart n'ont pas pour objet explicite de prévenir le suicide. Si deux associations centrent leur intervention sur des personnes exprimant des idées suicidaires (Suicide Ecoute, SOS Suicide Phénix), le reste intervient auprès de personnes exprimant un mal-être, une situation d'isolement social ou souffrant de dépression. SOS Amitié, structure la plus active et la plus connue parmi les acteurs locaux, par le biais de partenariats passés avec eux, n'a pas pour objet explicite de prévenir le suicide ou de répondre aux personnes souffrant de dépression mais de traiter les situations d'isolement. Pour autant, sur les 7145 appels reçus en 2014, 54 appels ont émané de personnes exprimant des idées suicidaires et 4 de personnes ayant déjà fait une tentative de suicide. Selon France Dépression Normandie, 8% des appels reçus concernent des personnes exprimant des intentions suicidaires. La majorité des structures non dédiées à la prévention du suicide ne proposent pas d'orientation à l'appelant qui exprime des idées suicidaires. Seule France Dépression Normandie oriente les appelants vers des structures territoriales dédiées. Certaines structures orientent l'appelant par exception – en général face à une situation considérée comme urgente- à des structures dont elles ont connaissance, sans référence à un annuaire des ressources existantes sur le territoire.

2.1.2 Fonctionnement des structures

L'étude du fonctionnement des structures bénévoles d'écoute est essentielle pour étudier leur rôle dans la prévention du suicide. Afin de décrire leurs modalités de fonctionnement,

il s'agit d'analyser leur activité (A) et leurs modalités d'intervention, depuis leurs horaires jusqu'à leurs principes d'intervention (B).

A) Activité des structures bénévoles d'écoute

Les structures bénévoles d'écoute réalisent principalement une activité d'écoute, aux côtés d'activités annexes (a) pour des appelants dont certains profils ont pu être identifiés (b).

a) *Une activité d'écoute multiforme et des activités annexes*

L'activité principale des structures bénévoles est l'activité d'écoute, qui peut revêtir des formes différentes : écoute par téléphone, écoute par tchat ou messagerie informatique, écoute en face à face.

La majorité des structures propose une écoute par téléphone. Les structures dédiées à l'écoute téléphonique proposent une écoute permanente, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. C'est le cas de SOS Amitié et de Suicide Ecoute, dont les équipes de bénévoles se relaient par tranches horaires, quatre heures d'écoute en journée et douze heures la nuit. Les structures qui proposent d'autres activités en annexe mettent à disposition une ligne téléphonique à des horaires précis, telle que SOS Suicide Phénix, qui proposent un créneau d'écoute de deux heures, entre 12h et 14h. L'activité d'écoute se fait majoritairement sur une ligne téléphonique dédiée, à l'exception d'une structure au sein de laquelle les bénévoles répondent sur leur ligne privée. Lorsqu'il s'agit d'une antenne locale, en l'absence de bénévoles, l'appel est transféré vers une autre antenne. L'activité d'écoute est réalisée par un seul écoutant, dans un local dédié et insonorisé, sauf périodes de formation. Aucun protocole d'écoute n'est établi, même si l'écoute est réalisée de la même manière pour chaque appel. Aucun profil d'appelant n'est tenu après la conversation. A l'exception de Suicide Ecoute, qui propose une écoute illimitée, les structures limitent les conversations à trente minutes. Les appels sont pris sans rendez-vous, indifféremment par les bénévoles, sans que l'appelant puisse demander à parler à un bénévole en particulier. Seule France Dépression Normandie propose un dispositif de rappel, par le biais de fiches contenant les coordonnées des appelants souhaitant être recontactés. Les structures tenant une permanence téléphonique évoquent la surcharge de leurs lignes téléphoniques. Selon SOS Amitié, un appel sur quatre est manqué faute de bénévoles.

Afin de s'adapter à un public plus jeune, dont « la voix peut constituer un frein à la communication »¹⁷, certaines structures ont développé un service d'écoute par tchat ou messagerie informatique. Cette modalité est proposée par Fil Santé Jeunes, dont le

¹⁷ Fil Santé Jeunes, lors d'un entretien.

service tchat occupe quasiment la moitié de son activité. SOS Amitié s'est doté d'un tel service en 2005, disponible 7 jours sur 7, de 17 heures à 1 heure.

Trois structures proposent une écoute en face à face, avec ou sans rendez-vous, à des temps réservés ayant lieu deux à trois par semaine, pour des créneaux horaires de deux à trois heures. Les principes sont les mêmes que pour l'écoute téléphonique. Une seule structure propose de « l'aller vers », en allant au Centre hospitalier du Rouvray, proposer une écoute en face à face aux patients, familles et professionnels (La Porte Ouverte).

Certaines structures ont développé des actions de sensibilisation et d'information. France Dépression Normandie tient plusieurs fois par mois un forum, destiné à sensibiliser sur la dépression. Les structures locales interrogées se rendent annuellement au forum des associations pour faire connaître leur action.

France Dépression Normandie propose en outre des groupes de paroles collectifs et des évènements ou sorties organisés pour ses adhérents.

b) Profils d'appelants

Les principes d'anonymat et de non-directivité de l'écoute respectés par les structures les empêche d'obtenir des informations identifiantes à propos des appelants et rend difficile la tenue de profils-types d'appelants, fondés sur des données statistiques. Parmi les structures interrogées, deux structures seulement réalisent un travail statistique régulier. Il ressort des statistiques réalisées sur les appels reçus en 2013 et 2014, qu'une structure a accepté de me transmettre, les données suivantes :

En ce qui concerne les plages horaires, la majorité des appels a lieu entre 12 heures et 16 heures (35,52% des appels) et 8 heures et 12 heures (29,95% des appels).

42,34% des appels sont le fait d'habitues, c'est-à-dire d'appelants chroniques et 20,95% de nouveaux appelants.

La plupart des appelants sont concernés par la tranche d'âge 46-65 ans (42,37% des appels) et 26-45 ans (42,06% des appels). Les appels proviennent d'hommes plus que de femmes.

Les situations évoquées au cours des conversations ont concerné la vie personnelle des appelants (47,23% des appels), la santé (24,34% des appels dont la plupart ont concerné la santé physique, le suivi psychologique, la maladie mentale puis la dépression). 50 appels ont émané de personnes suicidaires et 4 de suicidants.

En 2014, les appels émanant de suicidaires et suicidants ont légèrement augmenté (54 suicidaires, 9 suicidants). Les tendances observées restent les mêmes, avec une augmentation du nombre d'appels (7145 appels en 2014 contre 6754 en 2013).

B) Modalités d'intervention des structures bénévoles d'écoute

Les modalités d'intervention des structures bénévoles d'écoute sont à étudier sous le prisme des principes guidant leur intervention (a), du recrutement de leurs membres (b), des formations et de la supervision dont elles bénéficient (c) et de leurs modalités de financements (c).

a) *Principes d'intervention*

La majorité des structures bénévoles d'écoute interrogées respectent des principes faisant office de cadre à leur intervention et inscrits dans leurs chartes déontologiques. Trois structures sur les six interrogées appliquent les principes de « l'écoute active », définis par C.ROGERS : une écoute non-directive, c'est-à-dire ne consistant pas dans la délivrance de conseils ou d'injonctions, non jugeante, centrée sur la personne et fondée sur l'empathie. Le principe d'écoute non-directive empêche toute orientation de l'appelant vers une structure de prise en charge, qui pourrait s'apparenter à une injonction de soin ou plus globalement à un conseil de prise en charge. Outre le principe de gratuité, le principe d'anonymat est appliqué de manière stricte. Les bénévoles ne donnent ni ne demandent à l'appelant aucune information identifiante. Chez SOS Amitié, les bénévoles n'ont pas le droit de dévoiler qu'ils sont écoutants, y compris à leurs proches. Le respect strict du principe d'anonymat entraîne chez les bénévoles une réticence à participer à des événements publics, conférences ou passage à la télévision, qui peut nuire à leur médiatisation. Deux autres structures appliquent les principes de J.ROCHETTE, dont elles bénéficient de formations sur la relation d'aide. Une seule structure interrogée ne fait pas référence à des principes particuliers mais fonde son intervention sur l'expérience de ses bénévoles.

b) *Recrutement des bénévoles*

En dépit d'un manque de bénévoles qu'elles déplorent unanimement, la majorité des structures garde une exigence élevée au niveau du recrutement de ses membres. Le recrutement consiste d'abord dans des entretiens réalisés soit par un professionnel psychologue, soit par des anciens bénévoles. Si l'issue de l'entretien est favorable, le futur bénévole débute le programme de formation initiale. Cette exigence dans la sélection des bénévoles entraîne un coût. Les abandons et défections en cours de formation sont fréquents, que les structures expliquent par le fait que les volontaires « s'attendent en général à autre chose que l'écoute non-directive ». Selon la Porte Ouverte, pour pouvoir former deux bénévoles, sans l'assurance qu'ils n'abandonnent pas, l'association doit en écouter douze.

c) Formation et supervision

Il n'existe pas de socle commun de formation pour les structures bénévoles d'écoute. Chaque structure a recours à son propre programme de formation, réalisé par des professionnels qui varient en fonction des structures. La majorité des structures interrogées combine un programme de formation initiale, ayant lieu après le recrutement des bénévoles et un programme de formation continue. La formation initiale comporte une partie théorique, réalisée par un psychologue et consistant essentiellement dans l'apprentissage des principes de C.ROGERS, et une partie pratique comportant des mises en situation et des jeux de rôles. En fin de formation, les futurs bénévoles sont confrontés à l'activité d'écoute. Après une plage « d'écoute passive » de quatre heures, durant laquelle le futur bénévole ne parle pas avec l'appelant mais écoute la conversation ayant lieu avec un écoutant, il est mis en situation d'écoute active durant quatre heures, accompagné d'un écoutant. Une seule structure d'écoute sur l'ensemble des structures interrogées ne prévoit pas de programme de formation initiale. Elles bénéficient cependant toutes d'un programme de formation continue, dont la densité varie en fonction des structures. Trois structures ont bénéficié des formations au repérage de la crise suicidaire, dispensées par l'association GRAFISM.

A l'exception de SOS Suicide Phénix, les structures interrogées n'ont pas recours à l'analyse des pratiques professionnelles. Deux structures ont recours à un dispositif de « supervision ». Par sessions de deux heures ayant lieu toutes les trois semaines, les bénévoles reviennent avec une psychologue clinicienne sur les situations concrètes rencontrées et s'interrogent sur leur positionnement.

Une structure interrogée se dit favorable à l'instauration de programmes de formation communs à d'autres associations.

d) Financements

Les structures bénévoles d'écoute bénéficient de sources de financements variées. La majorité des structures est hébergée gratuitement par la ville ou bénéficie de financements provenant de la mairie pour le loyer dont elle s'acquitte. Les plus gros financements proviennent ensuite de l'ARS, qui finance trois structures sur la base de leur projet de formation et leur programme d'activité, à hauteur de 1500 à 2000 € par an, et du Conseil Général, qui finance deux structures à hauteur de 800 à 2000€ par an. Certaines structures bénéficient de financements provenant de Mutuelles, dont La Matmut qui finance une structure à hauteur de 1500 € par an, AG2R ou la MAIF qui financent certains programmes de formation spécifiques (formation sur l'accompagnement des personnes âgées, le suicide...etc.), du Régime social des indépendants (RSI), des dons (entreprises, bénévoles, anciens membres). SOS Amitié bénéficie en outre de financements provenant de la MSA dans le cadre du partenariat passé pour le dispositif « Agri'Ecoute » à

destination des agriculteurs. France Dépression Normandie est financée majoritairement par les cotisations de ses adhérents, et bénéficie de financements ARS pour ses programmes de formation. Les frais qui exposent les structures aux coûts les plus importants sont les frais de fonctionnement, comprenant l'assurance (environ 600€ par an) et les charges de fonctionnement (frais d'imprimerie...etc.)

Lors des entretiens, l'ensemble de ces modalités d'intervention est présenté par les structures comme un point qui, soit les renforce, soit les fragilise.

2.1.3 Forces, faiblesses et besoins des structures bénévoles d'écoute

Le recoupement des entretiens réalisés a permis de faire émerger certains points communs entre les structures, qui concernent leurs points forts (A), leurs faiblesses (B) et les besoins qu'elles expriment (C).

A) Points forts, facteurs de réussite des structures

Lors des entretiens, les structures présentent unanimement comme points forts leurs principes d'intervention (a) et leur caractère non-médical (b).

a) *Principes d'intervention*

Les principes d'intervention des structures bénévoles d'écoute – socle commun de l'écoute à caractère bénévole – que sont la non-directivité, le non-interventionnisme, la disponibilité, l'anonymat et la gratuité de l'appel, sont présentés par l'ensemble des structures interrogées comme un facteur de réussite et d'efficacité de leur intervention. Les dispositifs bénévoles d'écoute sont d'abord d'une grande disponibilité pour les appelants, qui les distingue des acteurs professionnels et leur donne le sentiment d'être complémentaires dans le champ de la santé mentale. Leur disponibilité quasi-permanente permet une écoute globale, dans un cadre libre qui favorise la parole de l'appelant. La gratuité est également citée comme l'une des raisons principales du succès des dispositifs. La non-directivité de l'écoute est présentée comme un point essentiel de leur action, même si elle peut s'avérer « contrariante » pour certains appelants, ayant envie d'être guidés et conseillés dans leur situation. Aucune structure ne considère ces principes comme pouvant constituer une limite mais estime que c'est un cadre essentiel à leur action. Toutefois, la littérature identifie parfois d'autres facteurs d'efficacité. L'étude conduite par Daigle et Mishara entre 2002 et 2005 sur 617 appels téléphoniques provenant de 263 sujets suicidaires, a révélé qu'une conversation plus directive, axée sur la résolution des problèmes mais fondée d'abord sur l'empathie montre des résultats significatifs supérieurs à une écoute non-directive¹⁸.

¹⁸ MISHARA.B-L, DAIGLE.M-S, *Effects of different telephone intervention styles with suicidal callers at two suicide prevention centers: an empirical investigation*, <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/hardy.html>

b) Caractère non médical

Le caractère non médical des structures est un aspect fondamental de leur intervention, présenté comme attrayant, pour trois profils d'appelants : des appelants ayant déjà connu une prise en charge soignante, a fortiori en milieu hospitalier, rejetant et craignant une nouvelle prise en charge, des patients exprimant une souffrance psychique intense mais craignant d'être considérés comme malades, des patients ayant une méconnaissance du système de soin et des structures auxquelles s'adresser. Pour les structures bénévoles d'écoute, l'absence « d'étiquette médicale » leur permet d'accompagner un public ne pouvant être pris en charge dans le système de soin, soit en raison de son hostilité au monde médical, soit en raison de sa méconnaissance des structures de prise en charge existantes et les rend, en cela, complémentaires. Le caractère non-médical de leur intervention est aussi facteur de liberté, pour la parole de l'appelant et pour l'intervention de l'écouter qui se réalise « dans un cadre plus souple, dont les appelants nous sont reconnaissants. » L'efficacité du caractère non-médical dans l'intervention des structures est renforcée lorsqu'il s'agit d'appelants ayant déjà bénéficié d'une prise en charge médicale par le passé. C'est majoritairement le cas des personnes souffrant ou ayant souffert de dépression, qui trouvent chez France Dépression Normandie un accompagnement non-médical et fondé sur l'expérience de la maladie.

B) Faiblesses et fragilités des structures

Les structures interrogées identifient différents points de fragilité consistant dans leur manque de moyens humains et financiers (a), l'insuffisance de leurs programmes de formation (b) et la faible connaissance qu'elles ont des profils d'appelants et des dispositifs de prise en charge existants sur le territoire (c).

a) Un manque de moyens humains et financiers

Au plan humain, la majorité des structures interrogées déplore une raréfaction des bénévoles, expliquée d'abord par une crise affectant le bénévolat en France confirmée par les tendances nationales¹⁹, mais également par un manque d'attractivité de l'activité d'écoute, dont les principes ne correspondent souvent pas à ce qu'attendent les volontaires pour être bénévoles. Le maintien d'une exigence élevée dans la sélection des bénévoles (tests, entretiens psychologiques, formation initiale) ne contribue pas à une augmentation favorable des équipes, bien que la part élevée de retraités parmi les bénévoles rende nécessaire des recrutements supplémentaires (renouvellement nécessaire des équipes, usure des bénévoles...etc.) et interroge sur l'avenir des structures. Ce manque de moyens humains a des conséquences sur la qualité de l'écoute proposée : surcharge des lignes téléphoniques, amoindrissement de la stabilité des

¹⁹ BAZIN C., MALET.J, *Les bénévoles et la crise*, Enquête annuelle, 10^e édition, 2013.

équipes...etc., et conduit à un sentiment de frustration parmi les bénévoles interrogés. SOS Amitié Rouen, composée de douze bénévoles, considère que quarante bénévoles à temps complet seraient nécessaires pour faire fonctionner correctement la structure.

Au plan financier et matériel, l'ensemble des structures interrogées évoque un manque de moyens. Certaines structures se disent en situation de précarité financière. La raréfaction et la diminution des financements perçus est une crainte pour l'avenir : plusieurs structures évoquent la cessation de leur activité si l'un des financements dont elle bénéficie venait à être supprimé. Le manque de moyens financiers peut conduire à une baisse de qualité de l'écoute proposée. Pour exemple, deux structures interrogées partagent les locaux dédiés à l'écoute en face à face de l'utilisateur, ce qui oblige à une organisation contraignante et peut présenter certaines difficultés (confidentialité...etc.) Si toutes les structures interrogées font part d'un manque de moyens, elles ne requièrent pour la plupart aucune augmentation des financements, à la condition que ceux-ci ne baissent pas davantage. Les structures bénévoles redoutent un appel au secteur privé, en particulier aux laboratoires pharmaceutiques, qui apparaissent comme des financeurs potentiels mais présentant un risque pour l'indépendance de l'activité. La création de la grande région Normandie ne fait que renforcer l'appréhension de la baisse ou de la suppression des financements perçus par les structures.

b) Des programmes de formation hétérogènes

Les structures interrogées présentent une appétence variée pour les programmes de formation. Si certaines structures apparaissent comme particulièrement rigoureuses concernant les programmes de formation continue dispensés aux bénévoles (demandes de formation régulières, supervision et échanges de pratiques, retours d'expériences organisés avec d'autres associations bénévoles d'écoute...etc.) - rigueur justifiée par la volonté d'améliorer leur intervention mais aussi d'accroître leur légitimité auprès des professionnels- d'autres structures présentent un intérêt moindre pour les programmes de formation continue. Les financements dédiés aux formations sont parfois utilisés pour des formations n'ayant pas de lien direct avec l'activité d'écoute proposée. Pour exemple, une structure a bénéficié d'une formation concernant « l'écoute en prison » alors qu'elle n'intervient pas en milieu pénitentiaire. Dans ce cas, le suivi ou non de la formation dépend plus de l'appétence individuelle des bénévoles pour un sujet que du besoin d'améliorer leur intervention. De ce manque de formation peut résulter une mise en difficulté des bénévoles face à des situations jugées complexes, telles que les appels émanant d'habités - caractérisés par le fait que l'aide apportée à l'appelant ne conduit pas à une amélioration durable et apparente de sa situation²⁰ - , les appels émanant de

²⁰ MISHARA.B-L, DAIGLE.M-S, *Effects of different telephone intervention styles with suicidal callers at two suicide prevention centers: an empirical investigation*, <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/hardy.html>

personnes en situation de solitude affective exprimant des attentes autres qu'une écoute non-directive ou bien les appels émanant de personnes suicidaires, évoquant un passage à l'acte en cours de conversation. Le manque de formation des bénévoles couplé à l'absence de protocoles d'écoute venant guider les conversations téléphonique induit des différences qualitatives dans l'écoute proposée aux appelants par les bénévoles. Il peut aussi amener un manque de légitimité vis-à-vis des professionnels, qui s'avère préjudiciable, en particulier aux associations inscrivant leur intervention dans un programme de formation continue exigeant. La majorité des structures interrogées se dit favorable à la mise en place de modules de formation communs entre associations.

c) Une faible connaissance des profils d'appelants et des structures existantes sur le territoire

En raison du manque d'outils de suivi des bénéficiaires et des principes d'intervention des structures, les associations n'ont que très peu d'informations sur les profils d'appelants auxquels elles apportent une aide. Les associations réalisant un travail statistique sur les appels reçus sont peu nombreuses. Ce manque de données sur les profils d'appelants les plus fréquents peut nuire à la qualité de l'écoute prodiguée, en ne permettant aux bénévoles ni de suivre des formations continues ciblées sur l'accompagnement des profils d'appelants les plus fréquents, ni d'apporter une réponse homogène et travaillée en amont, à un profil d'appelant spécifique. Pour exemple, la connaissance du nombre d'appels émanant d'appelants présentant des troubles psychiques pourrait permettre de renforcer, ou non, les formations sur la maladie mentale. Par ailleurs, la faible connaissance des profils d'appelants que les structures accompagnent, en particulier de l'origine géographique des appels, nuit à la lisibilité de leur action sur le territoire et peut apparaître comme un obstacle à la valorisation de leur rôle à l'échelon régional.

Ensuite, le principe de non-directivité des structures ainsi que le refus d'orienter l'appelant vers une structure de prise en charge, conduisent dans la pratique à une méconnaissance par les associations bénévoles d'écoute, des structures de prise en charge existantes sur le territoire. Parmi les associations interrogées, aucune ne tient un annuaire actualisé des structures existantes sur le territoire, ce qui pose la question de la postvention.

C) Besoins des structures bénévoles d'écoute

Outre les besoins liés au manque de moyens humains et financiers et au manque de formations, les structures bénévoles expriment majoritairement un besoin de communication et de médiatisation autour de leur travail, afin de les faire connaître en priorité auprès du public, ensuite des professionnels. Les structures interrogées déplorent le coût élevé des opérations de communication et requièrent des financements supplémentaires à cette fin. Les structures spécialisées dans la prévention du suicide évoquent en outre leur difficulté à développer la communication à destination d'un public

suicidaire, dont les caractéristiques diffèrent d'une approche populationnelle classique et nécessitent des moyens spécifiques. Le développement d'un réseau, en particulier avec la presse ou avec les élus locaux, apparaît comme une condition essentielle pour se faire connaître, ce qui engendre des inégalités au sein des structures et une forme de concurrence entre elles. Au cours des entretiens, l'ARS est citée comme une institution pouvant aider les structures bénévoles d'écoute à se faire connaître, par l'octroi de financements dédiés, par l'intégration des structures à des événements de travail ou outils d'animation territoriale tels les CLS, ou bien par le développement d'actions de sensibilisation autour de l'activité d'écoute.

Certaines structures expriment des besoins en termes d'organisation. La mise en place de fonctions support (secrétariat, coordination...etc.) est évoquée afin d'améliorer la structuration de leur activité. Le développement de la coordination au sein des structures bénévoles d'écoute est interrogé, au niveau national et local. Chez Suicide Ecoute, la nomination d'un coordonnateur est actuellement évoquée. SOS Amitié a exprimé sa volonté de nommer pour chaque secteur d'intervention, un référent régional.

Si les structures identifient des points de fragilité et expriment des besoins, la principale difficulté qui ressort du travail mené concerne le positionnement des structures bénévoles d'écoute dans le système d'acteurs.

2.2 Inscription des dispositifs dans le système d'acteurs

L'étude du positionnement des structures bénévoles d'écoute au sein du système d'acteurs est essentielle afin d'identifier le rôle qu'elles tiennent dans la prévention régionale du suicide. L'inscription des dispositifs dans le système d'acteurs se heurte à deux obstacles : le manque de collaboration entre bénévoles et professionnels (2.2.1), le manque de coopération entre les structures bénévoles d'écoute elles-mêmes (2.2.2).

2.2.1 Un manque de collaboration entre bénévoles et professionnels

L'étude du positionnement des structures bénévoles et l'interrogation des acteurs font apparaître l'existence d'un clivage important entre bénévoles et professionnels œuvrant dans le champ de la prévention du suicide. Les dispositifs bénévoles sont, pour la plupart, méconnus des professionnels (A) et critiqués (B). Les modalités de partenariat existant entre professionnels et bénévoles sont très réduites (C). Les bénévoles et les professionnels ont une vision différente du rôle devant être tenu par les structures bénévoles d'écoute (D).

A) Des dispositifs bénévoles souvent méconnus des professionnels

Les professionnels ont une connaissance assez faible de l'activité des structures et de leur présence ou non, sur leur territoire d'intervention. Certaines structures bénévoles sont connues des professionnels grâce à leur affiliation à une fédération nationale telle

SOS Amitié, mais ne sont pour autant pas identifiées comme ayant un rôle direct auprès de publics suicidants et de suicidaires. D'autres structures sont connues grâce à leur participation à des formations, notamment les formations au repérage de la crise suicidaire, ou bien grâce à leur bonne implantation locale. Cette méconnaissance existe en dépit des efforts de communication réalisés par les structures bénévoles. La plupart des associations bénévoles d'écoute dispose d'une plaquette de communication, qu'elle a souvent envoyée aux professionnels œuvrant sur le territoire, et communique autour de son action par le biais des médias locaux (radios, presse locale...etc.) Les professionnels rencontrés connaissent mal l'activité des structures bénévoles d'écoute, au plan de leurs modalités d'intervention (chartes, principes d'intervention) et d'organisation (implantation sur le territoire, financements...etc.) Les structures bénévoles interrogées ont conscience de cette mauvaise connaissance de leur activité par les professionnels. Elles l'identifient comme une difficulté majeure et une priorité dans leur stratégie d'intervention. Si la majorité des professionnels œuvrant dans le champ de la prévention du suicide n'ont pas d'idée précise concernant le travail réalisé par les associations d'écoute, la perception générale qu'ils ont des structures les amène à formuler d'importantes critiques envers leur activité.

B) Des dispositifs bénévoles critiqués par les professionnels

Les professionnels formulent de nombreuses critiques à propos des dispositifs bénévoles d'écoute, portant sur leurs principes d'intervention (a), leurs programmes de formation (b), le manque de contrôle exercé sur leur activité (c) et leur positionnement vis-à-vis du monde médical (d).

a) *Des principes d'intervention mal acceptés par les professionnels*

Les critiques émises par les professionnels concernent essentiellement les principes d'intervention des structures bénévoles d'écoute et se cristallisent autour des principes de non-directivité et d'anonymat. Ces principes ne pas sont cités globalement par les acteurs comme étant critiquables – les professionnels reconnaissent leur efficacité auprès de personnes souffrant de mal-être psychique et ne souhaitant pas s'adresser au monde médical- mais l'application du principe d'anonymat et de non-directivité, induisant une forme de non-interventionnisme est jugée problématique dès lors qu'il s'agit d'un public suicidant et suicidaire : « Que les structures bénévoles d'écoute ne cherchent pas à identifier l'appelant dès le début de la conversation, c'est normal, mais qu'elles en fassent une interdiction de principe, c'est dangereux. » Le refus d'intervenir de manière systématique auprès d'un appelant exprimant des idées suicidaires, par l'orientation de celui-ci vers une structure de prise en charge ou par l'appel des secours en cas de menace de passage à l'acte, est perçu par certains professionnels comme dangereux et pouvant être assimilé à une forme de non-assistance. Certains professionnels considèrent

qu'en outre qu'une écoute non-directive peut exposer l'appelant à un risque supplémentaire de passage à l'acte, en raison du défaut d'intervention et d'autoentretien de sa situation. Le non-interventionnisme est très mal perçu des professionnels dans un domaine présentant des caractères de gravité et d'urgence.

b) Des insuffisances de formation qui induisent un manque de légitimité auprès des professionnels

La formation des structures bénévoles est globalement perçue comme insuffisante par les professionnels, a fortiori en ce qui concerne l'intervention auprès de publics suicidaires ou suicidants. La plupart des professionnels rencontrés reconnaît les intentions positives des bénévoles de l'écoute mais estime que leur intervention manque de professionnalisme : « C'est un vrai métier que de recueillir la parole d'un suicidaire. », « Leur efficacité relève du bon sens : oui, parler à quelqu'un fait du bien. Mais je souhaiterais avoir des preuves, savoir ce qu'elles répondent à quelqu'un qui est complètement mélancolique. », « 90% des gens qui se suicident ont une pathologie mentale, en premier lieu la dépression. Comment peut-on confier la prévention du suicide à des gens qui ne sont pas formés sur la dépression ? ». L'expérience des bénévoles, acquise par leur parcours ou par la souffrance de la maladie, n'est pas perçue comme suffisante pour agir positivement auprès de suicidaires et de suicidants : « Un ancien malade ne fait pas un bon écoutant. » Toutefois, l'ensemble des professionnels interrogés ne se dit pas réfractaire à former des bénévoles de l'écoute. Un professionnel propose de se positionner comme « personne-ressource » pour les associations, qui pourraient le contacter, bénéficier de formations et de conseils en l'échange de retours d'expérience et d'orientation de l'appelant vers la structure de prise en charge qu'il a créée. Cet échange réciproque de savoirs apparaît comme une solution efficace, pour introduire des dynamiques partenariales positives et reconnaître le travail réciproque des acteurs, y compris des bénévoles qui ressentent « une forme de suffisance » à l'égard de leur action alors qu'ils se sentent « maillons d'une chaîne » en ce qu'ils « contribuent au champ thérapeutique. »

c) Un manque de contrôle sur l'activité des structures bénévoles

Certains professionnels expriment un malaise vis-à-vis du manque de contrôle exercé sur les structures bénévoles d'écoute, en raison notamment du principe de liberté associative, principe identifié comme un frein à l'évolution des pratiques des bénévoles dans un sens convergeant vers les attentes des professionnels. Le défaut de contrôle et d'évaluation de l'activité des associations suscite chez les professionnels une interrogation sur la qualité de l'écoute et le service rendu par les associations. L'intégration des structures bénévoles d'écoute au système de santé et donc à la politique de prévention du suicide, doit être conditionnée, pour certains professionnels, à des modalités de contrôle similaires à celles dont ils font l'objet : « L'hôpital est contrôlé, régulé, certifié. Notre efficacité est jugée à

l'aune de la Haute autorité de santé. Qui contrôle les associations? ». Le manque de contrôle des associations contribue à renforcer les clivages existants dans le champ de la santé mentale. Pour certains professionnels, les associations bénévoles d'écoute peuvent être comparées aux professionnels psychothérapeutes, dont l'activité et les modalités d'intervention ne font l'objet que de peu de contrôle.

d) *Un positionnement vis-à-vis du monde médical qui suscite un agacement de la part des professionnels*

Le sentiment chez les structures bénévoles d'écoute d'être complémentaires dans le champ de la santé mentale en palliant les insuffisances du système – indisponibilité de certains professionnels, qualité des prises en charge proposées remise en cause par des appelants hostiles au monde médical...etc.- renforce le clivage existant entre professionnels et bénévoles. Certains professionnels ont l'impression que les structures bénévoles d'écoute contribuent à répandre des préjugés sur la psychiatrie publique et ne reconnaissent ni leur travail « La région est diminuée en offre de soins certes, mais on a développé les services d'urgence psychiatrique car on savait qu'il y avait un besoin. C'est faux de dire que dans l'urgence on ne reçoit pas », ni les évolutions de la prise en charge psychiatrique : « Il est vrai que certains patients expriment une crainte à l'égard de l'hôpital, mais beaucoup ont aussi tissé une relation de confiance avec l'hôpital. L'hôpital n'est plus un asile, il a la capacité de se remettre en cause. » Le positionnement des structures bénévoles d'écoute hors du monde médical ne correspond pas à l'attente des professionnels. La plupart des professionnels interrogés exprime le souhait d'une intégration des structures bénévoles de l'écoute dans le système de santé, sous conditions, avec une répartition des rôles ne reposant pas sur une dissociation monde médical / monde bénévole, mais sur les personnes accompagnées.

C) *Des modalités de partenariat réduites*

Les partenariats existants entre professionnels et bénévoles de l'écoute sont extrêmement réduits. Les associations ayant conclu des partenariats formalisés sont majoritairement des associations dont l'affiliation à une fédération nationale les fait connaître auprès des professionnels et rassure sur la qualité de leur intervention. C'est le cas de SOS Amitié qui s'est vue proposer un partenariat avec la MSA, dans le cadre du dispositif « Agri'écoute » à destination des agriculteurs, ou du partenariat existant entre La Maison des adolescents au Havre et Fil santé jeunes. Le rayonnement national de l'association leur permet par ailleurs de travailler avec des professionnels tels pompiers ou SAMU, qui distribuent leurs coordonnées à des personnes repérées comme souffrant d'isolement et de mal-être. Pour des structures ayant un caractère local, les rares partenariats passés avec des professionnels sont des partenariats informels. Une association interrogée travaille par exemple régulièrement avec un psychiatre libéral, qui

oriente vers elle des patients souffrant de mal-être et leur dispense des formations. Du point de vue des associations, l'intérêt de partenariats formalisés avec les structures bénévoles d'écoute n'est que peu perçu par les professionnels. Lorsqu'on les interroge, les structures voient principalement comme valeur-ajoutée à la passation d'un partenariat leur positionnement en tant que relais dans la prise en charge, par des médecins traitants ou psychiatres installés en libéral, auprès de patients souffrant de solitude et de mal-être. Les professionnels interrogés ne se sont pas montrés hostiles à la formalisation de partenariats, à la condition que les structures bénévoles soient sélectionnées qualitativement, sur la base de critères établis comme des prérequis : formation, orientation de l'appelant vers une structure de prise en charge, levée de l'anonymat en cas de situation d'urgence et collaboration avec l'administration de la santé. .

A la réflexion, les critiques émises par les professionnels et les interrogations autour de leur activité semblent être imputables à des visions différentes du rôle devant être tenu par les structures bénévoles d'écoute.

D) Des visions différentes du rôle devant être tenu par les structures bénévoles d'écoute

De l'analyse des entretiens réalisés, il ressort que les professionnels et les bénévoles ont chacun une vision différente du rôle devant être tenu par les structures bénévoles d'écoute. Si les termes employés diffèrent en fonction des acteurs, la place et le rôle des associations bénévoles d'écoute font l'objet de visions relativement homogènes, du point de vue des structures bénévoles et du point de vue des professionnels.

Les structures bénévoles d'écoute se sentent complémentaires du système de soin. De leur point de vue, leur rôle tient dans l'écoute bienveillante et généraliste de la personne, y compris de la personne qui exprime des intentions suicidaires. Qu'elles soient spécialisées dans la prévention du suicide ou non, les structures bénévoles d'écoute considèrent avoir pour rôle de permettre la libération de la parole suicidaire : « Pour les personnes exprimant des idées suicidaires, on vide l'abcès, on pose des questions très crues de manière à vider la douleur. » Les personnes à tendance suicidaire sont difficiles à repérer pour les associations, qui expriment majoritairement une « difficulté à distinguer mal-être et véritable tendance suicidaire avec risque de passage à l'acte ».

Selon les professionnels, l'utilité des structures bénévoles d'écoute tient justement dans le repérage des personnes à tendance suicidaire, car elles interviennent en première ligne. Les professionnels rencontrés situent le rôle des structures bénévoles d'écoute dans la prévention primaire : « Les associations bénévoles d'écoute peuvent nous aider en repérant des personnes ayant besoin d'une prise en charge. » Certains professionnels évoquent aussi un rôle dans la différenciation du geste suicidaire, par l'apaisement de

l'appelant en début de crise suicidaire. Aucun ne perçoit l'utilité des structures bénévoles d'écoute au cours de la crise suicidaire.

En outre, les structures bénévoles d'écoute expriment toutes la volonté de maintenir une écoute généraliste, de tout public. Les professionnels se prononcent pour leur part plutôt en faveur d'une dissociation entre activité professionnelle et activité bénévole fondée sur le public ciblé : « Les associations bénévoles d'écoute ne doivent pas cibler le même public que les professionnels. Elles ont un rôle d'accompagnement de leur public, c'est-à-dire de gens qui ne sont pas dans un état de crise suicidaire mais sont malheureux et souffrent d'isolement. Elles doivent orienter vers nous le public qu'elles repèrent comme ayant des intentions suicidaires. » Malgré des positions différentes, professionnels et bénévoles expriment une volonté de clarification des rôles tenus par chacun dans la prévention du suicide.

Aux difficultés de collaboration avec les professionnels, s'ajoute pour les structures bénévoles d'écoute un manque de coopération avec les autres structures bénévoles existantes.

2.2.2 Un manque de coopération entre les structures bénévoles elles-mêmes

A) Des relations rares et des partenariats limités

Les relations entre les structures bénévoles d'écoute du territoire sont quasi-inexistantes ou bien très récentes lorsqu'elles existent. Aucun temps de rencontre formalisé n'est organisé entre l'ensemble des associations œuvrant sur le territoire, exception faite du Forum des associations annuel, mais qui est peu propice à des échanges entre les structures. Aucune démarche régionale n'est engagée par les structures afin de coordonner leur action. Les partenariats existants sont limités en nombre. Il y a sept ans, le département de psychologie sociale de l'université de Rouen a contacté les structures bénévoles d'écoute avant de développer des rencontres inter-associatives. Depuis, deux structures seulement ont maintenu un lien de travail. Elles partagent leurs locaux, bénéficient de programmes de formation communs et réalisent des échanges de pratique trois fois par an. Les structures bénévoles d'écoute expriment une difficulté à collaborer avec les autres structures bénévoles du territoire. Le manque de relations avec les autres structures bénévoles d'écoute du territoire est souvent cité comme pouvant constituer un frein à leur action. Les structures interrogées expriment une volonté de développer des temps de travail communs, en particulier des programmes de formation et des échanges de pratiques. Elles considèrent que l'ARS pourrait les aider en organisant ces temps de concertation, avec la légitimité suffisante. Aux relations très rares existantes entre les structures bénévoles d'écoute, s'ajoutent des formes de concurrence et une méconnaissance réciproque de leur activité.

B) Concurrence entre les structures et méconnaissance réciproque

Outre la faiblesse des relations, les structures bénévoles témoignent en entretien d'une impression de concurrence entre les associations, liée à la raréfaction progressive des financements et à une peur de l'avenir. Certaines structures se sont heurtées à l'absence de réponse à leurs sollicitations, relatives notamment à l'institution d'échanges de pratique et expriment une déception. Une association est entrée dans une dynamique collaborative avec une autre association, mais a arrêté en estimant que celle-ci « prenait trop de place ». En outre, les structures bénévoles interrogées n'ont qu'une connaissance approximative des structures existantes sur le territoire. Les lignes nationales ne disposent d'aucun annuaire des ressources territoriales, autres que leur antenne. Les associations locales connaissent les autres structures bénévoles du territoire mais n'ont pas pour autant pas de connaissance précise sur le public ciblé, les modalités d'intervention et l'organisation des structures. Le développement de Collectifs d'associations apparaît d'ores et déjà comme pouvant être une solution afin de constituer un maillage territorial d'acteurs et favoriser la coordination des actions sur le territoire.

L'analyse approfondie du rôle et de la place tenus par les associations bénévoles d'écoute dans la prévention du suicide, qui a été au cœur de cette deuxième partie, nous a permis d'identifier les freins et les leviers de l'intégration des structures bénévoles d'écoute dans la stratégie régionale de prévention du suicide. Des premiers éléments de réponse nous ont été donnés quant à la question fondamentale : les structures bénévoles d'écoute doivent-elles être considérées comme des acteurs de prévention ? Afin que les structures bénévoles soient intégrées de manière satisfaisante dans la stratégie globale de prévention du suicide, des recommandations sont formulées.

3 Recommandations

L'analyse de la place et du rôle tenus par les structures bénévoles nous a permis d'identifier les principaux freins et leviers de l'intégration des associations bénévoles d'écoute dans la politique régionale de prévention du suicide. Des recommandations visant à améliorer le pilotage de la politique régionale de prévention du suicide, la complémentarité des acteurs, le positionnement des structures bénévoles d'écoute et leur intervention seront formulées, afin de construire une politique régionale de prévention du suicide performante, globale et décloisonnée.

3.1 Recommandations visant à améliorer le pilotage de la politique régionale de prévention du suicide

Sur le territoire haut-normand, l'investissement des professionnels du champ psychiatrique dans la politique régionale de prévention du suicide est un véritable atout. Les acteurs déplorent toutefois un manque de lisibilité de la stratégie régionale de prévention du suicide, et expriment le souhait de rendre plus visibles les actions concrètement mises en œuvre.

3.1.1 Proposition : Améliorer la lisibilité de la stratégie régionale de prévention du suicide

L'analyse et le recoupement des entretiens réalisés font ressortir trois éléments susceptibles d'amoinrir la lisibilité de la stratégie régionale de prévention du suicide en Haute-Normandie : l'organisation du Comité de pilotage, l'inclusion de la stratégie régionale de prévention du suicide dans le plan santé mentale, le manque de coordination en interne des acteurs de l'ARS sur la thématique suicide.

Mesure 1 : Améliorer la mise en œuvre du comité de pilotage suicide.

Malgré la forte participation des acteurs au Comité de pilotage « Suicide », certains professionnels ont évoqué lors des entretiens, un manque d'opérationnalité du Comité de pilotage et de lisibilité de la stratégie régionale de prévention. Déclinaison opérationnelle :

- Elaborer et présenter en Comité de pilotage un document cadre, retraçant l'ensemble des actions entreprises dans le champ de la prévention du suicide et les orientations à venir.
- Favoriser la communication et l'échange des acteurs sur leurs attentes, leurs besoins, leurs regrets vis-à-vis de la politique régionale et les difficultés qu'ils rencontrent.
- Définir avec les acteurs des perspectives d'amélioration du pilotage régional de la politique de prévention du suicide.

Mesure 2 : Distinguer la stratégie régionale de prévention du suicide du plan santé mentale.

L'ARS Haute-Normandie a opté pour l'inclusion de la prévention du suicide dans le plan de santé mentale en raison de la transversalité de la problématique. Si la réunion des deux thématiques est pertinente, elle semble contribuer à un manque de lisibilité des actions entreprises. Déclinaison opérationnelle :

- Elaborer deux documents distincts retraçant d'abord l'ensemble des actions entreprises dans le champ de la prévention du suicide (détail des objectifs, actions mises en œuvre, financements) ensuite rappelant en quoi les autres champs d'intervention concourent à la prévention du suicide. Exemple : expliciter les conséquences positives du développement des compétences psychosociales de l'enfant sur la réduction du risque de passage à l'acte à l'adolescence.

Mesure 3 : Améliorer la coordination des acteurs de l'ARS travaillant sur la prévention du suicide

La coopération entre les acteurs pilotant la « Stratégie en santé mentale » à l'ARS n'apparaît pas suffisante pour présenter une stratégie cohérente et lisible aux acteurs. L'amélioration de la communication et la répartition claire des rôles tenus par chacun apporteront plus de cohérence et de lisibilité à la stratégie régionale de prévention du suicide. Déclinaison opérationnelle :

- Réunir les acteurs dans un temps de travail interne à l'ARS, dédié à l'échange sur le rôle, les missions attribuées à chacun dans la prévention du suicide et les difficultés rencontrées.
- Définir clairement qui pilote la Stratégie régionale santé mentale, quels sont les rôles attribués à chacun et quelles actions ont été mises en œuvre.
- Rappeler, lors du Comité de pilotage, le rôle tenu par chaque professionnel de l'ARS dans la prévention du suicide.

3.2 Recommandations visant à améliorer la complémentarité des acteurs œuvrant dans le champ de la prévention du suicide.

La complémentarité des acteurs intervenant dans la prévention du suicide, bénévoles et professionnels, n'est pas apparue comme suffisante pour construire une politique de prévention performante.

3.2.1 Proposition 1 : Favoriser la coopération entre les associations

Il ressort du travail réalisé que les structures bénévoles d'écoute ne développent que peu de dynamiques collaboratives. Ces dynamiques, qui doivent prendre la forme de temps

d'échanges partagés, de retours d'expériences et de programmes de formation communs, apparaissent essentielles afin d'assurer la coordination des dispositifs.

Mesure 1 : Développer des temps d'échanges entre les structures bénévoles d'écoute du territoire

Les structures bénévoles d'écoute connaissent mal les autres dispositifs bénévoles du territoire. L'organisation de temps d'échanges entre associations sur leurs pratiques professionnelles, les profils-types d'appelants, les difficultés qu'elles rencontrent et leurs principes d'intervention permettra d'améliorer la coordination des dispositifs. Déclinaison opérationnelle :

- Mettre en place un dispositif d'animation local visant à créer des événements regroupant les différentes associations d'écoute du territoire. Exemple : créer des « Assises des associations d'écoute. »
- Réunir les associations lors des journées mondiales de la santé mentale et de la prévention du suicide.

Mesure 2 : Encourager le développement de modalités de travail communes entre les structures bénévoles du territoire

En parallèle de temps d'échanges informels, des temps de travail communs aux associations bénévoles d'écoute doivent être organisés, afin de s'assurer d'une bonne coordination des dispositifs et de la cohérence de leurs interventions. Déclinaison opérationnelle :

- Définir les attentes de l'ARS concernant les programmes de formation, l'échange de bonnes pratiques et les retours d'expériences inter-structures.
- Sur la base des attentes de l'ARS, favoriser la mise en commun des programmes de formation des bénévoles.
- Encourager les structures à développer des échanges de pratiques et des retours d'expériences.
- Favoriser le développement de Collectifs d'associations. Rappeler les avantages de tels regroupements aux structures bénévoles d'écoute.

3.2.2 Proposition 2 : Développer les dynamiques partenariales

La place de plus en plus grande occupée par les structures bénévoles d'écoute dans le champ de la santé mentale et de la prévention du suicide rend fondamental le développement de dynamiques partenariales et collaboratives entre professionnels et bénévoles.

Mesure 1 : Intégrer les structures bénévoles d'écoute à des outils de construction et d'animation territoriales.

La construction d'actions à l'échelle territoriale avec les associations bénévoles d'écoute apparaît comme un levier permettant d'abord de développer les dynamiques partenariales entre professionnels et bénévoles, ensuite de légitimer les acteurs bénévoles. Déclinaison opérationnelle :

- Inviter à la construction du CLS, les associations bénévoles d'écoute du territoire.
- Co-construire, avec les structures bénévoles d'écoute, des Fiches-Action concernant la santé mentale et la prévention du suicide.
- Développer la présence des structures bénévoles aux outils territoriaux tels les Réseaux locaux de promotion de la santé (RLPS).
- Inviter au Comité de pilotage suicide l'ensemble des associations bénévoles d'écoute inscrites dans ce champ.
- Intégrer des structures bénévoles d'écoute à certains dispositifs de prévention en cours d'implantation. Exemple : donner pour mission à une structure bénévole d'écoute de rappeler le patient dans le cadre du dispositif de rappel téléphonique post-hospitalisation, qui va être implanté sur le territoire.

Mesure 2 : Encourager la formalisation de partenariats entre professionnels et bénévoles de l'écoute.

Le développement de partenariats, formalisés et opérationnels, entre professionnels et bénévoles de l'écoute apparaît comme un levier de décloisonnement de la politique régionale de prévention du suicide. Déclinaison opérationnelle :

- Définir avec les professionnels et les structures des prérequis et conditions d'intervention minimales attendues des professionnels vis-à-vis des structures, en ce qui concerne leur formation et leurs modalités d'intervention. Des négociations sur la levée de l'anonymat en cas d'urgence et sur l'orientation de l'appelant vers une structure de prise en charge adaptée devront être engagées.
- Elaborer un annuaire recensant d'une part les structures bénévoles existantes : territoire d'implantation, caractéristiques, public-cible, missions, modalités d'intervention ; d'autre part les structures de prise en charge : médecins psychiatres, Unités de suicidologie, Maison des adolescents, Groupes de paroles pour endeuillés...etc. Ou reprendre l'annuaire élaboré par l'association GRAFISM, « Annuaire de santé mentale, du handicap psychique de Haute-Normandie, 2015 ». Diffuser ces répertoires de ressources à l'ensemble des acteurs œuvrant dans le champ de la santé mentale et de la prévention du suicide.
- Encourager le développement de partenariats entre médecins traitants et structures bénévoles d'écoute, concernant l'orientation du patient par le médecin vers une

structure bénévole d'écoute lorsque celui-ci exprime un besoin d'écoute, un sentiment de solitude et de mal-être.

- Définir un professionnel-ressource pour une ou plusieurs associations, qui tiendrait auprès d'elle(s) un rôle de référent. Introduire un échange réciproque entre apport de formation et de communication autour du dispositif aux patients de la part du professionnel, et délivrance d'informations sur les profils d'appelants rencontrés ainsi qu'orientation de l'appelant vers le professionnel lorsqu'une prise en charge est nécessaire.

3.3 Recommandations visant à améliorer le positionnement des structures bénévoles d'écoute dans le champ de la prévention du suicide

Le positionnement des structures au sein du système d'acteurs est apparu comme étant l'obstacle principal à l'intégration des bénévoles dans la stratégie régionale de prévention.

3.3.1 Proposition : Clarifier et valoriser le rôle et la place des structures bénévoles dans la prévention du suicide.

La clarification du rôle tenu par les structures, par la définition des attentes de l'ARS et des professionnels vis-à-vis de leur intervention, puis la valorisation de celui-ci par une aide au développement de la communication sont des préalables fondamentaux pour améliorer le positionnement des structures bénévoles au sein du système d'acteurs.

Mesure 1 : Définir les attentes de l'ARS et des professionnels vis-à-vis des dispositifs bénévoles

En amont de toute prévision de temps de travail communs entre bénévoles et professionnels, il est fondamental que l'ARS et les professionnels définissent clairement leurs attentes vis-à-vis des dispositifs bénévoles.

Déclinaison opérationnelle :

- Identifier les structures bénévoles d'écoute intervenant auprès de publics suicidaires et suicidants. Les informer sur les orientations de la stratégie régionale de prévention du suicide.

- Engager des temps de discussion entre bénévoles et professionnels pour préciser la place tenue par chacun. Positionner les acteurs bénévoles comme des acteurs de prévention de proximité en ce qui concerne l'écoute bienveillante de personnes en situation d'isolement et de mal-être. Auprès de publics suicidaires et suicidants, privilégier un positionnement des structures comme acteurs de prévention primaire dans le champ de la prévention du suicide, dont les missions consisteraient dans le repérage des

appelants à tendance suicidaire, l'identification de leur besoin de prise en charge et leur orientation vers une structure adaptée.

- Elaborer un document-cadre précisant d'abord les attentes de l'ARS vis-à-vis des structures, ensuite les engagements réciproques de la part des structures bénévoles et des professionnels à propos du rôle tenu par chacun.

Mesure 2 : Soutenir les structures par un développement de la communication autour de leur action

Les structures bénévoles d'écoute ont évoqué des difficultés à se faire connaître et à communiquer autour de leur action. Le positionnement des structures en tant qu'acteurs de prévention doit s'accompagner d'une valorisation de leur action, par le biais de la communication. Déclinaison opérationnelle :

- Diffuser les plaquettes de communication élaborées par les structures bénévoles d'écoute, lors de réunions d'échange avec des acteurs du territoire qui pourraient devenir relais de l'information. Exemple : diffuser le numéro d'une ligne d'écoute à distance lors des journées de formations au repérage de la crise suicidaire dispensées par l'association GRAFISM auprès d'acteurs pouvant être confrontés au suicide.
- Créer des événements au sein desquels les structures bénévoles d'écoute présenteraient leur activité ou prévoir, au cours de temps de travail organisés sur le thème du suicide, du mal-être et de la santé mentale, une présentation de l'activité des structures bénévoles d'écoute.
- Apporter un soutien financier aux structures bénévoles d'écoute qui bénéficient déjà de financements ARS, afin de développer leur communication et la connaissance par le public des dispositifs.

3.4 Recommandations visant à améliorer l'intervention des dispositifs bénévoles d'écoute

3.4.1 Proposition : Définir avec les structures bénévoles des modalités d'amélioration de leur intervention

Le positionnement des structures bénévoles d'écoute en tant qu'acteurs de prévention ne peut se réaliser sans l'amélioration, au préalable, de leurs modalités d'intervention.

Mesure 1 : Définir des prérequis en termes de formation

L'insuffisance des programmes de formation initiale et continue dont bénéficient les structures bénévoles d'écoute est un obstacle à leur positionnement et leur légitimation en tant qu'acteurs de prévention.

- Définir avec les structures bénévoles d'écoute, des modalités de formation continue et initiale minimums. Echanger avec les professionnels autour des programmes de formation minimums attendus des structures.
- Inviter les structures à s'engager dans des dispositifs d'analyse des pratiques professionnelles. Renforcer et mettre en commun les dispositifs de supervision.
- Développer l'évaluation des pratiques des structures bénévoles.

Mesure 2 : Inviter les structures bénévoles à élaborer des protocoles d'écoute adaptés aux profils d'appelants

L'absence de protocoles d'écoute définis en amont conduit à une hétérogénéité dans l'intervention des bénévoles, entre structures mais également au sein d'une même association. Déclinaison opérationnelle :

- Inviter les structures à réaliser un travail statistique régulier sur les appels reçus et à identifier des profils-types d'appelants, après recueil de toutes les données disponibles.
- Inscrire dans une démarche partagée la co-élaboration de protocoles d'écoute par les bénévoles et les professionnels, uniformisés et adaptés.
- Elaborer des grilles de lecture des conversations, afin de s'assurer d'une appréciation homogène de la situation de l'appelant, notamment de son caractère d'urgence et de gravité.

Mesure 3 : Définir des modalités d'intervention spécifiques à la prévention du suicide

L'application des principes d'intervention classiques des structures bénévoles au champ de la prévention du suicide s'avère problématique pour les professionnels. Une redéfinition en commun des modalités d'intervention des structures apparaît nécessaire pour améliorer l'intervention des structures et leur reconnaissance de la part des professionnels. Déclinaison opérationnelle :

- Echanger et négocier, entre professionnels et bénévoles, autour de la levée de l'anonymat en cas de situation grave et urgente.
- Echanger et négocier, entre professionnels et bénévoles, autour de l'orientation de l'appelant vers une structure de prise en charge adaptée en cas de situation grave et nécessitant une prise en charge.
- Créer, diffuser, actualiser un annuaire des structures de prise en charge des suicidaires sur le territoire.
- Proposer d'augmenter la directivité des conversations lorsqu'il s'agit d'appelants suicidaires, selon le modèle préconisé par les professionnels et la littérature. Diffuser aux associations et aux professionnels les données reconnues comme probantes concernant l'intervention à distance auprès de personnes suicidaires.

Conclusion

L'interrogation de la place et du rôle tenus par les structures bénévoles d'écoute, actuellement à l'œuvre au plan national et régional, s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la politique de prévention du suicide.

Les associations bénévoles d'écoute tiennent une place singulière et historique auprès de personnes souffrant de mal-être et exprimant des intentions suicidaires, qui ne peut être ignorée tant la surcharge de leur activité indique un besoin d'accompagnement. Toutefois, au sein du système d'acteurs, les structures bénévoles d'écoute semblent avoir des difficultés à se positionner. En effet, l'analyse de leur activité a démontré que leurs modalités d'intervention, d'organisation et de fonctionnement peuvent être mal perçues par les professionnels et contribuer à renforcer le clivage, déjà existant, entre professionnels et bénévoles.

Renforcer la connaissance réciproque des acteurs, clarifier le rôle tenu par chacun, introduire une complémentarité des interventions selon des modalités négociées et améliorer l'intervention des dispositifs bénévoles sans dénaturer leur activité, apparaissent comme des prérequis essentiels pour formaliser une place des associations bénévoles d'écoute dans la prévention du suicide. L'amélioration de l'offre d'accompagnement proposée aux personnes souffrant de mal-être et exprimant des intentions suicidaires, semble nécessaire tant la situation de ces publics présente un caractère d'urgence, de gravité, et dont les caractéristiques rendent nécessaire une offre d'accompagnement multiforme.

La mise en place de la grande région Normandie renforce le caractère prioritaire de la démarche, en décuplant les enjeux de complémentarité des acteurs et en suscitant des inquiétudes chez les structures bénévoles d'écoute. Continuer la réflexion engagée autour du rôle des structures bénévoles d'écoute dans la prévention du suicide est un enjeu pour l'avenir.

Au plan personnel, la démarche d'évaluation proposée par ce sujet est particulièrement formatrice. Elle correspond d'abord à une tendance et à une mission qui sera de plus en plus demandée aux Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (IASS), dans un contexte de moyens contraints et d'évaluation qualitative des dispositifs financés. Elle permet ensuite d'engager une réflexion de fond, mobilisant plusieurs compétences attendues d'un IASS : planification par l'étude des besoins sur le territoire et la réflexion sur l'offre

existante, régulation par l'analyse des modalités de fonctionnement des structures et de l'utilisation des moyens alloués, positionnement professionnel dans un cadre partenarial par la rencontre d'acteurs multiples et travaillant ensemble sur un sujet prioritaire.

Le travail sur un sujet prioritaire en région, pour lequel des moyens importants sont dégagés et des actions expérimentales implantées, m'a permis d'inscrire mon étude dans une dynamique constructive, stimulante et formatrice et d'acquérir des connaissances sur un sujet majeur dans le champ de la santé mentale, qui me seront utiles lors de ma prise de poste. Le fait que l'évaluation menée soit autant utile qu'attendue par les acteurs, car servant de base à une réflexion régionale de fond, a renforcé le caractère professionnalisant de ce mémoire.

Bibliographie

Ouvrages :

COURTET P., 2010, *Suicides et tentatives de suicide*, Médecine-sciences, Flammarion, Editions Lavoisier, 349p.

GUYEN-THANH.V, HAROUTUNIAN.L, LAMBOY.B, *Les dispositifs efficaces en matière de prévention et d'aide à distance en santé : une synthèse de littérature*, INPES, 2014, 38p.

Rapports :

BAZIN C., MALET.J, *Les bénévoles et la crise*, Enquête annuelle, 10^e édition, 2013, 24p. Centre d'analyse stratégique, *La santé mentale, l'affaire de tous*, novembre 2009, 251p.

DGS, *Bilan du programme national d'actions contre le suicide (2011-2014)*, juin 2015, 36p.

DGS, *Suivi de la mise en œuvre régionale de formations à l'intervention de crise suicidaire sur la période 2011-2014*, Programme national d'actions contre le suicide, 2011-2014.

DREES, *L'état de santé de la population en France*, Edition 2015, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2015, 502 p.

DREES, *Recueil d'indicateurs régionaux, Données sociodémographiques, offre de soins et état de santé*, 2014, 113 p.

DREES, *Profils et trajectoires des personnes ayant des idées suicidaires*, Etudes et résultats, n° 886, 2014, 6 p.

HAS, *Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours*, Recommandation de bonne pratique de la Haute autorité de santé, novembre 2014.

INPES, *Evolutions, résultats d'études et de recherches en prévention et en éducation pour la santé*, 2014.

INPES, *Prévenir le suicide et les addictions : intérêt, limites et utilisation des revues de littérature*, Journées nationales de la prévention, juin 2014, Paris.

INPES, *Suicides et tentatives de suicide : mieux connaître pour mieux prévenir*, Journées de la prévention et de la santé publique, juin 2015.

INVS, *Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI MCO 2004-2011 et d'OSCOUR 2007-2011*, septembre 2014, 2007-2011.

Observatoire régional de la santé et du social, *Le suicide en Haute-Normandie*, septembre 2014, 11p.

OMS, *Action de santé publique pour la prévention du suicide : un cadre de travail*, 2014, 24 p.

OMS, *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*, 2014, 89p.

Observatoire national du suicide, *SUICIDE : Etat des lieux des connaissances et perspectives de recherche*, novembre 2014, 219p.

PICON.E, MARTHINET.D, MINET.B, SEIGNEUR.E, *Evaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage, d'écoute et d'orientation des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires*, Rapport final, décembre 2013.

Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, septembre 2011, 96p.

Articles :

CAMBON.L, MINARY.L, RIDDE.L, ALLA .F, « ASTAIRE : Outil d'Analyse de la Transférabilité et d'accompagnement à l'Adaptation des Interventions en promotion de la santé V2-2014 », *Santé publique*, Volume 788 26, N° 6, novembre-décembre 2014.

SIMON.M-0, « Les deux tiers de la population prêts à faire appel à la téléphonie sociale », *CREDOC*, n°154, novembre 2001.

Haut Comité de santé publique, « La prévention du suicide », *Actualités et dossiers en santé publique*, 61p.

Haut Comité de santé publique, « Le rôle de l'Union nationale pour la prévention du suicide », *Actualités et dossiers en santé publique*, n°45, décembre 2003.

INPES, « La Santé Prévention et aide à distance en santé », *La Santé de l'homme*, n°422, 2012.

Conférences :

ANAES, « La crise suicidaire : mieux repérer et prendre en charge, Conférence de consensus », Octobre 2000, 31p.

Conseil économique, social et environnemental, « Suicide : plaidoyer pour une prévention active », Journal officiel de la République Française, 12 février 2013.

TOURAIN.E.M, « Réunion de lancement de l'observatoire national du suicide », 10 septembre 2013, Ministère de la santé

Thèses et mémoires :

MISHARA.B-L, DAIGLE M-S, *Effects of different telephone intervention styles with suicidal callers at two suicide prevention centers: an empirical investigation*, Am J Community Psychol 1997.

MISHARA.BL, GIROUX.G, *The relationship between coping strategies and perceived stress in telephone intervention volunteers at a suicide prevention center*, Suicide Life Threat Behav, 1993.

Documents de l'ARS :

Schéma régional de prévention de Haute-Normandie, 2012-2017

Bilan intermédiaire du schéma régional de prévention, Volet prévention promotion de la santé, septembre 2015.

Documents des acteurs interrogés:

Centre de lutte contre l'isolement et le suicide, *Rapport d'activité*, 2014.

Statistiques des appels reçus et ratios fondamentaux d'écoute, 2014.

Suicide Ecoute, *Commentaires d'écouterants de Suicide Ecoute suite aux appels reçus*, mars 2015.

Site internet :

www.ars.normandie.sante.fr/

<http://www.ch-havre.fr/>

www.ch-lerouvray.fr

www.france-depression.org/

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/hardy.html>

www.sante.gouv.fr/

<https://www.sos-amitie.com/>

Liste des annexes

- Annexe 1 :** Taux standardisés de décès par suicide par régions en 2009- 2011 pour tous les âges et les deux sexes²¹
- Annexe 2 :** Mortalité par suicide en 2008-2010, selon le genre (pour 100 000)²²
- Annexe 3 :** Évolution de la mortalité par suicide, selon le genre (pour 100 000)²³
- Annexe 4 :** Part des décès par suicide en 2006-2010, selon le genre et l'âge (en %)²⁴
- Annexe 5 :** Différentiel de mortalité par suicide en regard du taux de la France hexagonale en 2006-2010, selon le genre et l'âge²⁵
- Annexe 6 :** Évolution de la mortalité* par suicide, selon le genre et l'âge (pour 100 000)²⁶
- Annexe 7 :** Répartition des modes de suicide en 2001-2010, selon le genre (en %)²⁷
- Annexe 8 :** Mortalité par suicide en 2004-2010 (pour 100 000)²⁸
- Annexe 9 :** Évolution de la mortalité par suicide (pour 100 000)²⁹
- Annexe 10 :** Grilles des entretiens réalisés

²¹ DREES, *L'état de santé de la population en France*, Edition 2015, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2015, 502 p, p.253

²² Observatoire régional de la santé et du social, *Le suicide en Haute-Normandie*, septembre 2014, 11p, p.3

²³ *Loc.cit.*

²⁴ *Op.cit.* p.4

²⁵ *Op.cit.* p.5

²⁶ *Loc.cit.*

²⁷ *Op.cit.* p.12

²⁸ *Op.cit.* p.8

²⁹ *Op.cit.* p.9

TABEAU 1
Taux standardisés de décès par suicide par régions en 2009-2011 pour tous les âges et les deux sexes

Région de domicile	Taux standardisés*	Variations régionales**	Variations temporelles 2000-2002/2009-2011***
11 Île-de-France****	9,3	- 48,6	-14,6 *
21 Champagne-Ardenne	21,2	17,4	-10,2 *
22 Picardie	23	27,5	-12,7 *
23 Haute-Normandie	22,5	24,2	-12,2 *
24 Centre	21,2	17,3	-15,5 *
25 Basse-Normandie	25,6	41,6	-5,3
26 Bourgogne	21,5	19	-12,9 *
31 Nord - Pas-de-Calais	24,7	36,8	-8,2 *
41 Lorraine	19	5,1	10,8 *
42 Alsace	18,4	- 26	-9,3
43 Franche-Comté	20,7	14,6	-12,1 *
52 Pays de la Loire	22,2	22,7	-14,3 *
53 Bretagne	28,9	60,1	-8,7 *
54 Poitou-Charentes	22,3	23,2	-12 *
72 Aquitaine	18,1	0,2	-12,9 *
73 Midi-Pyrénées	14,9	- 17,8	-1,7
74 Limousin	22,7	25,6	-10,1
82 Rhône-Alpes	14,5	- 19,7	-19,3 *
83 Auvergne	19,9	10,4	-15,4 *
91 Languedoc-Roussillon	19,6	8,4	-3,5
93 PACA	16,7	- 7,6	-9,1 *
94 Corse	14	- 22,8	-8,8
France métropolitaine	18,1		-11,1

* Taux pour 100 000, standardisés sur l'âge (population Eurostat UE + EFTA 2010).

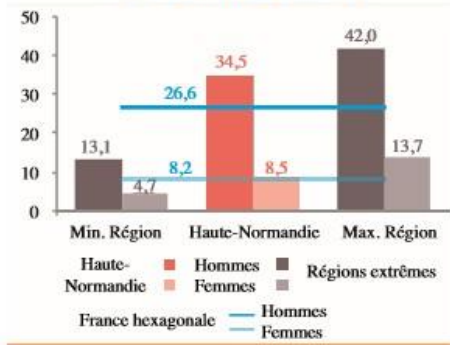
** Variation régionale = (taux régional - taux France métropolitaine)/taux France métropolitaine – à partir des taux standardisés.

*** Variation temporelle = (taux standardisé 2009-2011 - taux standardisé 2000-2002)/(taux standardisé 2000-2002).

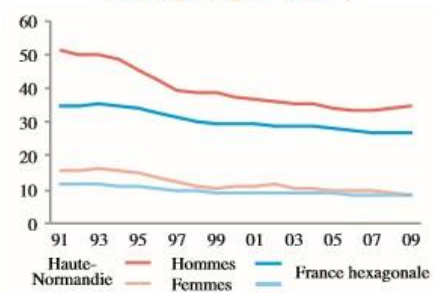
**** Sous-déclaration importante liée à l'absence de transmission de l'institut médico-légal de Paris.

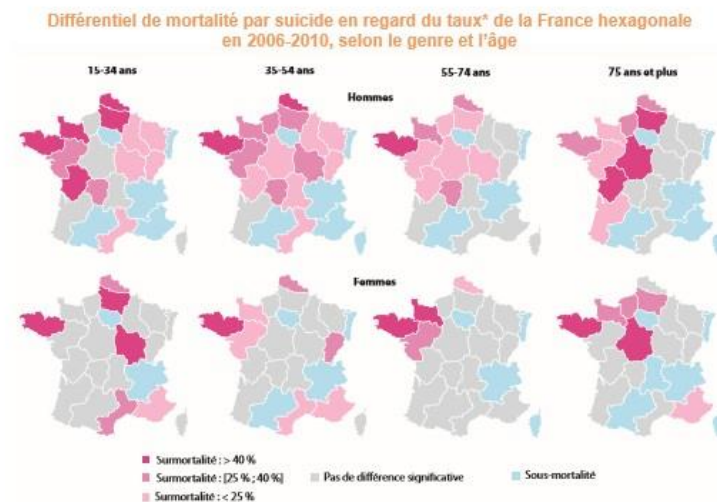
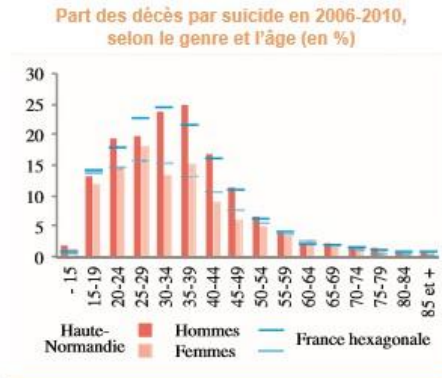
Source : Inserm-CépiDc.

Mortalité* par suicide en 2008-2010, selon le genre (pour 100 000)

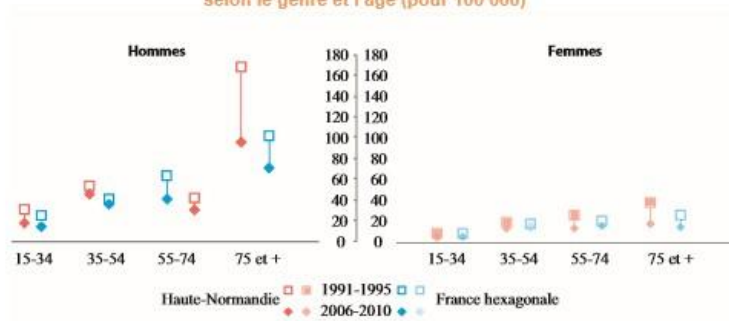


Évolution de la mortalité* par suicide, selon le genre (pour 100 000)



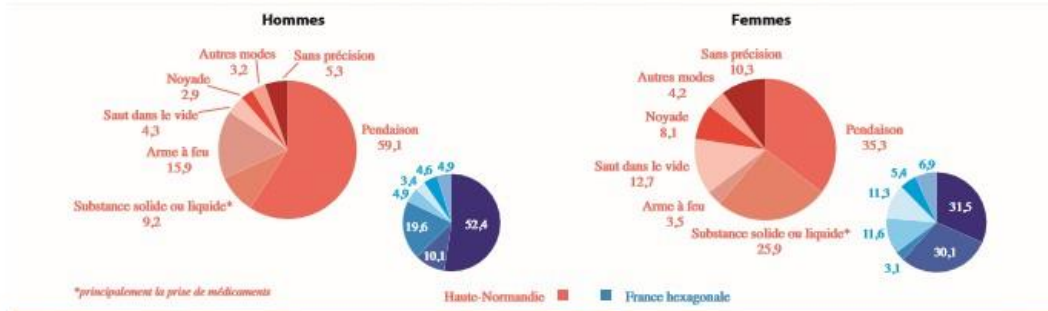


Évolution de la mortalité* par suicide, selon le genre et l'âge (pour 100 000)

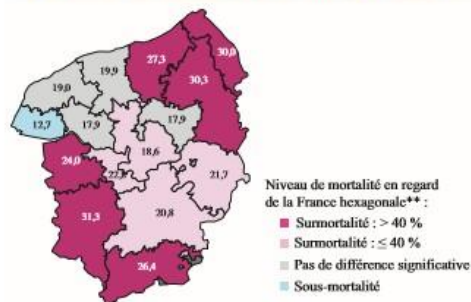


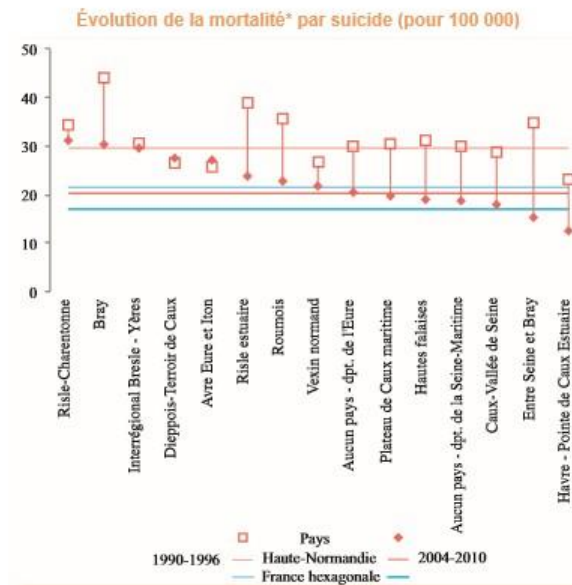
MODES DE SUICIDE

Répartition des modes de suicide en 2001-2010, selon le genre (en %)



Mortalité* par suicide en 2004-2010 (pour 100 000)





GRILLE D'ENTRETIEN ASSOCIATIONS BENEVOLES D'ECOUTE

1) QUESTIONS GENERALES :

- Quand l'association s'est mise en place et pourquoi ?
- A quels besoins offrez-vous une réponse ? Quelle réponse à quels besoins ?
- La mise en place des associations d'écoute a-t-elle permis d'atteindre un public jusqu'alors non atteint ? Si oui, en quoi ?

2) FONCTIONNEMENT

- En quoi consiste votre activité ? (modalités d'intervention)
- Quel public ciblez-vous ? Quelle est la typologie de ce public (caractéristiques) ?
 - Qui sont les personnes qui appellent ?
 - La majorité des appelants est-elle déjà suivie ? Si oui : par qui ? Type de suivi dont elle bénéficie ?
 - La majorité des appels vient-elle d'habituels ?
 - De personnes qui ne savent pas à qui s'adresser (chiffres INPES : près de 50% des appels) ?
 - De personnes qui ont été mises en échec par le système et qui ne veulent plus y avoir accès ex cas de refus de ré-hospitalisation...etc. ?
 - Etes-vous complémentaire dans le paysage de la santé mentale ? Si oui, de qui et en quoi ?
- Intervenez-vous en aval ?
 - Limites de votre travail : est-ce qu'après votre intervention, le public a besoin d'un suivi ? Si oui sous quelle forme vous l'envisagez ?
- Quelles sont les théories et les concepts qui guident votre action ?

Sur les détenus : avez-vous des appelants détenus en prison ?

Si oui : Quelles sont les caractéristiques des appels émanant de détenus ? Avez-vous une formation spécifique pour y répondre ? Comment informez-vous de votre numéro national en prison ?

Si non : pourquoi ne pas avoir créé de ligne spécifique à destination de ce public ? Y a-t-il un besoin ?

3) ORGANISATION

- Comment êtes-vous organisé : équipes, relais, bénévoles / professionnels ?
 - Permanences téléphoniques : transferts d'appels ?
 - Amplitudes horaires ?
- Prévoyez-vous une structure d'accueil physique ?
- Financement ? Par qui ? Sur quelle base ? (projet, nombre d'appels, résultat, activité, coordination, suivi des personnes...etc. ?)
- Quelle est la formation de vos professionnels ? Quels sont vos besoins en termes de formation ? Combien de personnes ?
- Avez-vous recours à l'analyse des pratiques professionnelles afin d'améliorer vos interventions ?

4) INTEGRATION DANS L'ENVIRONNEMENT, SUPERVISION, PARTENARIATS

- Pensez-vous être un acteur connu ? Si oui :
 - Par qui ?
 - Fait-on appel à vous ?
 - Comment vous faites-vous connaître ?
- Avez-vous des partenaires auxquels vous adressez des appelants ?
 - Avez-vous des modalités de partenariat (formalisées ou non ?)
 - Si ligne nationale : connaissez-vous les relais en région auxquels adresser des appelants ?

- Est-ce que vous rencontrez d'autres acteurs associatifs afin d'échanger sur vos pratiques, votre fonctionnement et vos difficultés...etc.?

5) EVOLUTIONS : place, demandes, préconisations, avenir

- Quelle est la plus-value de votre action dans la lutte contre le suicide ?
- A quoi tient votre efficacité ?
 - Au caractère non médical ?
 - A vos principes d'intervention ?
 - Ces principes d'intervention peuvent-ils induire des limites dans la prise en charge ?
- Pensez-vous qu'il est nécessaire de renforcer vos missions au quotidien?
 - Par plus de moyens ?
 - Par plus de bénévoles ou de professionnels ?
 - Par plus de médiatisation, de communication ?
 - Par plus de liens avec les autres acteurs reconnus ?
 - Aimerez-vous bénéficier d'une aide (formation des bénévoles ? Professionnalisation ? Communication ?) de bénévoles, de professionnels...etc. ?
- De manière plus générale : souhaiteriez-vous que l'on valorise votre place à l'échelon régional ou territorial, par :
 - Une participation au COPIL régional ?
 - La création d'évènements ? (exemple : des Assises d'association d'écoute)
 - Une participation à des groupes de travail ?
- Souhaiteriez-vous bénéficier de financements ARS ? Si oui, pourquoi faire ?
- Pensez-vous que la fusion des régions va avoir des conséquences sur votre association ? Travaillez-vous en collaboration avec votre homologue de Basse-Normandie ?

ABITAN

Hanna

Mars 2016

INSPECTEUR DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Promotion 2014-2016

PLACE ET ROLE DES DISPOSITIFS BENEVOLES D'ECOUTE DANS LA PREVENTION DU SUICIDE EN HAUTE-NORMANDIE

Résumé :

On estime que les dispositifs d'aide et d'écoute à distance dédiés à la prévention du suicide et du mal-être traitent plus de 700 000 appels par an. L'activité de plus en plus importante menée par les structures bénévoles d'écoute auprès de personnes en situation de mal-être et de souffrance psychique, ainsi que la tendance nationale à l'évaluation des dispositifs initiée par l'INPES, invitent à s'interroger, dans une démarche d'amélioration de la politique de prévention du suicide, sur le rôle et la place tenus par les associations bénévoles d'écoute dans la prévention du suicide.

En Haute-Normandie, les associations bénévoles d'écoute sont nombreuses à intervenir directement ou indirectement auprès de personnes exprimant des intentions suicidaires, selon leurs modalités propres et de manière autonome par rapport aux professionnels œuvrant dans le champ de la prévention du suicide. Afin d'intégrer les associations bénévoles d'écoute dans la stratégie régionale de prévention du suicide, il apparaît fondamental de développer les dynamiques collaboratives et partenariales entre les associations ainsi qu'auprès des professionnels.

Des recommandations visant à améliorer le pilotage de la politique régionale de prévention du suicide, la complémentarité des acteurs œuvrant dans le champ de la prévention du suicide et le positionnement des structures bénévoles d'écoute sont formulées afin de construire une politique régionale de prévention du suicide globale et décloisonnée.

Mots clés :

Suicide, prévention du suicide, politique régionale de prévention, associations bénévoles d'écoute, SOS Amitié, Haute-Normandie, Agence de régionale de santé.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.